

The background of the cover is a vibrant red. Overlaid on this is a large, abstract graphic of a human figure, possibly a woman, composed of a grid of black dots. The figure is rendered in a way that it appears to be a 3D mesh or a wireframe, with the dots forming the skin and clothing. The figure is positioned on the left side of the cover, with its head and upper torso visible. The dots are arranged in a pattern that follows the contours of the body, creating a sense of depth and movement. The overall effect is a striking contrast between the red background and the black dots.

saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 47, NÚMERO 137
RIO DE JANEIRO, ABR-JUN 2023
ISSN 0103-1104

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> – marialuciarizzotto@gmail.com)

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)

Helena Rodrigues Corrêa Filho – Universidade de Brasília, Brasília (DF), Brasil (<https://orcid.org/0000-0001-8056-8824> – helenacorrea@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, Espanha (<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> – ligiagiovanella@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, Bogota, 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> – rita.loureiro@apoioacultura.com.br)

DESIGN DE CAPA | COVER DESIGN

Alex I. Peirano Chacon

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

Ana Karina Fuginelli (inglês/english)

Ana Luísa Moreira Nicolino (inglês/english)

André Luiz Frizon Faust (português e inglês/portuguese and english)

Carina Munhoz (normalização/normalization)

Carla de Paula (português/portuguese)

Jean Pierre Barakat (inglês/english)

Lígia Girão (inglês/english)

Marília Daniele Soares Vieira (português e inglês/portuguese and english)

Mauro Cesar da Silveira Costa (inglês/english)

Paula Santos Diniz (inglês/english)

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

INDEXAÇÃO | INDEXATION

Directory of Open Access Journals (Doaj)

Google Acadêmico

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

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

Miguilim – Diretório das revistas científicas eletrônicas brasileiras

Periódica – Índice de Revistas Latinoamericanas en Ciencias

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

Scientific Electronic Library Online (SciELO Brasil e SciELO Saúde Pública)

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 47, NÚMERO 137

RIO DE JANEIRO, ABR-JUN 2023

ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

ISSN 0103-1104

EDITORIAL | EDITORIAL

- 5 **Seguridade Social: caminho para solucionar o desfinanciamento do SUS, lutar contra a desigualdade e reconstruir a democracia**
Social Security: a way to solve the underfunding of the SUS, to fight inequality, and to rebuild democracy
Eli lola Gurgel Andrade, Ana Maria Costa, Maria Lucia Frizon Rizzotto

ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

- 13 **As mudanças na política de atenção primária e a (in)sustentabilidade da Estratégia Saúde da Família**
Changes in the primary care policy and the (un)sustainability of the Family Health Strategy
Fernanda de Freitas Mendonça, Luciana Dias de Lima, Adelyne Maria Mendes Pereira, Caroline Pagani Martins
- 31 **Saúde da população negra na atenção primária: incompreensão que legitima iniquidade em tempos de Covid-19**
The health of the black population in Primary Health Care: a misunderstanding that legitimizes inequality in times of COVID-19
Liliane de Jesus Bittencourt, Karine de Souza Oliveira Santana, Débora Santa Mônica Santos
- 42 **O papel das(os) residentes em saúde para a resiliência da Atenção Básica no contexto da Covid-19**
The role of health residents for the resilience of Primary Care in the context of COVID-19
Dara Andrade Felipe, Paulette Cavalcanti de Albuquerque, Karla Adriana Oliveira da Costa, Ângela Catarina Inácio Costa de Andrade, Kellyane Pereira Santos, Jennifer Maria de Azevedo Araújo

- 58 **O Ministério da Saúde e a gestão do enfrentamento à pandemia de Covid-19 no Brasil**
The Ministry of Health and the management of the fight against the COVID-19 pandemic in Brazil
Celmário Castro Brandão, Ana Valéria Machado Mendonça, Maria Fátima de Sousa
- 76 **O Fundo de Saúde e sua apropriação pelas Organizações Sociais no município de São Paulo**
The Health Fund and its appropriation by Social Organizations in the municipality of São Paulo
Daniele Correia, Áquilas Mendes
- 90 **Capacitação para o controle da hanseníase: avaliação e contribuições para a gestão**
Training process for leprosy control: evaluation and contributions to management
Gisela Cordeiro Pereira Cardoso, Elizabeth Moreira dos Santos, Egléubia Andrade de Oliveira, Marcela Alves de Abreu, Michele Souza e Souza, Beatriz da Costa Soares, Carmelita Ribeiro Filha Coriolano
- 101 **Estudo de avaliabilidade das ações para detecção precoce do câncer de mama na atenção primária**
Evaluability study of actions for early detection of breast cancer in primary care
Rafaela Krann, Claudia Flemming Colussi
- 116 **Política de Práticas Integrativas em Saúde do DF-Brasil: Estudo de Avaliabilidade**
Policy on Integrative Health Practices of Federal District in Brazil: Evaluability Study
Maria Panisson Kaltbach Lemos, Vera Lucia Luiza

- 133 Tensionamentos no cuidado em Saúde Mental relacionados ao uso de Substâncias Psicoativas: dificuldades identificadas por profissionais da saúde pública**
Tensioning in Mental Healthcare related to Psychoactive Substance use: difficulties reported by public health professionals
Vanessa Oliveira, Denise Alves Guimarães, Carlos Alberto Pegolo da Gama, Vívian Andrade Araújo Coelho, Flávia Borba Paulino Coelho
- 146 O sociodrama como estratégia de pesquisa qualitativa junto a Agentes Comunitários de Saúde**
Sociodrama as a qualitative research strategy with Community Health Workers
Kaleb Eliel Ferreira Leme, Maria Fernanda Lirani dos Reis, Sulamita Gonzaga Silva Amorim, Rosana Teresa Onocko Campos
- 158 Produção de verdades sobre a doação de sangue: uma análise na perspectiva de Foucault**
Production of truths about blood donation: an analysis from the perspective of Foucault
Stela Vidigal Milagres, Isabela Cancio Velloso
- 170 Medical organization doctors and policy communities' influence over Brazilian Health Workforce Policies**
A influência dos médicos nas políticas de recursos humanos em saúde: conclusões a partir da experiência brasileira
Heider Pinto, Soraya Côrtes
- 182 Expansão e privatização dos cursos de medicina e a integração ensino-serviço: o caso do estado de Pernambuco**
Expansion and privatization of medical courses and teaching-service integration: the case of the state of Pernambuco
Heloisa Maria Mendonça de Moraes, Rafaela Gomes Ribeiro de Sá, Maria do Socorro Veloso de Albuquerque, Raquel Santos de Oliveira
- 196 Morbidade hospitalar e mortalidade por Doença de Parkinson no Brasil de 2008 a 2020**
Hospitalization and mortality from Parkinson's Disease in Brazil from 2008 to 2020
Paula Renata Olegini Vasconcellos, Maria Lucia Frizon Rizzotto, Marcelo Taglietti
- 207 Políticas farmacêuticas: fatos políticos produzidos pelo Legislativo Federal entre 2016 e 2020**
Pharmaceutical policies: political facts produced by the Federal Legislative Branch between 2016 and 2020
Lina Valéria dos Santos Souza, Tatiane de Oliveira Silva Alencar
- 222 Edentulismo, necessidade de prótese e autopercepção de saúde bucal entre idosos institucionalizados**
Edentulism, need for dentures, and self-perception of oral health among institutionalized older people
Ana Elisa Ribeiro, Gabriela Soares dos Santos, Marcia Helena Baldani
- ENSAIO | ESSAY**
- 242 Política dos (des)afetos identitários: interface psicanalítica da democracia liberal e políticas públicas**
Politics of identity (dis)affections: psychoanalytic-phenomenological interface of liberal democracy and public policies
Jefferson da Silva, Ida Kublikowski

REVISÃO | REVIEW**256 Apoio social on-line: questões teóricas, metodológicas, benefícios sociais e recomendações**

Online social support: Theoretical and methodological issues, social and health benefits, and recommendations

Lise Renaud, Maria Cherba

272 Avaliação da qualidade da informação de saúde on-line: uma análise bibliográfica da produção acadêmica brasileira

Quality assessment of online health information: a bibliographic analysis of the Brazilian academic production

Leticia Barbosa, André Pereira Neto, Julyane Felipette Lima

284 Análise da produção científica nacional das condições crônicas complexas em pediatria

Analysis of the national scientific production on complex chronic conditions in pediatrics

Lívia Almeida de Menezes, Karinne Marieta Carvalho, Maria Auxiliadora de Souza Mendes Gomes, Mariana Setúbal Nassar de Carvalho

298 Condições de trabalho e saúde de trabalhadoras rurais: uma revisão integrativa

Work and health conditions of women rural workers: an integrative review

Lucimara Beserra, Élide Azevedo Hennington, Marta Gislene Pignatti

316 Atenção à saúde de pessoas em situação de rua no cotidiano da atenção primária: scoping review

Health care for homeless persons in daily primary care: scoping review

Lucas Alves Gontijo, Bruna Moreira da Silva, Selma Maria da Fonseca Viegas

RELATO DE EXPERIÊNCIA | CASE STUDY**333 A tessitura da construção coletiva de indicadores de saúde mental em Centros de Atenção Psicossocial**

The texture of the collective construction of mental health indicators in Psychosocial Care Centers

Aline Fernandes de Rossi, Bárbara Arvelino de Paula, Flávia Meirelles Israel, Melina Alves de Camargos

346 Projeto de ação integrativa serviço-academia para testagem para IST/HIV em unidades móveis em Niterói, Rio de Janeiro

Service-academy integrative action project for STI/HIV testing in mobile units in Niterói, Rio de Janeiro

Denise Ribeiro Franqueira Pires, Nelio Zuccaro, Fabia Lisboa de Souza, André Reynaldo Santos Périssé

RESENHA | CRITICAL REVIEW**360 Valles SA. Philosophy of Population Health: Philosophy for a New Public Health Era.**

Cristiano de Assis Pereira Hansen

Seguridade Social: caminho para solucionar o desfinanciamento do SUS, lutar contra a desigualdade e reconstruir a democracia

Eli Iola Gurgel Andrade¹, Ana Maria Costa², Maria Lucia Frizon Rizzotto²

DOI: 10.1590/0103-1104202313700

ESTE EDITORIAL REVISITA O CONCEITO DE SEGURIDADE SOCIAL como eixo central para a garantia da proteção social, estruturada enquanto responsabilidade do Estado, a ser garantida a todos os brasileiros, conforme expresso na Constituição Federal de 1988 (CF/88).

Naquele momento de transição para a democracia, após décadas de acelerado crescimento econômico e elevada concentração da riqueza, a sociedade brasileira inscreveu em sua lei máxima a decisão de não mais compatibilizar desigualdade e desenvolvimento. Em seu art. 194, reconhece o direito à cidadania e ao bem-estar social:

A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social¹.

Passadas mais de três décadas, a destruição de direitos e retrocessos ocorridos nos últimos anos desafia a reconstrução democrática do Brasil. Neste momento, portanto, é fundamental retomar o debate que originou a noção de Seguridade Social, à qual foi integrado o direito universal à saúde.

Do ponto de vista histórico, a origem da proteção social no Brasil localiza-se na década de 1920, quando surgiram as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) e, posteriormente, na década de 1930, os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), ambos voltados à proteção do trabalhador urbano assalariado. A unificação dos IAPs no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, durante o regime militar, centralizou a gestão dos recursos oriundos das contribuições dos trabalhadores e empregadores, consolidando o modelo de Seguro Social.

Santos² caracteriza esse processo como cidadania regulada em que os direitos do cidadão se restringem aos direitos do lugar que ocupa no processo produtivo. O avanço para um modelo distributivo e universal ocorreu com a CF/88 que cria o Sistema de Seguridade Social, promovendo a proteção social a direito universal e dever do Estado. Com isso, a Seguridade Social brasileira preserva a solidariedade intergeracional, prevê a participação do Estado na gestão do Fundo Público e introduz o princípio distributivo com as contribuições sociais sobre o faturamento (Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social – Cofins) e lucro das empresas (Contribuição Social sobre o Lucro Líquido – CSLL). Estabeleceu-se, assim, a cidadania universal, ou seja, o direito de todos e todas à proteção social, com orçamento específico e fontes exclusivas. No art. 198, encontra-se instituído o Orçamento da Seguridade Social (OSS) para cobrir gastos da Saúde, Previdência e da Assistência Social¹.

¹Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva e Social (DMPS) – Belo Horizonte (MG), Brasil. iola@medicina.ufmg.br

²Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



O Sistema Único de Saúde (SUS), sempre importante lembrar, foi criado com base na concepção de Estado de Bem-Estar Social e aconteceu no Brasil de forma tardia em relação aos Estados europeus que adotaram o modelo universal para promover justiça social e recuperar os países da miséria e destruição pós-segunda guerra mundial.

O conceito ampliado de saúde que fomentou o debate constituinte e está nos princípios defendidos pelo Movimento da Reforma Sanitária (MRS) não restringe o direito à saúde ao direito à assistência médico-sanitária. Ao contrário, esse conceito ancora-se na qualidade de vida das pessoas, condição precípua para que as populações e as coletividades acumulem melhores condições de saúde. Nesse contexto, portanto, a assistência à saúde não se limita à assistência na doença. É a partir dessa concepção que a saúde na nossa Constituição compõe o tripé da Seguridade Social e, dessa forma, torna-a dependente do conjunto das políticas sociais que promovem segurança e qualidade de vida.

A CF/88, em seu art. 198, criou o SUS para realizar as ações e serviços públicos de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada, orientado pelas diretrizes da descentralização, com direção única em cada esfera de governo; do atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e com participação da comunidade¹.

Orientado a fortalecer os laços de solidariedade na tessitura social, o modelo Beveridgiano de Seguridade Social adotado pelo Brasil está sustentado e garantido por um financiamento de base social ampla, de forma direta e indireta, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos estados, do Distrito Federal (DF) e dos municípios, e de contribuições: I – do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada na forma da lei, incidentes sobre a folha de salários e demais rendimentos do trabalho, a receita ou o faturamento e o lucro; II – do trabalhador; III – de receitas de concursos e prognósticos; e IV – do importador de bens e serviços do exterior¹.

No Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) de 1988, o art. 55 definia que, até a aprovação da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), pós-constituinte, 30%, no mínimo, do orçamento da Seguridade Social seriam destinados ao setor de saúde. Tal disposição nunca foi cumprida³.

Nos anos finais da década de 1980, com a transição democrática brasileira novamente submergindo em cenário de incertezas, estabelecia-se o período de outubro de 1993 como prazo final para a revisão (inclusive na íntegra!) da recém-promulgada CF/88, pela maioria simples do Congresso eleito em 1990. Ao mesmo tempo, alardeavam-se ameaças quanto à insolvência da Previdência Social, pilar histórico fundamental para assegurar a construção de um Sistema de Seguridade Social. Projeções realizadas, ainda em 1989, pela Secretaria de Estatística e Atuária do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) chegavam a apontar, por exemplo, que o gasto previdenciário poderia representar 14,7% do Produto Interno Bruto (PIB) em 1995. A partir daí, a propalada ‘crise estrutural da previdência’ passou a cumprir um papel estratégico na postergação do novo financiamento e estruturação do Sistema de Seguridade Social consagrado pela CF/88⁴.

As sucessivas reformas da previdência ao longo das décadas de 1990 e 2000 foram delineando um distanciamento paradigmático do modelo constitucional de Seguridade Social, chegando mesmo a se pretender desconfigurar sua feição pública, para transformá-la em um sistema de seguro privado e individualizado. Em fevereiro de 2019, o governo Bolsonaro recém-empossado enviou a Proposta de Emenda à Constituição nº 6, de 2019, ao Congresso Nacional. Com a justificativa de que “*as demandas sociais da democracia não cabem no orçamento*”, a proposta visava estabelecer uma ‘nova previdência’. Pretendia-se desconstitucionalizar totalmente o Sistema

de Seguridade Social, sinalizando para a adoção de um Regime de Capitalização Privada, em ruptura com o modelo de solidariedade intergeracional, conceito histórico de financiamento previdenciário, desde as primeiras CAPs, em 1923¹.

A proposta do Regime de Capitalização Individual (análogo ao modelo chileno) foi derrotada. Contudo, ao final, diversos dispositivos contidos na aprovada Emenda Constitucional nº 103, de 2019, impõem barreiras de acesso à proteção previdenciária, desconsideram a dramática situação do mercado de trabalho, retardam a vigência dos direitos e rebaixam o valor dos benefícios dos trabalhadores³.

A trajetória do financiamento da saúde também documenta a grande resistência à implantação do modelo de Seguridade Social no Brasil. Em que pesem os esforços para definir valores mínimos para o seu financiamento, como o arrastado e difícil debate da Emenda Constitucional nº 29, de 2000⁵, que define que os estados e o DF devem aplicar 12% de recursos oriundos de impostos próprios e de transferências e os municípios 15%, a definição da responsabilidade do nível federal nunca foi estabilizada em níveis suficientes para o adequado financiamento de um sistema público e universal de saúde. O Brasil hoje, contraditoriamente, e apesar da importância do SUS, gasta mais com a saúde privada do que com a saúde pública. Nos últimos anos, a Emenda Constitucional nº 95, de 2016, passou inclusive a desfinanciar a saúde, que teve seu piso mínimo de gastos (15% da Receita Corrente Líquida – RCL) congelado desde 2017.

Em 2022, a sociedade brasileira demarcou nas urnas a retomada das conquistas democráticas de 1988. Tal reconstrução precisa trazer para seu centro o desafio da implantação da Seguridade Social, reencontrando a finalidade histórica com a qual foi criada: fundar o pacto de solidariedade social contra a desigualdade e consolidar a democracia.

A tese proposta aqui é pela retomada do arcabouço constitucional para resolver de forma definitiva a questão do financiamento do SUS. Cálculos⁶ mostram que, em 2021, o valor destinado para a saúde correspondeu a apenas 13,4% do OSS, ou seja, a União investiu menos da metade dos recursos previstos, caso fosse utilizado o critério constitucional de 30% do OSS⁷.

Essa retomada implica também a reorganização da Seguridade Social conforme expresso nos arts. 194 e 195 da CF/88. O Brasil tem o seu arcabouço constitucional, cabe cumpri-lo. Para tanto, defendemos a criação do Conselho Nacional da Seguridade Social, previsto no art. 194 da CF/88¹, instituído pela Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991⁸ (art. 6º) e revogado pela Medida Provisória nº 2.216-37, de 2001⁹ (art. 35). O caminho envolve reorganizar o OSS, conferir transparência e resgatar suas fontes de receita que hoje se encontram subtraídas pelo elevado nível de renúncias, desvinculações, desonerações e sonegação fiscais vigentes.

Com esse referencial, resta o desafio de repensar o modelo de previdência social para o século XXI, considerando a questão do envelhecimento populacional, o perfil epidemiológico e a necessidade de uma nova política social de cuidados continuados como mais um dos pilares da Seguridade Social. Ainda nesse contexto, para o futuro, o Brasil precisa olhar e solucionar o grave problema dos trabalhadores formais cujos direitos à saúde estão hoje arbitrados no âmbito mercantil, pelos contratos entre empregadores e os planos privados de saúde. Como em uma cena do absurdo, são os trabalhadores formais que atualmente constituem 82% da clientela dos seguros e planos privados de assistência à saúde no Brasil.

A pandemia da Covid-19 trouxe claras evidências sobre a importância e a legitimidade social do SUS, além de ter possibilitado a rearticulação de movimentos em defesa do SUS universal, de qualidade e 100% Público. A campanha vitoriosa do Presidente Lula, que tomou posse para seu terceiro mandato em 2023, explicitou o compromisso de fortalecimento do SUS, criando uma janela de oportunidade para o sistema. Entretanto, o cenário e a dinâmica dos jogos de interesses que dominam o Estado brasileiro revelam que não será tarefa fácil garantir financiamento

adequado ao SUS, cabendo às entidades do MRS, aos trabalhadores, sindicatos, partidos políticos e à sociedade a luta para retomar a ideia de Seguridade Social e seu financiamento, articulando as três áreas que a compõem, em um movimento que revele o significado e o avanço que essa conquista histórica representou na CF/88.

Colaboradoras

Andrade EIG (0000-0002-0206-2462)*, Costa AM (0000-0002-1931-3969)* e Rizzotto MLF (0000-0003-3152-1362)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Brasil. Constituição (1988) de 5 de outubro de 1988. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da União. 5 Out 1988.
2. Santos WG. Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro: Campus: 1979.
3. Brasil. Emenda Constitucional nº 103 de 12 de novembro de 2019. Altera o sistema de previdência social e estabelece regras de transição e disposições transitórias. Diário Oficial da União. 12 Out 2019.
4. Andrade EIG. Desafios da Seguridade Social Brasileira, dos benefícios sociais e das mulheres. ANFIP-Rev. Segurid. Soc. Tribut. 2023; XXX(148).
5. Brasil. Emenda Constitucional nº 29 de 13 de setembro de 2020. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Diário Oficial da União. 13 Set 2020.
6. Associação dos Auditores-Fiscais da Receita Federal do Brasil. Análise da Seguridade Social 2021. 22. ed. Brasília, DF: ANFIP; 2022.
7. Santos L, Funcia FR. Histórico do financiamento do SUS: Evidências jurídico-orçamentárias do desinteresse governamental federal sobre a garantia do direito fundamental à saúde. Domingueira saúde. 2020 [acesso em 2023 maio 10]; (20):1. Disponível em: <http://idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-20-maio-2020?lang=pt>.
8. Brasil. Lei nº 8.212 de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 24 Jul 1991.
9. Brasil. Medida Provisória nº 2.216-37 de 31 de agosto de 2001. Altera dispositivos da Lei nº 9.649, de 27 de maio de 1998, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 31 Ago 2001.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Social Security: a way to solve the underfunding of the SUS, to fight inequality, and to rebuild democracy

Eli Iola Gurgel Andrade¹, Ana Maria Costa², Maria Lucia Frizon Rizzotto²

DOI: 10.1590/0103-11042023137001

THIS EDITORIAL REVISITS THE CONCEPT OF SOCIAL SECURITY as the central axis for guaranteeing social protection, structured as a responsibility of the State, to be guaranteed to all Brazilians, as expressed in the Federal Constitution of 1988 (CF/88).

At that moment of transition to democracy, after decades of accelerated economic growth and high concentration of wealth, Brazilian society inscribed in its highest law the decision to no longer reconcile inequality and development. In its article 194, it recognizes the right to citizenship and social well-being:

Social security comprises an integrated set of initiatives taken by public authorities and society, aimed at ensuring rights related to health, social security (pension) and social assistance¹.

More than three decades later, the destruction of rights and setbacks that have taken place in recent years challenge the democratic reconstruction of Brazil. At this moment, therefore, it is essential to resume the debate that originated the notion of Social Security, to which the universal right to health was integrated.

From a historical point of view, the origin of social protection in Brazil dates back to the 1920s, when the Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) emerged and, later, in the 1930s, the Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), both aimed at protecting salaried urban workers. The unification of the IAPs into the National Institute of Social Security (INPS), in 1966, during the military regime, centralized the management of resources arising from the contributions of workers and employers, consolidating the Social Security model.

Santos² characterizes this process as regulated citizenship, in which the rights of citizens are restricted to the rights of the place they occupy in the production process. The advance towards a distributive and universal model occurred with the CF/88, which created the Social Security System, promoting social protection as a universal right and duty of the State. Thus, Brazilian Social Security preserves intergenerational solidarity, provides for the participation of the State in the management of the Public Fund, and introduces the distributive principle with social contributions on revenues (Contribution for the Financing of Social Security – COFINS) and corporate profits (Social Contribution on Net Income – CSLL). Hence, universal citizenship was established, that is, the right of everyone to social protection, with a specific budget and exclusive sources. In art. 198, the Social Security Budget (OSS) is established to cover Health, Social Security, and Social Assistance expenses¹.

¹Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva e Social (DMPS) – Belo Horizonte (MG), Brasil. iola@medicina.ufmg.br

²Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



The Unified Health System (SUS), which is always worth remembering, was created based on the concept of Social Welfare State and took place in Brazil at a late stage in relation to the European States that adopted the universal model to promote social justice and recover the countries of post-World War II misery and destruction.

The expanded concept of health that fostered the constituent debate and is part of the principles defended by the Sanitary Reform Movement (MRS) does not restrict the right to health to the right to medical-sanitary assistance. On the contrary, this concept is anchored in people's quality of life, an essential condition for populations and communities to accumulate better health conditions. In this context, therefore, health care is not limited to disease care. It is from this conception that health in our Constitution makes up the tripod of Social Security and, therefore, makes it dependent on the set of social policies that promote safety and quality of life.

The CF/88, in its art. 198, created the SUS to carry out public health actions and services that integrate a regionalized and hierarchical network, guided by decentralization guidelines, with a single direction in each sphere of government; of comprehensive care, with priority given to preventive activities, without prejudice to assistance services; and with community¹.

Aimed at strengthening the bonds of solidarity in the social fabric, the Beveridge model of Social Security adopted by Brazil is supported and guaranteed by broadly based social financing, directly and indirectly, through resources from the budgets of the Union, the states, the Federal District and municipalities, and contributions: I – from the employer, the company and the entity equivalent to it under the law, levied on the payroll and other income from work, revenue or billing and the profit; II – the worker; III – revenue from contests and forecasts; and IV – the importer of goods and services from abroad¹.

In the Transitory Constitutional Provisions Act (ADCT) of 1988, art. 55 stated that, until the approval of the Budgetary Guidelines Law (LDO), at least 30% of the Social Security budget would be destined to the health sector. This provision was never complied with³.

In the final years of the 1980s, with the Brazilian democratic transition again submerged in a scenario of uncertainties, the period of October 1993 was established as the deadline for the revision (in its entirety!) of the recently enacted CF/88, by the simple majority of the Congress elected in 1990. At the same time, there were threats regarding the insolvency of Social Security, a fundamental historical pillar to ensure the construction of a Social Security System. Projections made, still in 1989, by the Secretariat of Statistics and Actuary of the Ministry of Social Security and Social Assistance (MPAS) even pointed out, for example, that social security expenditure could represent 14.7% of the Gross Domestic Product (GDP) in 1995. From then on, the so-called 'structural social security crisis' began to play a strategic role in postponing the new financing and structuring of the Social Security System established in CF/88⁴.

Successive pension reforms throughout the 1990s and 2000s outlined a paradigmatic distance from the constitutional model of Social Security, even going so far as to attempt to deconfigure its public aspect, to transform it into a private and individualized insurance system. In February 2019, the newly sworn-in Bolsonaro administration sent Proposal for Amendment to the Constitution No. 6, of 2019, to the National Congress. With the justification that "*the social demands of democracy do not fit into the budget*", the proposal aimed to establish a 'new social security'. It was intended to completely deconstitutionalize the Social Security System, signaling the adoption of a Private Capitalization Regime, in rupture with the intergenerational solidarity model, a historical concept of social security financing, since the first CAPs, in 1923¹.

The proposal for the Individual Capitalization Regime (analogous to the Chilean model) was defeated. However, in the end, several devices contained in the approved Constitutional Amendment No 103, of 2019, impose barriers to access to social security protection, disregard

the dramatic situation of the labor market, delay the validity of rights and lower the value of workers' benefits³.

The trajectory of health financing also documents the great resistance to the implementation of the Social Security model in Brazil. In spite of the efforts to define minimum values for its financing, such as the drawn-out and difficult debate on Constitutional Amendment No 29, of 2000⁵, which defines that the states and the Federal District must apply 12% of resources from their own taxes and transfers and municipalities 15%, the definition of responsibility at the federal level has never been stabilized at levels sufficient for the adequate financing of a public and universal health system. Brazil today, contradictorily, and despite the importance of the SUS, spends more on private health than on public health. In recent years, Constitutional Amendment No 95, of 2016, even started to definance health, which had its minimum spending floor (15% of Net Current Revenue – RCL) frozen since 2017.

In 2022, Brazilian society marked the resumption of the democratic conquests of 1988 at the ballot box. inequality and consolidate democracy. Such a reconstruction needs to bring to its core the challenge of implementing Social Security, rediscovering the historical purpose for which it was created: founding the pact of social solidarity against inequality and consolidating democracy.

The thesis proposed here is for the resumption of the constitutional framework to definitively resolve the issue of SUS funding. Calculations⁶ show that, in 2021, the amount destined for health corresponded to only 13.4% of the OSS, that is, the Union invested less than half of the planned resources, if the constitutional criterion of 30% of the OSS was used⁷.

This resumption also implies the reorganization of Social Security as expressed in arts. 194 and 195 of CF/88. Brazil has its constitutional framework, it must be complied with. To this end, we defend the creation of the National Social Security Council, provided for in art. 194 of CF/88¹, instituted by Law No 8.212, of July 24, 1991⁸ (art. 6) and revoked by Provisional Measure No 2.216-37, of 2001⁹ (art. 35). The way forward involves reorganizing the OSS, providing transparency and rescuing its sources of revenue that are now subtracted by the high level of waivers, disengagements, exemptions and tax evasion in force.

With this reference, the challenge remains of rethinking the social security model for the 21st century, considering the issue of population aging, the epidemiological profile and the need for a new social policy of continuous care as one more of the pillars of Social Security. Still in this context, for the future, Brazil needs to look at and solve the serious problem of formal workers whose health rights are currently arbitrated in the commercial scope, by contracts between employers and private health plans. As in a scene of the absurd, it is formal workers who currently make up 82% of the clientele of insurance and private health care plans in Brazil.

The COVID-19 pandemic has brought clear evidence on the importance and social legitimacy of the SUS, in addition to having enabled the re-articulation of movements in defense of a universal, quality and 100% Public SUS. The victorious campaign of President Lula, who took office for his third term in 2023, made explicit his commitment to strengthening the SUS, creating a window of opportunity for the system. However, the scenario and dynamics of the interests that dominate the Brazilian State reveal that it will not be an easy task to guarantee adequate funding for the SUS, and it is up to the MRS entities, workers, unions, political parties and society to fight to return to the idea of Social Security and its financing, articulating the three areas that compose it, in a movement that reveals the meaning and the advance that this historic conquest represented in the CF/88.

Collaborators

Andrade EIG (0000-0002-0206-2462)*, Costa AM (0000-0002-1931-3969)* and Rizzotto MLF (0000-0003-3152-1362)* have equally contributed to the elaboration of the manuscript. ■

References

1. Brasil. Constituição (1988) de 5 de outubro de 1988. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da União. 5 Out 1988.
2. Santos WG. Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro: Campus: 1979.
3. Brasil. Emenda Constitucional nº 103 de 12 de novembro de 2019. Altera o sistema de previdência social e estabelece regras de transição e disposições transitórias. Diário Oficial da União. 12 Out 2019.
4. Andrade EIG. Desafios da Seguridade Social Brasileira, dos benefícios sociais e das mulheres. ANFIP-Rev. Segurid. Soc. Tribut. 2023; XXX(148).
5. Brasil. Emenda Constitucional nº 29 de 13 de setembro de 2020. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Diário Oficial da União. 13 Set 2020.
6. Associação dos Auditores-Fiscais da Receita Federal do Brasil. Análise da Seguridade Social 2021. 22. ed. Brasília, DF: ANFIP; 2022.
7. Santos L, Funcia FR. Histórico do financiamento do SUS: Evidências jurídico-orçamentárias do desinteresse governamental federal sobre a garantia do direito fundamental à saúde. Domingueira saúde. 2020 [acesso em 2023 maio 10]; (20):1. Disponível em: <http://idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-20-maio-2020?lang=pt>.
8. Brasil. Lei nº 8.212 de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 24 Jul 1991.
9. Brasil. Medida Provisória nº 2.216-37 de 31 de agosto de 2001. Altera dispositivos da Lei nº 9.649, de 27 de maio de 1998, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 31 Ago 2001.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

As mudanças na política de atenção primária e a (in)sustentabilidade da Estratégia Saúde da Família

Changes in the primary care policy and the (un)sustainability of the Family Health Strategy

Fernanda de Freitas Mendonça¹, Luciana Dias de Lima², Adelyne Maria Mendes Pereira², Caroline Pagani Martins¹

DOI: 10.1590/0103-1104202313701

RESUMO A Atenção Primária à Saúde é um nível de atenção estratégico para a conformação de um sistema de saúde sustentável e capaz de responder a necessidades diversas. Este artigo teve como objetivo analisar a normatização federal e suas implicações para a organização das equipes de atenção primária no Brasil. Pesquisa exploratória de métodos mistos, envolvendo a análise de 25 portarias federais e de dados secundários de abrangência nacional referentes às equipes homologadas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, no período de 2017 a 2021. Os resultados indicam mudanças na direcionalidade da política quanto à configuração, ao financiamento e ao credenciamento das equipes. Verificaram-se expansão das equipes de atenção primária, redução de Agentes Comunitários de Saúde e enfraquecimento do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Os resultados sugerem que os estímulos a outros arranjos de equipes e a flexibilização da cobertura do agente comunitário e da atuação multiprofissional comprometem a sustentabilidade do modelo de Saúde da Família no Sistema Único Saúde.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Política de saúde. Modelos de assistência à saúde. Equipe de assistência ao paciente.

ABSTRACT *Primary Health Care is a strategic level of care for forming a sustainable health system that responds to diverse needs. This article analyzed federal regulation and its implications for establishing primary care teams in Brazil. Exploratory mixed methods research involves analyzing 25 federal ordinances and secondary data of national scope referring to the teams approved in the National Register of Health Establishments from 2017 to 2021. The results indicate changes in the direction of the policy regarding the configuration, funding, and accreditation of teams. There was an expansion of primary care teams, a reduction in community health agents, and a weakening of the Family Health Support Center. The results suggest that the incentives for other team arrangements, the flexibility of the coverage of the community agent, and the multidisciplinary action compromise the sustainability of the Family Health model in the Unified Health System.*

¹Universidade Estadual de Londrina (UEL) – Londrina (PR), Brasil.
fernandamendonca@uel.br

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

KEYWORDS *Primary Health Care. Health policy. Healthcare models. Patient care team.*



Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) é reconhecida internacionalmente como um nível de atenção estratégico para a conformação de sistemas de saúde sustentáveis e capazes de lidar com necessidades diversas^{1,2} da população, com equidade, eficácia e resolutividade^{3,4}. Entretanto, as concepções e formas de organização da APS variam de modo significativo entre os países da América Latina e do mundo, estando relacionadas às ideias centrais que orientam políticas públicas, aos modelos de proteção social e de sistemas de saúde em que se inserem⁵.

Historicamente, como primeiro nível de atenção, a APS associa-se à constituição dos sistemas universais de saúde na Europa e na União Soviética, pós-Segunda Guerra Mundial. Nesse contexto, a APS destaca-se como alicerce para organização do sistema, responsável pelo primeiro contato com a população e pela garantia da longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado – essencialmente médico naquele momento⁶.

Na Conferência e Declaração de Alma Ata, em 1978, momento em que se amplia a compreensão sobre os fatores que determinam as condições de saúde da população, a APS adquire novas concepções. A APS passa a ter caráter abrangente, pautando-se nas dimensões individual e coletiva/territorial do processo saúde-doença e na atenção integral, por meio de ações clínicas e de promoção à saúde e de estratégias de participação social⁷.

Já a APS seletiva se constrói conceitualmente em oposição à abrangente, como parte de uma crítica à amplitude das suas ações, formalizada em Relatório do Banco Mundial, publicado em 1993. Propõe uma cesta limitada de serviços, em geral, focalizados em populações com maior vulnerabilidade socioeconômica. Essa concepção está intimamente ligada a modelos de proteção social e de sistemas de saúde mais restritivos, recomendados por organismos internacionais para reformas de Estado na América Latina durante os anos 1990⁸.

No Brasil, o Programa Saúde da Família (PSF) se configurou como principal modelo de APS no Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da segunda metade dos anos 1990, por meio de mecanismos de regulação e financiamento federal, permanecendo como política prioritária nos anos 2000⁹. Entre os marcos desse processo, destacam-se: a criação do PSF, em 1994, e sua transformação em Estratégia Saúde da Família (ESF), em 1996; a implantação de modalidades de repasse de recursos e incentivos financeiros federais direcionados para o financiamento da APS (o Piso de Atenção Básica fixo e variável), a partir de 1998; e a publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2006, e sua revisão, em 2011. Importante ressaltar que, mesmo com dificuldades e lacunas, foram as políticas direcionadas para o fortalecimento da APS no Brasil que mais favoreceram a implantação dos princípios e diretrizes do SUS, uma vez que produziram diversas mudanças no modelo de atenção e na gestão do trabalho em saúde nos municípios.

Estudos indicam que parte significativa dos avanços observados no SUS se devem à implantação e expansão do modelo de Saúde da Família no território nacional¹⁰⁻¹⁵. Esse se caracteriza pela composição de equipes multiprofissionais, que operam nas dimensões individual, familiar e coletiva/territorial do cuidado à saúde, e está voltado para uma ampla diversidade de situações e de necessidades de saúde, relacionadas ou não a grupos populacionais específicos^{16,17}. A atuação de equipes de Saúde Bucal (eSB), dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) integra o modelo, contribuindo para o alcance de práticas mais resolutivas e coerentes com as necessidades de saúde do território¹⁸⁻²⁰.

Mais recentemente, o papel da APS nos sistemas de saúde tem sido valorizado nas respostas dos países à pandemia de Covid-19. A APS foi importante tanto no diagnóstico precoce, acompanhamento de casos leves e vigilância em saúde²¹ quanto na continuidade da atenção

e no apoio social a populações específicas por meio de ações intersetoriais²². Destaca-se, também, a sua atuação no teleatendimento, no rastreamento de casos e contatos, na articulação com a vigilância epidemiológica e na vacinação²³⁻²⁵. Resultados mais ou menos robustos estão relacionados à capacidade prévia da APS e do sistema de saúde, incluindo financiamento e disponibilidade de trabalhadores²⁶.

Contudo, desde 2017, observam-se mudanças na política nacional de atenção básica, que incidem sobre a composição das equipes de APS e sugerem inflexões e retrocessos com relação aos avanços obtidos com a APS, cuja estratégia primordial é a saúde da família²⁷⁻³¹.

Partindo dessa discussão, este artigo tem como objetivo analisar a normatização federal e suas implicações para a organização das equipes de APS no Brasil, no período de 2017

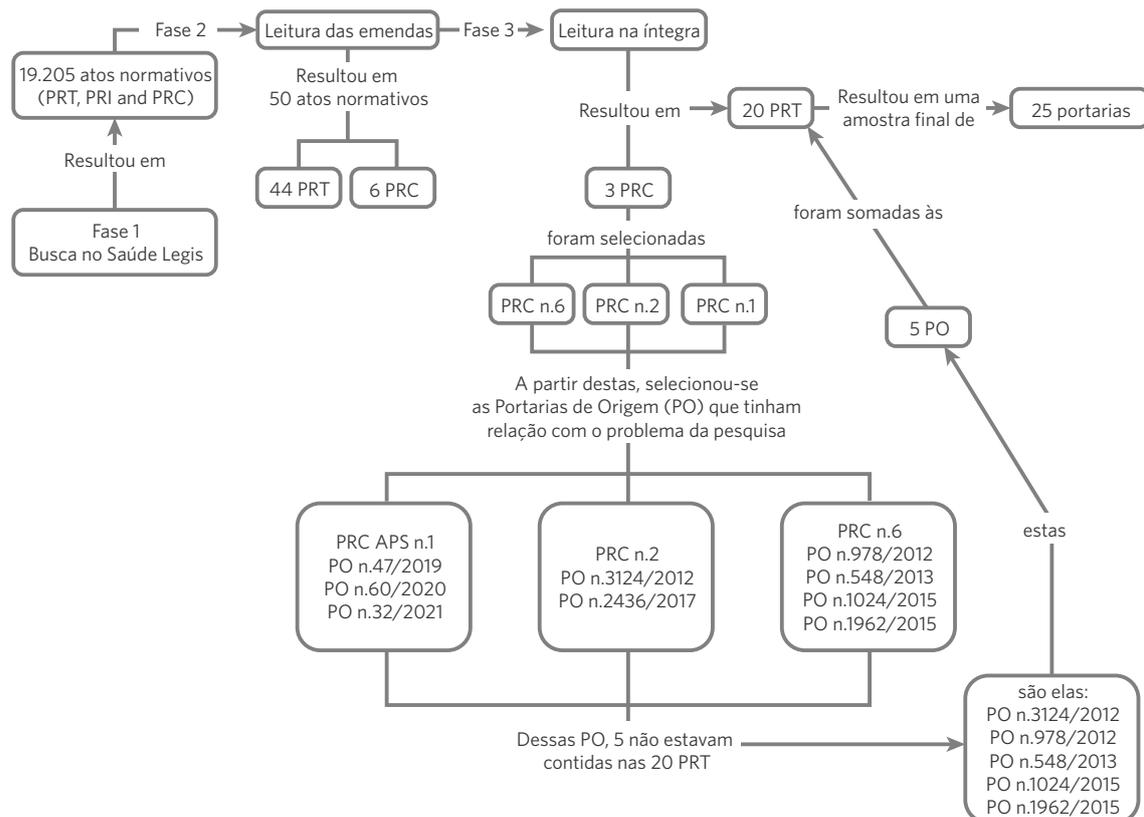
a 2021. Busca-se identificar a direcionalidade da política nacional de saúde e seus efeitos para a sustentabilidade do modelo de Saúde da Família no SUS.

Material e métodos

Trata-se de estudo exploratório de métodos mistos, envolvendo análise documental e de dados secundários de abrangência nacional.

Os documentos foram obtidos do ‘Saúde Legis’, sistema que reúne a regulamentação do SUS, incluindo os atos normativos federais disponibilizados pelo Ministério da Saúde – MS (<http://saudelegis.saude.gov.br/saudelegis/secure/norma/listPublic.xhtml>)³². O processo de seleção dos documentos se desdobrou em três fases, sistematizadas na *figura 1*.

Figura 1. Etapas metodológicas do processo de seleção de atos normativos



Na primeira etapa, os documentos foram selecionados segundo os seguintes critérios: a) tipo de ato normativo: portaria ministerial (PRT), portaria interministerial (PRI) e portaria de consolidação (PRC); b) data da publicação: 21/09/2017 a 31/12/2021 (data de publicação da nova portaria de Atenção Básica até o fechamento do ano de 2021); c) origem: Gabinete do Ministro (GM), Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps). Na segunda etapa, realizaram-se leitura das ementas e identificação dos atos normativos relacionados ao financiamento e à organização das equipes que atuam no âmbito da APS. Na terceira etapa, procedeu-se à leitura na íntegra dos documentos, com identificação dos atos normativos sistematizados nas portarias de consolidação, cujo conteúdo tinha relação com o problema de pesquisa e que estavam vigentes no período de estudo.

Ao final desse processo, 25 documentos foram selecionados para análise temática, com suas respectivas etapas de categorização, descrição e interpretação³³. Os resultados da análise documental foram agrupados em: configuração (composição, parâmetros de cobertura e carga horária), financiamento (valor do incentivo e fonte do incentivo) e processo de credenciamento das equipes (fluxo de credenciamento, cadastramento, fixação das equipes e monitoramento, acompanhamento e avaliação).

Os dados secundários foram obtidos do sistema de informação em saúde do MS, disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS (<http://datasus.saude.gov.br/>), referentes às equipes que atuam na APS homologadas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) no período de 2017 a 2021.

Do CNES, foram extraídos dados relativos ao número de equipes de Saúde da Família (eSF), de Atenção Básica (eAB)/Atenção Primária (eAP), do Núcleo de Apoio à Saúde da Família/Atenção Básica (eNasf-AB) e de ACS, e seu processamento considerou as macrorregiões do País e o cálculo da variação percentual no período de estudo.

Os resultados da análise documental foram confrontados com as variações percentuais dos tipos de equipes homologadas, buscando evidenciar a direcionalidade da política nacional de saúde e suas implicações.

Destaca-se que, por se tratar de uma pesquisa que utilizou documentos e dados secundários disponíveis publicamente em sistemas de informação, não foi necessário submeter o projeto deste estudo a um comitê de ética e pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

Os resultados estão organizados em duas seções. A primeira apresenta as determinações normativas no que se refere à configuração, ao financiamento e ao credenciamento das equipes que atuam na APS, e a segunda aborda a evolução da composição dessas equipes no período de 2017 a 2021.

Configuração, financiamento e processo de credenciamento de equipes

Os quadros 1 e 2 sistematizam os 25 atos normativos selecionados e analisados segundo os eixos de configuração e financiamento das equipes.

Quadro 1. Sistematização das normas federais relativas à configuração das equipes de APS. Brasil, 2017 a 2021

Equipe Saúde da Família	
Família	Atos Normativos
Composição	Portaria 2436/2017 (não vigente, mas com parte de seu conteúdo incorporado na PC 2) Médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade; enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o Agente de Combate às Endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal.
Parâmetro de cobertura	Portaria 2436/2017 (não vigente, mas com parte de seu conteúdo incorporado na PC 2) Uma equipe para 2.000 a 3.500 pessoas Portaria 2979/2019 (vigente) Em município urbano, uma equipe para cada 4000 pessoas Em município adjacente, uma equipe para cada 2750 pessoas Em município remoto, uma equipe para cada 2000 pessoas
Carga horária	Portaria 2436/2017 (não vigente, mas com parte de seu conteúdo incorporado na PC 2) 40h semanais para todos os integrantes da equipe Portaria 2979/2019 (vigente) 40h semanais para todos os integrantes da equipe Portaria 60/2020 (não vigente, revogada pela portaria 32) Em unidades com adesão ao Saúde na Hora, podem ter a flexibilização de carga horária (min 20h) para enfermeiro, médico e cirurgião dentista
Agentes Comunitários de Saúde	
Comunidade	Atos Normativos
Parâmetro de cobertura	Portaria 2436/2017 (não vigente, mas com parte de seu conteúdo incorporado na PC 2) Um ACS para cada 750 pessoas em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social
Carga horária	Portaria 2436/2017 (não vigente, mas com parte de seu conteúdo incorporado na PC 2) 40h semanais
Equipe de atenção básica/primária	
Família	Atos Normativos
Composição	Portaria 2436/2017 (não vigente, mas com parte de seu conteúdo incorporado na PC 2) eAB – médicos, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade; enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliares de enfermagem e/ou técnicos de enfermagem. Poderão agregar outros profissionais, como dentistas, auxiliares de saúde bucal e/ou técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e agentes de combate a endemias. Portaria 18/2019 (não vigente, revogada pela portaria 37) Reafirma a composição da PNAB para eAB Portaria 2539/2019 (vigente) Institui a eAP, sendo sua composição: Médicos, preferencialmente especialistas em medicina de família e comunidade; e enfermeiros, preferencialmente especialistas em saúde da família cadastrados em uma mesma Unidade de Saúde.
Parâmetro de cobertura	Portaria 2436/2017 (não vigente, mas com parte de seu conteúdo incorporado na PC 2) Uma equipe para 2.000 a 3.500 pessoas Portaria 2539/2019 (vigente) eAP Modalidade 1 (20h) – deve cobrir 50% da população coberta pela eSF eAP Modalidade 2 (30h) – deve cobrir 75% da população coberta pela eSF Portaria 2979/2019 (vigente) Para eAP modalidade 1 (20h), a cobertura em: Município urbano – é de uma equipe para cada 2000 pessoas Município adjacente – é de uma equipe para cada 1375 pessoas Município remoto – é de uma equipe para cada 1000 pessoas Para eAP modalidade 2 (30h), a cobertura em: Município urbano – é de uma equipe para cada 3000 pessoas Município adjacente – é de uma equipe para cada 2063 pessoas Município remoto – é de uma equipe para cada 1500 pessoas

Quadro 1. Sistematização das normas federais relativas à configuração das equipes de APS. Brasil, 2017 a 2021

Carga horária	Portaria 2436/2017 (não vigente, mas com parte de seu conteúdo incorporado na PC 2) Dez horas, com o máximo de 3 (três) profissionais por categoria, devendo somar no mínimo 40 horas/semanais Portaria 18/2019 (não vigente, revogada pela portaria 37) Reafirma a carga horária da PNAB Portaria 2539/2019 (vigente) Modalidade 1 - a carga horária mínima individual dos profissionais deverá ser de 20 (vinte) horas semanais Modalidade 2 - a carga horária mínima individual dos profissionais deverá ser de 30 (trinta) horas semanais Portaria 2979/2019 (vigente) Modalidade 1 - 20h semanais Modalidade 2 - 30h semanais
Equipe de Saúde bucal	Atos Normativos
Composição	Portaria 2437/2017 (não vigente, mas com parte de seu conteúdo incorporado na PC 2) Modalidade I: Cirurgião-dentista e auxiliar em saúde bucal (ASB) ou técnico em saúde bucal (TSB) Modalidade II: Cirurgião-dentista, TSB e ASB, ou outro TSB Portaria 18/2019 (não vigente, revogada pela portaria 37) Reafirma a composição da PNAB
Parâmetro de cobertura	Portaria 2436/2017 (não vigente, mas com parte de seu conteúdo incorporado na PC 2) Uma equipe para cada 2.000 a 3.500 pessoas Portaria 18/2019 (não vigente, revogada pela portaria 37) Modalidade 40h - uma equipe deve cobrir 100% da população adscrita para uma eSF Portaria 2539/2019 (vigente) Modalidade 30h - deve cobrir 75% da população adscrita para uma eSF Modalidade 20h - deve cobrir 50% da população adscrita para uma eSF
Carga horária	Portaria 2436/2017 (não vigente, mas com parte de seu conteúdo incorporado na PC 2) 40h semanais Portaria 18/2019 (não vigente, revogada pela portaria 37) 40h semanais Portaria 2539/2019 (vigente) Modalidade 1 - 20h Modalidade 2 - 30h
Equipe Nasf-AB	Atos Normativos
Composição	Portaria 2436/2017 (não vigente, mas com parte de seu conteúdo incorporado na PC 2) Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador); e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas conforme normativa vigente.
Parâmetro de cobertura	Portaria 3124/2012 (não vigente, mas com parte de seu conteúdo incorporado na PC2) Modalidade 1 - no mínimo, cinco, e, no máximo, nove eSF ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (Consultórios na Rua, equipes ribeirinhas e fluviais). Modalidade 2 - no mínimo, três, e, no máximo, quatro eSF e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (Consultórios na Rua, equipes ribeirinhas e fluviais). Modalidade 3 - no mínimo, uma e, no máximo, duas eSF e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (Consultórios na Rua, equipes ribeirinhas e fluviais), agregando-se de modo específico ao processo de trabalho delas, configurando-se como uma equipe ampliada.
Carga horária	Portaria 3124/2012 (não vigente, mas com parte de seu conteúdo incorporado na PC2) Modalidade 1 - a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular, no mínimo, 200 (duzentas) horas semanais; nenhum profissional deve ter carga horária semanal menor do que 20 horas; cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter, no mínimo, 20 horas e, no máximo, 80 horas de carga horária semanal. Modalidade 2 - a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular, no mínimo, 120 horas semanais; nenhum profissional deve ter carga horária semanal menor do que 20 horas; cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter, no mínimo, 20 horas e, no máximo, 40 horas de carga horária semanal. Modalidade 3 - a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular, no mínimo, 80 horas semanais; nenhum profissional deve ter carga horária semanal menor do que 20 horas; cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter, no mínimo, 20 horas e, no máximo, 40 horas de carga horária semanal.

Fonte: elaboração própria.

Mudanças relacionadas à composição, ao parâmetro de cobertura e à carga horária dos membros das equipes que atuam na APS podem ser observadas na regulamentação federal do SUS (*quadro 1*). A eSF, cujo parâmetro de cobertura variava de 2 mil a 3,5 mil pessoas, passou a se diferenciar de acordo com a classificação geográfica dos municípios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Com a publicação do Programa Previne Brasil (PPB), em 2019, programa que define novas regras de financiamento federal para as ações e os serviços de APS no Brasil, preconizaram-se: uma equipe por 2000 habitantes nos municípios intermediários remotos e rurais remotos, e uma equipe por 4000 habitantes nos municípios urbanos. Com relação à carga horária, todos os membros da equipe devem cumprir 40h semanais, com exceção das unidades que tenham aderido ao Saúde na Hora. O Saúde na Hora é um programa que visa a estender o horário de funcionamento das unidades de saúde.

Em 2017, a cobertura do ACS, que era de 750 pessoas, passou a ser flexibilizada com

a publicação de nova versão da PNAB, sendo esse parâmetro recomendado apenas em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social. Também houve mudanças na cobertura da eAP a partir do Previne Brasil. Se, antes, as eAP modalidade I (20 horas semanais) cobriam 50% da população atendida pela eSF, agora, as coberturas são estabelecidas de acordo com a tipologia do IBGE do município do IBGE. O mesmo ocorreu com a eAP modalidade II (30 horas semanais).

Quanto à eSB, foram mantidas as modalidades I (composta por um cirurgião-dentista, um técnico ou um auxiliar de saúde bucal) e II (constituída por três membros, incluindo o cirurgião-dentista, dois técnicos ou um técnico e um auxiliar de saúde bucal), porém, com alterações nos parâmetros de cobertura determinados pela carga horária dos profissionais. A partir da criação da modalidade de 20h e de 30h, as coberturas exigidas passaram a ser, respectivamente, 50% e 75% da população adstrita para uma eSF. Sobre a equipe Nasf-AB, não houve alterações no que se refere à configuração.

Quadro 2. Sistematização das normas federais relativas ao financiamento das equipes de APS. Brasil, 2017 a 2021

Equipe de saúde da família	Atos Normativos
Valor do incentivo	Portaria 978/2012 (não vigente, mas com parte de seu conteúdo incorporado na PC 2) Equipes do tipo modalidade 1: R\$ 10.695,00/mês. São equipes modalidade 1 todas as equipes implantadas em municípios: a) com população de até 50 mil habitantes nos estados da Amazônia Legal, ou b) com população de até 30 mil habitantes e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) igual ou inferior a 0,7, nos demais estados do País; ou c) que já fazem jus ao recebimento de acréscimo de 50% no valor dos incentivos referentes ao total de eSF e eSB que implantarem; e As eSF implantadas em municípios não incluídos no estabelecido na alínea I e que atendam a população remanescente de quilombos e/ou residente em assentamentos de no mínimo 70 (setenta) pessoas, respeitado o número máximo de equipes por município, publicado em portaria específica. Equipes do tipo modalidade 2: R\$ 7.130,00/mês Portaria 2979/2019 (vigente) O valor está inserido no valor da capitação ponderada Portaria 169/2020 (vigente) Atualiza o valor per capita em R\$ 50,50/mês
Fonte do incentivo	Portaria 2436/2017 (não vigente, mas com parte de seu conteúdo incorporado na PC 2) Piso de atenção básica variável Portaria 2979/2019 (vigente) Capitação ponderada

Quadro 2. Sistematização das normas federais relativas ao financiamento das equipes de APS. Brasil, 2017 a 2021

Agente Comunitário de Saúde	
de Saúde	Atos Normativos
Valor do incentivo	Portaria de origem 1024 e 1962/2015 (não vigentes, mas com parte de seu conteúdo incorporado na PC 6) Define forma de repasse dos recursos da Assistência Financeira Complementar (AFC) da União para o cumprimento do piso salarial profissional nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) Portaria 201/2019 (não vigente) Estabelece o repasse de R\$ 1.250,00 por ACS/mês Portaria 3317/2020 (vigente) Estabelece o repasse de R\$ 1.550,00 por ACS/mês
Fonte do incentivo	Portaria 2436/2017 (não vigente, mas com parte de seu conteúdo incorporado na PC 2) Piso de atenção básica variável Portaria 2979/2019 (vigente) Se inserido na eSF, incentivo por captação ponderada Se inserido na estratégia de ACS, incentivo por adesão a ações estratégicas
Equipe de atenção básica/atenção primária	
básica/atenção primária	Atos Normativos
Valor do incentivo	Portaria 1808/2018 (vigente) eAB – o valor é correspondente a 30% do valor do custeio mensal das eSF (R\$ 2.139,00/mês) Portaria 2539/2019 (vigente) Modalidade 1 (20h) – R\$ 3.565,00/mês Modalidade 2 (30h) – R\$ 5.347,00/mês Portaria 2979/2019 (vigente) O valor está inserido no valor da capitação ponderada como a eSF Portaria 3883/2019 (vigente) Modalidade I (20h): transferência mensal equivalente a 50% do incentivo financeiro referente à eSF Modalidade 2 (30h): transferência mensal equivalente a 75% do incentivo financeiro referente à eSF. Portaria 169/2020 (vigente) Atualiza o valor per capita para R\$ 50,50/mês
Fonte do incentivo	A partir da Portaria 2436/2017 (não vigente, mas com parte de seu conteúdo incorporado na PC 2) Piso de atenção básica variável Portaria 2979/2019 (vigente) Capitação ponderada
Equipe de saúde bucal	
bucal	Atos Normativos
Valor do incentivo	Portaria de origem 978/2012 (não vigente, mas com parte de seu conteúdo incorporado na PC6) Modalidade I 40h (com dois profissionais) R\$ 2.230,00/mês Modalidade II 40h (com três profissionais): R\$ 2.980,01/mês Portaria 2539/2019 (vigente) Flexibiliza a CH das equipes para: Modalidade I (20h): R\$ 1.115,00 por equipe; Modalidade I (30h): R\$ 1.672,50 por equipe. Portaria 2305/2020 (vigente) Modalidade I – R\$ 2.453,00/mês Modalidade II – R\$ 3.278,00/mês Modalidade I – (20h): R\$ 1.226,50/mês Modalidade I – (30h): R\$ 1.839,75/mês
Fonte do incentivo	Portaria 2436/2017 (não vigente, mas com parte de seu conteúdo incorporado na PC 2) Piso de atenção básica variável Portaria 2979/2019 (vigente) Incentivo por adesão a ações estratégicas

Quadro 2. Sistematização das normas federais relativas ao financiamento das equipes de APS. Brasil, 2017 a 2021

Equipe Nasf - AB	Atos Normativos
Valor do incentivo	Portaria 548/2013 (não vigente, mas com parte de seu conteúdo incorporado na PC2) Nasf Modalidade 1 - R\$ 20.000,00/mês Nasf Modalidade 2 - R\$ 12.000,00/mês Nasf Modalidade 3 - R\$ 8.000,00/mês Portaria 2979/2019 (vigente) Sem financiamento
Fonte do incentivo	Portaria 2436/2017 (não vigente, mas com parte de seu conteúdo incorporado na PC2) Piso de atenção básica variável Portaria 2979/2019 (vigente) Sem fonte de incentivo

Fonte: elaboração própria.

No eixo financiamento, notam-se regras que privilegiam a expansão da eAP, para a qual os incentivos financeiros foram atualizados e ampliados por diversas vezes no período. Quanto à eSF, não houve alteração do valor do incentivo definido em 2012. Além disso, verifica-se o fim do financiamento da equipe Nasf-AB pelo Programa Previnde Brasil e alterações nas formas de repasse das transferências federais para o financiamento da APS – em especial, pela substituição da modalidade *per capita* pela capitação ponderada. Diferentemente do repasse *per capita*, a capitação ponderada baseia-se na transferência de recursos apenas

para usuários cadastrados pelas equipes de APS. Com o fim do PAB variável, a forma de repasse principal para o financiamento da eSB se dá por adesão a ações estratégicas. Já os ACS podem ser financiados por duas formas de repasse distintas: por meio da capitação ponderada, inserindo-se na ESF, ou por adesão a essa ação estratégica específica.

A sistematização do processo de credenciamento e homologação das equipes também apresenta pistas de como o modelo de APS vem se configurando. Sobre as regras de credenciamento (*quadro 3*), o ano de 2019 concentrou o maior número de normativas.

Quadro 3. Sistematização das normas federais relativas ao processo de credenciamento das equipes de APS. Brasil, 2017 a 2021

EIXOS TEMÁTICOS	ATOS NORMATIVOS	VIGÊNCIA
Fluxo de cadastro	Portaria 2436/2017 Determina que o fluxo de credenciamento deve passar pela elaboração do projeto pelo município; ser encaminhado para a SES; ser aprovado em CIB, cuja resolução é encaminhada ao MS, que publica a portaria de credenciamento. A partir de então, o município tem até quatro meses para realizar o cadastro no CNES.	Não, mas parte de seu conteúdo está incorporado na portaria de consolidação n.2
	Portaria 1710/2019 Altera o fluxo anterior. Desburocratiza o processo de credenciamento das equipes. O projeto parte do município, que encaminha diretamente para o MS. Um ofício é enviado para as demais instâncias (CMS, SES, CIB), para conhecimento.	Sim
Cadastramento no CNES	Portaria 18/2019 Cria o identificador nacional de equipes (INE) para as eAB e eAB de saúde bucal modalidades I e II.	Não, revogada, pela portaria 37/2021
	Portaria 99/2020 Unificação de vários INE. Ficam incluídos os seguintes códigos: 70 - eSF 71 - eSB	Não, revogada pela portaria 37/2021

Quadro 3. Sistematização das normas federais relativas ao processo de credenciamento das equipes de APS. Brasil, 2017 a 2021

EIXOS TEMÁTICOS	ATOS NORMATIVOS	VIGÊNCIA
	72 - eNasf-AB, 76 - eAP - Equipe de Atenção Primária	
	Portaria 60/2020 Define os critérios para o município conseguir validar as equipes no CNES.	Não, revogada pela portaria 32/2021
	Portaria 801/2020 Torna o credenciamento automático em eAP para as equipes certificadas no 3º Ciclo do PMAQ-AB e aquelas cadastradas no SCNES nos códigos de tipo de equipe 16, 17, 18, 19, 20 e 21 no momento da certificação.	Sim
	Portaria 32/2021 Define os critérios para o município conseguir validar as equipes no CNES, alterando em alguns aspectos o texto da portaria 60.	Não, seu conteúdo foi incorporado a portaria consolidada 1 de APS
	Portaria 37/2021 Define novos INE. Difere da portaria 99/2019 ao propor eSF (cód. 70) com e sem saúde bucal. O mesmo se aplica à eAP (cód. 76).	Sim
	Portaria 1037/2021 Define os critérios de exclusão e prioridade para análise das solicitações de credenciamento das equipes.	Sim
Fixação de equipes	Portaria 3566/2019 Fixa o quantitativo de eSF e eSB dos municípios. Para a definição do quantitativo, foram consideradas as equipes credenciadas, cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES) e que receberam incentivos financeiros federais até a competência financeira de outubro de 2019. As equipes que estão como transitórias podem optar por migrar para eSF ou eAP. Caso não haja o remanejamento da CH do médico, as equipes transitórias serão automaticamente convertidas em eAP.	Sim
Acompanhamento, monitoramento e avaliação	Portaria 47/2019 Determina que esse processo ocorrerá por meio de códigos referentes à Identificação Nacional de Equipe (INE) e ao Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) das equipes ou serviços de Atenção Primária à Saúde. O código da INE será considerado para os seguintes tipos equipes: I - equipe de Saúde da Família (eSF) e equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR); II - equipe de Saúde Bucal (eSB); III - equipe de Consultório na Rua (eCR); IV - equipe de Atenção Básica Prisional (eABP); e V - equipe de Atenção Primária (eAP).	Sim

Fonte: elaboração própria.

Destaca-se um movimento de simplificação do processo, sobretudo pela retirada da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) como instância de deliberação sobre credenciamento de equipes. Na mesma linha, houve a unificação de diversos códigos de Identificador Nacional de Equipe (INE). No mesmo ano, foi publicada uma portaria fixando a quantidade de equipes de eSF e eAP e descrevendo o processo de acompanhamento, monitoramento e avaliação das equipes cadastradas. Chama atenção o fato de não haver menção para a equipe Nasf-AB nesse processo, mesmo ainda

sendo possível seu cadastro no sistema. No ano de 2020, salienta-se o credenciamento automático das equipes para a condição de eAP, e, em 2021, a criação de critérios para a validação das equipes no CNES.

Evolução da composição das equipes que atuam na APS

A *tabela 1* apresenta um panorama das equipes homologadas, nacionalmente e por macrorregiões, e a variação percentual de cada uma delas, de 2017 a 2021.

Tabela 1. Distribuição das equipes homologadas e variação percentual segundo macrorregiões. Brasil, 2017 a 2021

Região	Modalidades de equipes	2017	2018	2019	2020	2021	Varição no período
		N	N	N	N	N	%
Brasil	Equipe Saúde da Família	42388	44190	44334	48850	49989	17,93
	Equipe de atenção básica/primária	488	535	524	2704	4497	821,52
	Equipe de Saúde bucal	26369	27817	28083	30597	34579	31,14
	Agente Comunitário de Saúde	270867	271982	269217	282917	283104	4,52
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família/Atenção Básica	4904	5665	5863	5652	5467	11,48
Norte	Equipe Saúde da Família	3427	3628	3628	4391	4593	34,02
	Equipe de atenção básica/primária	42	42	7	142	316	652,38
	Equipe de Saúde bucal	2004	2150	2178	2577	2917	45,56
	Agente Comunitário de Saúde	32874	32586	32700	33099	33081	0,63
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família/Atenção Básica	365	464	493	473	443	21,37
Nordeste	Equipe Saúde da Família	15619	16046	16045	17479	17710	13,39
	Equipe de atenção básica/primária	11	12	13	139	331	2909,09
	Equipe de Saúde bucal	11802	12397	12614	12988	14138	19,79
	Agente Comunitário de Saúde	106508	106336	105996	106651	107028	0,49
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família/Atenção Básica	2029	2235	2287	2201	2055	1,28
Centro-Oeste	Equipe Saúde da Família	2970	3201	3371	3764	3856	29,83
	Equipe de atenção básica/primária	9	6	5	66	141	1466,67
	Equipe de Saúde bucal	2137	2331	2348	2454	2788	29,49
	Agente Comunitário de Saúde	20183	20209	19922	20047	19910	-1,35
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família/Atenção Básica	359	410	443	426	403	12,26
Sudeste	Equipe Saúde da Família	14229	14872	14887	16217	16695	17,33
	Equipe de atenção básica/primária	318	377	402	1637	2625	725,47
	Equipe de Saúde bucal	7225	7681	7736	8464	10190	44,42
	Agente Comunitário de Saúde	87904	89041	88345	88734	89123	1,39
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família/Atenção Básica	1441	1726	1782	1757	1769	22,76
Sul	Equipe Saúde da Família	6143	6443	6443	6999	7135	16,15
	Equipe de atenção básica/primária	108	98	97	720	1084	903,70
	Equipe de Saúde bucal	3321	3180	3338	4114	4546	35,54
	Agente Comunitário de Saúde	35874	35079	34216	34386	33962	-5,33
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família/Atenção Básica	710	830	858	795	797	12,25

Fonte: CNES²⁴.

No âmbito nacional, a equipe que apresentou maior taxa de crescimento foi a eAP, com 821,52%, enquanto a eSF teve 17,93%. Essa disparidade se manteve em todas as regiões do País, até mesmo naquelas que possuem populações mais dependentes do SUS.

O ACS foi o que apresentou a menor taxa de crescimento (4,52%), com destaque para as regiões Sul e Centro-Oeste, onde houve queda do crescimento desse profissional. A eSB apresentou crescimento (média nacional de 31,14%), ainda que com variações entre as regiões do País, sendo o menor no Nordeste (19,79%) e o maior no Norte (45,56%).

Com relação à equipe Nasf-AB, verifica-se uma queda na homologação a partir de 2019, com uma diminuição de 6,75% nos cadastros em 2021, se comparado ao ano de 2019. A queda foi observada em todas as regiões, sendo a menor taxa de crescimento observada no Nordeste (1,28%).

Discussão

A ESF foi se consolidando gradativamente como a principal referência para organização da APS no SUS. Em que pese a existência de limites e desafios importantes, vários estudos indicam os avanços decorrentes do fortalecimento da ESF. Além disso, foram as políticas direcionadas para a APS as que mais favoreceram a implantação dos princípios e diretrizes do SUS³⁵.

As eSF tiveram papel fundamental na garantia do primeiro contato, na longitudinalidade e na coordenação do cuidado. Ao atuarem em áreas geográficas definidas e com populações adstritas, permitiram a construção de vínculo e reconhecimento de necessidades dos usuários^{20,36,37}. Estudos indicam que a implantação e a expansão da ESF ampliaram o acesso da população aos serviços de saúde³⁸, favoreceram a redução da mortalidade infantil e de internações por condições sensíveis à APS¹⁶⁻²¹ e a equidade em saúde²³.

No período 1994-2001, o crescimento eSF foi significativo, registrando-se 328 em 1994 e 10.788 em 2001. Neste último ano, as equipes estavam presentes em 4.266 municípios, prestando assistência a 36 milhões de brasileiros³⁸. A regulação federal, baseada, principalmente, na emissão de portarias atreladas a mecanismos de repasses de recursos financeiros do MS, foi fundamental para adesão e implantação do modelo pelos municípios¹⁵.

Desse modo, apostar em políticas que promovam a sustentabilidade do Saúde da Família torna-se fundamental para garantia dos avanços obtidos. Mas as mudanças recentes nas regras federais sobre a APS e a evolução observada na composição das equipes não apontam para isso. Pelo contrário, sugerem uma competição entre os modelos de equipes eSF e eAP. As eSF foram financiadas exclusivamente até 2017, quando houve a revisão da PNAB e a instituição das eAP. A depender de quais equipes se fortalecem, determinadas modalidades de atenção se consolidam, produzindo efeitos diretos nos serviços prestados e, conseqüentemente, na saúde da população.

A análise das portarias ministeriais revelou uma atenção especial à eAP, marcada por três características: por diversas vezes, os valores dos repasses federais para financiamento das eAP foram atualizados, diferentemente das eSF, que não sofreram reajustes desde 2012; o credenciamento para eAP tornou-se automático para algumas equipes cadastradas no CNES; e houve flexibilização da carga horária dos profissionais vinculados a esse tipo de equipe. Ou seja, percebe-se a facilitação da contratação de profissionais em um modelo que prioriza o cuidado individual e o atendimento à demanda espontânea³⁹.

De acordo com Morosini, Fonseca e Lima²⁷, a composição das eAP pode ser mais atraente, já que elas contam com menos profissionais do que as ESF e, portanto, podem ter um custo mais baixo; são mais fáceis de organizar, em função da flexibilidade da carga horária; e são, também, financeiramente apoiadas. Os resultados desse estudo corroboram os aspectos de preferência pelas eAP apontados pelas autoras.

O crescimento do cadastro da eAP de 2017 até 2021 foi de 821,52%, contra um crescimento de 17,93% da eSF. Essas disparidades se mantêm em todas as regiões do País, até mesmo naquelas com populações mais carentes e vulnerabilizadas. Em longo prazo, se essas taxas se mantiverem, grande parte da população brasileira não contará mais com equipes que tenham a presença do ACS. Isso, em termos de modelo de atenção, pode trazer resultados preocupantes no tocante, sobretudo, ao acesso universal. O crescimento da eAP também tende a fortalecer a presença de profissionais cuja formação permanece fortemente orientada para o controle de riscos individuais²⁷.

Com relação às eSB, apesar dos resultados apontarem a taxa de crescimento, um estudo recente mostrou uma significativa supressão na contratualização de eSB de modalidade II⁴⁰. Reis et al.⁴¹ também identificaram uma presença cinco vezes maior de eSB I em relação às eSB II no Sul e no Sudeste do Brasil. Embora o presente estudo não tenha realizado a discriminação entre as modalidades I e II, considerando as normativas que flexibilizam a carga horária e garantem o repasse de recursos federais para as equipes de modalidade I, é possível que o aumento observado se dê apenas nessas conformações em que o quantitativo de profissionais é menor.

Desse modo, os avanços conquistados a partir da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), implantada em 2004 e que abrange a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação⁴², podem estar comprometidos com essa nova configuração de eSB com menos profissionais⁴³. O mesmo é apontado por Probst et al.⁴⁴, os quais ressaltam que as ações propostas pela PNSB para inversão do modelo de atenção à saúde bucal têm sido descontinuadas, sobretudo pela precarização do serviço e pela falta de investimentos.

A nova PNAB também flexibilizou o parâmetro de cobertura de ACS. Atualmente, é possível credenciar uma equipe que

tenha apenas um ACS, ao contrário do que ocorria na PNAB anterior, que preconizava no mínimo quadro agentes por eSF. Ou seja, mesmo o MS afirmando que as eSF são uma estratégia prioritária, elas estão, gradativamente, constituindo-se em equipes com quantidades menores de ACS. O estudo de Gomes, Gutiérrez e Soranz⁴⁵ já detectou que, mesmo com o aumento de cadastro de eSF, houve, no período de 2017 a 2019, uma redução no quantitativo de ACS no País.

Neste estudo, verificou-se que os ACS foram aqueles que apresentaram menor taxa de crescimento (4,52%), sendo que, em algumas regiões (Sul e Centro-Oeste), houve queda. Destaca-se que barrar essa tendência de redução de ACS nas equipes parece pouco provável, visto que houve um processo de simplificação do credenciamento das equipes. Isso quer dizer que outras instâncias, como a CIB, que participavam do processo de aprovação das equipes credenciadas, atualmente, não participam mais desse processo.

Além disso, observa-se um represamento, por parte do governo federal, com relação aos pedidos de validação das equipes. Ou seja, além de ser atualmente o único ente a deliberar sobre a ação de credenciamento das equipes, demonstra morosidade no desenvolvimento desse processo, colocando em questionamento o quanto a 'desburocratização' realmente trouxe maior agilidade ao processo de implantação das equipes.

A tendência atual de configuração da APS com um quantitativo menor de ACS nos desloca para um modelo capaz de dar sustentabilidade para a Saúde da Família? Para Giovanella et al.⁴⁶, a ausência do ACS na equipe afeta um dos pilares do modelo assistencial que caracteriza a ESF em seu componente comunitário e de promoção da saúde, pautado pela concepção da determinação social do processo saúde-doença e da clínica ampliada.

Para Morosini, Fonseca e Lima²⁷, essa configuração expressa a desconstrução

de um compromisso com a expansão da ESF e do sistema público de saúde. Além disso, o risco de se recompor barreiras ao acesso à saúde é grande, tendo em vista que é justamente o ACS que contribui para facilitar o acesso e proporcionar uma relação estável e contínua entre a população e os serviços de APS. As autoras ainda destacam que haverá um comprometimento de processos de trabalho, tais como: a escuta e a percepção de problemas e necessidades que poderiam ser invisíveis aos serviços, bem como a identificação e a criação de possibilidades de intervenção, dadas a partir de seus conhecimentos sobre a dinâmica da vida no território.

Outra questão de destaque é o fim do financiamento das equipes Nasf-AB. O gestor municipal possui autonomia para manter esse arranjo, mas, com a ausência de financiamento, é provável que o componente multiprofissional seja enfraquecido no âmbito da APS. Atividades como matriciamento, educação permanente, comunicação, planejamento conjunto, decisões, saberes e responsabilidade compartilhados, para uma maior resolutividade do cuidado, provavelmente serão descontinuadas mediante a possibilidade concreta de demissão desses profissionais^{28,39}.

Os resultados revelaram que houve crescimento em todas as regiões (2017 a 2021), mas, se considerados os registros a partir de 2019, a tendência é de queda. Além disso, por mais que o credenciamento seja mantido, isso não necessariamente significa que a lógica de trabalho das equipes Nasf-AB esteja sendo preservada.

Estudo recente de Lopes⁴⁷ revelou que os profissionais foram remanejados para outras funções. A falta de interesse do MS no Nasf-AB também se expressa quando não cita esse tipo de equipe na portaria que estabelece o processo de monitoramento, acompanhamento e avaliação das equipes. Paulino et al.⁴⁸ alertam que excluir uma das principais estratégias de interprofissionalidade da APS não garante que as demais equipes atuem de maneira integrada, interdisciplinar e multiprofissional.

Com base no exposto, verifica-se o fortalecimento de um novo arranjo de equipe, o desmonte de práticas voltadas para ações de promoção e prevenção a saúde, além da fragilidade na construção do vínculo com a comunidade e o território. Ao que tudo indica, a tendência de indução de uma APS mais restritiva, com características de priorização da demanda espontânea e do atendimento individualizado, causa constrangimentos para a sustentação da APS com foco na ESF.

Considerações finais

No marco de um sistema universal, resiliente e sustentável (econômica e socialmente), a APS integra o conjunto de ações e serviços de saúde dedicados a atender às necessidades individuais e coletivas de uma determinada população, comunidade ou território, envolvendo práticas de cuidado multiprofissionais, articulações com serviços de atenção especializada, relações intersetoriais e com a sociedade.

O estudo visou a identificar em que medida as novas regras de organização da APS repercutem na composição das equipes, aspecto fundamental do modelo de Saúde da Família. Os resultados sugerem que os estímulos a outros arranjos de equipes de saúde, a flexibilização da cobertura do ACS e da atuação multiprofissional comprometem a sustentabilidade do modelo de Saúde da Família no SUS.

Do ponto de vista das normativas federais, verificou-se que as regras tendem a fortalecer uma perspectiva de APS menos abrangente. Algumas características presentes no modelo desenvolvido até 2017 parecem ter perdido prioridade, entre elas, um processo de trabalho de base multiprofissional, vinculado ao território, com condições para que a equipe ampliada atuasse em direção à promoção do acesso e de ações integradas. No que se refere aos dados de homologação, a composição das equipes evidencia a mesma tendência, marcada pelo forte crescimento da eAP, tendência de

redução de ACS e de equipes que atuam na lógica multiprofissional.

O governo federal, como um ente com alto poder de indução e coordenação de políticas, assume a defesa de modelo de APS bastante distinto do que se observava nas políticas de APS anteriores. Posto isso, cabe questionar: a quem, a quais grupos e a quais setores interessa a construção de um novo modelo de APS mais restritivo e menos universal?

Colaboradoras

Mendonça FF (0000-0002-6490-1815)* contribuiu para concepção, levantamento dos dados, análise dos dados, redação e revisão final do manuscrito. Lima LD (0000-0002-0640-8387)* contribuiu para concepção, redação e revisão final. Pereira AMM (0000-0002-2497-9861)* contribuiu para redação de revisão final. Martins CP (0000-0001-6217-4944)* contribuiu para levantamento dos dados e revisão final. ■

Referências

- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005; (83):457-502.
- Organização Pan-Americana da Saúde. Renovação da atenção primária em saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington, DC: Organização Pan-Americana da Saúde; 2007. [acesso em 2022 mar 14]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/renovacao_atencao_primaria_saude_americas.pdf.
- Lawn JE, Rohde J, Rifkin S, et al. Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalise. *The Lancet*. 2008; 372(9642):917-927.
- Walley J, Lawn JE, Tinker A, et al. Primary health care: making Alma-Ata a reality. *The Lancet*. 2008; 372(9642):1001-1007.
- Pereira AMM, Castro ALB, Oviedo RAM, et al. Atenção primária à saúde na América do Sul em perspectiva comparada: mudanças e tendências. *Saúde debate*. 2012; 36(94):482-499.
- Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 493-546.
- Giovanella L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(supl1):7-27.
- Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. *Am J Public Health*. 2004; (94):1864-1874.
- Castro ALB, Machado CV. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26(4):693-705.
- Macinko J, Guanais FC, Fátima M, et al. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health*. 2006; 60(1):13-19.
11. Macinko J, Souza MFM, Guanais FC, et al. Going to scale with community-based primary care: An analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. *Soc Sci Med*. 2007; 65(10):2070-2080.
 12. Aquino R, Oliveira NF. Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. *Am J Public Heal*. 2009; 99(1):87-93.
 13. Guanais FC, Macinko J. Primary Care and Avoidable Hospitalizations: Evidence from Brazil. *J Ambul Care Manag*. 2009; 32(2):115-22.
 14. Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM, et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. *Saúde debate*. 2014; 38(esp):13-33.
 15. Facchini LA, Thumé E, Nunes BP, et al. Governance and Health System Performance: National and Municipal Challenges to the Brazilian Family Health Strategy. In: Reich MTK, editor. *Governing Health Systems*. Brookline: Lamprey & Lee; 2015. p. 203-36.
 16. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciênc. saúde coletiva*. 2016; 21(5):1499-1510.
 17. Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciênc. saúde coletiva*. 2016; 21(2):327-338.
 18. Ribeiro MDA, Bezerra EMA, Costa MS, et al. Avaliação da atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Rev. Bras. Promoção Saúde*. 2014; (2):224-231.
 19. Silveira Filho AD. Potencial de efetividade das estratégias de promoção da saúde bucal na atenção primária à saúde: estudo comparativo entre capitais e regiões do Brasil. *Rev. bras. Epidemiol*. 2016; 19(4):851-865.
 20. Alonso CMC, Béguin PD, Duarte FJCM. Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: metassíntese. *Rev. Saúde Pública*. 2018 [acesso em 2022 mar 25]; (52):1-13. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000395>.
 21. Organização Mundial da Saúde. Escritório Regional para o Pacífico Ocidental. Papel da atenção primária na resposta ao COVID-19. Escritório Regional da OMS para o Pacífico Ocidental. [acesso em 2021 abr 10]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331921>.
 22. Medina MG, Giovanella L, Bousquat A, et al. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? *Cad. Saúde Pública*. 2020 [acesso em 2022 mar 25]; 36(8):e00149720. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00149720>.
 23. Prado NMBL, Rossi TRA, Chaves SCL, et al. The international response of primary health care to COVID-19: document analysis in selected countries. *Cad. Saúde Pública*. 2020 [acesso em 2022 mar 25]; 36(12):e00183820. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00183820>.
 24. Prado NMBL, Biscarde DGS, Pinto Junior EP, et al. Ações de vigilância à saúde integradas à Atenção Primária à Saúde diante da pandemia da COVID-19: contribuições para o debate. *Ciênc. saúde coletiva*. 2021 [acesso em 2022 mar 25]; 26(7):2843-2857. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.00582021>.
 25. Machado CV, Pereira AMM, Freitas CM. As Respostas dos Países à Pandemia em Perspectiva Comparada: semelhanças, diferenças, condicionantes e lições. In: Machado CV, Pereira AMM, Freitas CM, organizadores. *Políticas e sistemas de saúde em tempos de pandemia: nove países, muitas lições*. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz; Editora Fiocruz; 2022. p. 323-342.
 26. Pereira AMM, Machado CV, Veny MB, et al. Governança e capacidade estatal frente à Covid-19 na Alemanha e Espanha: respostas nacionais e sistemas de saúde em perspectiva comparada. *Ciênc. saúde co-*

- letiva. 2021 [acesso em 2022 mar 25]; 26(10):4425-4457. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.11312021>.
27. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde debate*. 2018; 42(116):11-24.
28. Melo EA, Almeida PF, Lima LD, et al. Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil. *Saúde debate*. 2019; 43(esp5):137-144.
29. Morosini MVGC, Fonseca AF, Baptista TWF. Previsão Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? *Cad. Saúde Pública*. 2020; 36(9):e00040220.
30. Massuda A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? *Ciênc. saúde coletiva*. 2020; 25(4):1181-1188.
31. Mendes A, Melo AM, Carnut L. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. *Cad. Saúde Pública*. 2022 [acesso em 2021 set 20]; 38(2):e00164621. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00164621>.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Saúde Legis. Sistema de Pesquisa de Legislação que reúne os atos normativos do Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito da esfera federal. [acesso em 2021 set 20]. Disponível em: <http://saudelegis.saude.gov.br/saudelegis/secure/norma/listPublic.xhtml>.
33. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Editora Edições 70; 2020.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Profissionais. [acesso em 2021 out 15]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>.
35. Carvalho BG, Cordoni Junior L, Souza RKT, et al. A organização do Sistema de Saúde no Brasil. In: Andrade SM, Cordoni Junior L, Carvalho BG, et al., organizadores. *Bases de Saúde Coletiva*. Edue: Londrina; 2017. p. 70-136.
36. Brasil. Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 28 Jul 2011.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: MS; 2011.
38. Marques RM, Mendes Á. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? *Cad. Saúde Pública*. 2002; 18(supl):163-171.
39. Giovanella L, Franco CM, Almeida PF. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Ciênc. saúde coletiva*. 2020; 25(4):1475-1482.
40. Martins CP. Repercussões do financiamento e da organização dos serviços de saúde bucal para o modelo de atenção odontológica na macrorregião norte do Paraná. [dissertação]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2022.
41. Reis PAM, Corrêa CP, Martins CB, et al. O técnico em saúde bucal: a atuação deste profissional no serviço público de saúde. *RGSS*. 2017; 6(3):293-305.
42. Lucena EHG, Pucca JRGA, Sousa MF. A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil no contexto do Sistema Único de Saúde. *Tempus*. 2011; 5(3):53-63.
43. Chaves SCL, Almeida AMFL, Reis CS, et al. Política de Saúde Bucal no Brasil: as transformações no período 2015-2017. *Saúde debate*. 2018; 42(esp2):76-91.
44. Probst LF, Pucca Junior GA, Pereira AC, et al. Impacto das crises financeiras sobre os indicadores de

- saúde bucal: revisão integrativa da literatura. *Ciênc. saúde coletiva*. 2019; 24(12):4437-4448.
45. Gomes CBS, Gutiérrez AC, Soranz D. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva*. 2020; 25(4):1327-1338.
46. Giovanella L, Bousquat A, Schenkman S, et al. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. *Ciênc. saúde coletiva*. 2021; 26(supl1):2543-2556.
47. Lopes WP. Repercussões do contexto sócio-político, sanitário e normativo para a oferta e organização de serviços de Atenção Básica na Macrorregião Norte do Paraná. [dissertação]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2022.
48. Paulino KC, Silva FC, Barros APM, et al. Reflexões sobre o novo financiamento da atenção básica e as práticas multiprofissionais. *BJD*. 2021; 7(1):5362-5372.

Recebido em 28/07/2022

Aprovado em 30/01/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Fortalecimento da Atenção Primária em Saúde no Brasil - PMA 2019 (Fiocruz/VPPCB; processo 25380.101539/2019-05). A publicação recebeu apoio do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina. LDL é bolsista de produtividade em pesquisa do CNPq e Cientista do Nosso Estado da Faperj

Saúde da população negra na atenção primária: incompreensão que legitima iniquidade em tempos de Covid-19

The health of the black population in Primary Health Care: a misunderstanding that legitimizes inequality in times of COVID-19

Liliane de Jesus Bittencourt¹, Karine de Souza Oliveira Santana², Débora Santa Mônica Santos³

DOI: 10.1590/0103-1104202313702

RESUMO A Atenção Primária à Saúde constitui o eixo regulador do cuidado no Sistema Único de Saúde. A sua compreensão é condição para que as ações sejam resolutivas. Este artigo propõe refletir sobre a compreensão da Atenção Primária à Saúde entre gestores, profissionais, usuários e as implicações das iniquidades em saúde vivenciadas pela população negra no contexto da Covid-19. Realizou-se pesquisa qualitativa em três municípios que foram entrevistadas 58 pessoas. A análise mostrou a incompreensão da Atenção Primária à Saúde. Gestores e profissionais a associam apenas a ações de prevenção de doenças e disponibilização de serviços. Os usuários associam ao acesso a serviços, e relacionam a má qualidade da assistência ao pertencimento racial e de classe. A incompreensão da Atenção Primária à Saúde pelos atores envolvidos na sua operacionalidade compromete a assistência da população negra com relação à Covid-19, bem como em outras demandas.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Covid-19. Saúde das minorias étnicas. Disparidades na assistência à saúde. Política de saúde.

ABSTRACT *Primary Health Care is the regulatory axis of care in the Unified Health System. Its understanding is a condition for resolute actions. This article aims to reflect the understanding of Primary Health Care among managers, professionals, and users, as well as the implications of health inequities experienced by the black population in the context of COVID-19. Qualitative research was carried out in three municipalities, in which 58 people were interviewed. The analysis showed the lack of understanding of the Primary Health Care. Managers and professionals only associate it with disease prevention actions and provision of services. Users associate access to services and report the poor quality of care to racial and class belonging. The misunderstanding of Primary Health Care by the actors involved in its operation compromises the assistance of the black population regarding COVID-19, as well as other demands.*

KEYWORDS *Primary Health Care. COVID-19. Health of ethnic minorities. Healthcare disparities. Health policy.*

¹ Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil.

liliane.bittencourt@ufba.br

² Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) – Salvador (BA), Brasil.

³ Secretaria Municipal da Saúde de Salvador (SMSS) – Salvador (BA), Brasil.



Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS), fruto das diversas articulações sociais, conhecido como movimento da reforma sanitária, trouxe em sua bagagem prerrogativas que se transformaram em princípios normativos que o caracterizam como um dos mais humanitários sistemas de saúde do mundo. No entanto, na prática, há uma série de desafios a serem vencidos para que esses princípios reverberem em melhor qualidade de vida para o povo brasileiro.

Os princípios da universalidade, da integralidade, da equidade e o de participação e controle social têm sido atropelados por um sistema paralelo de comercialização da saúde. Esses defendem o acesso à saúde para todos os brasileiros, independentemente da sua condição social, que todas as necessidades de saúde dos indivíduos devem ser consideradas no processo de cuidado e que tais necessidades são diferenciadas de indivíduo para indivíduo, e essas especificidades precisam ser respeitadas. Advoga que os princípios acima não são efetivados se os sujeitos para os quais se destinam não participam do processo de planejamento, decisão, construção e acompanhamento da atenção à saúde.

Isso vem se materializando nas tensões vividas pela Atenção Primária à Saúde (APS). Reconhecida como primeiro contato do indivíduo com o sistema, ordenadora do cuidado, deveria, levando em consideração os princípios acima, voltar-se para a atenção ao indivíduo e suas demandas de forma integral, e não às especificidades patológicas e tecnológicas, pouco resolutivas e custosas ao erário público. Esse cenário é um reflexo do contexto social e político vivido no Brasil, mas não apenas nele, com o recrudescimento de ideologias de direita pouco humanitárias e a menor responsabilização do Estado. As modificações na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) acenam para a fragilização da atenção primária e, conseqüentemente, do sistema público e universal, favorecendo o mercado da saúde¹.

Os desafios para a execução de uma APS resolutiva e acessível a todas as pessoas foram se desenhando e tomando força com a mudança do modelo de atenção à saúde, em 1994, consolidada pela Estratégia Saúde da Família (ESF), que, mesmo com grandes obstáculos a serem sanados no processo de gestão, com dificuldades de compreensão da sua proposta por profissionais, gestores e usuários do sistema, configura-se como um modelo de atenção exitoso, ratificado por vários estudos científicos²⁻⁴.

Um dos ganhos desse novo modelo de atenção foi a importância dos determinantes sociais em saúde como indicadores fundamentais para a compreensão do processo saúde, adoecimento e cuidado. Nessa perspectiva, é preciso entender como os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco para a população, além de como as iniquidades em saúde são sequelas das desigualdades sociais vividas por diversos grupos. A equidade, então, seria a estratégia para garantia de boas condições de saúde, levando em consideração as disparidades sociais, étnicas, econômicas e culturais⁵. No caso deste estudo, interessa discutir as desigualdades raciais influenciando a saúde da população negra.

Vários são os estudos que informam sobre como a população negra é mais acometida pelas iniquidades em saúde, como o racismo está na base que determina as condições de vida e saúde desse grupo e a necessidade de intervenções direcionadas^{6,7}. Isso também vem se expressando no atual cenário epidemiológico mundial, com a Covid-19 incidindo mais e com maior gravidade entre a população negra, como informam o Boletim Covid-19 da Bahia⁸ e estudos na área⁹⁻¹².

Apesar dos indicadores, há quem questione que falar em saúde para um grupo específico, como a população negra, seria um contrassenso com relação ao princípio da universalidade, visto que 'a saúde é para

todos', portanto, não haveria a necessidade de se pensar em estratégias específicas para um grupo. O princípio da equidade, dessa forma, estaria voltado para as disparidades econômicas e de classe. Faustino¹³ defende que, justamente por procurar enfrentar as iniquidades raciais, a saúde da população negra, expressa por uma política própria, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), está em consonância com a busca da universalização do direito à saúde.

A PNSIPN, instituída em 2009 pelo Ministério da Saúde, tem como objetivo promover a equidade em saúde a partir do entendimento do racismo como um determinante social da saúde. Ela se insere na dinâmica do SUS por meio da gestão solidária e participativa, pela utilização do quesito cor na produção das informações epidemiológicas, pela ampliação e pelo fortalecimento do controle social, desenvolvimento de estratégias de identificação, abordagem, combate e prevenção do racismo, nos processos formativos dos profissionais e na implementação das ações afirmativas para alcançar a equidade em saúde e promover a igualdade racial¹⁴, e, em sua perspectiva de transversalidade, depende do fortalecimento do SUS para se viabilizar¹³.

Considerando os aspectos delineados, este artigo procura discutir como a (in)compreensão da APS, em toda a sua robustez, por gestores, profissionais de saúde e usuários do SUS, relaciona-se com a implantação da PNSIPN e como isso vem afetando o acesso a um serviço de saúde eficiente e de qualidade, refletindo no impacto da pandemia da Covid-19 sobre a população negra.

Objetivo

Refletir sobre a abrangência da compreensão da APS entre gestores, profissionais de saúde e usuários do SUS no estado da Bahia e as implicações diante das iniquidades em saúde vivenciadas pela população negra no contexto da Covid-19.

Material e métodos

O Núcleo de Estudos e Pesquisas em Gênero, Raça e Saúde (Negras) realizou a pesquisa intitulada 'Atenção à saúde e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra', financiada pelo Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS/Ministério da Saúde), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb). O estudo caracterizou-se por uma pesquisa-ação, dividida em duas etapas. Na primeira, foi realizado um processo investigativo, exploratório, a partir de uma pesquisa qualitativa; e, na segunda, realizou-se uma intervenção por meio de materiais educativos. Este artigo se aterá às análises da primeira etapa, realizada no ano de 2019.

Os municípios escolhidos para a investigação foram Salvador, capital baiana, Santo Antônio de Jesus e Cruz das Almas. Esses municípios, somando a população de pretos e pardos, possuem a maioria da população negra em sua composição, com a média de 80%, 75% e 70%, respectivamente. Com relação aos serviços de saúde, Salvador apresenta 367 estabelecimentos de saúde, Santo Antônio de Jesus, 47, e Cruz das Almas detém 24. Concomitantemente, eles apresentam 23,9%, 80,8% e 77,62% de cobertura da APS. Esses dados são importantes para a compreensão de como está sendo realizada a atenção à saúde com base na PNSIPN.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas conforme pressupostos definidos e orientados por Minayo¹⁵ e por Víctora et al.¹⁶, ao afirmarem que as entrevistas são meios pelos quais é possível obter dados mais subjetivos, relacionados a valores, atitudes e opiniões do entrevistado, com uso de um roteiro prévio (método não estruturado) que permite ao entrevistado discorrer livremente sobre o tema proposto.

A seleção dos participantes da pesquisa se deu por amostragem, em duas etapas. Na primeira, foram escolhidos, por conveniência, distritos sanitários que representassem

a diversidade populacional dos municípios e, a partir daí, selecionadas, de forma aleatória, duas unidades de saúde da atenção primária, por distrito sanitário. Nos distritos com ESF, pelo menos uma dessas unidades compôs a amostra. Na segunda etapa, foram selecionados, aleatoriamente, profissionais de saúde, gestores e usuários para realização da investigação.

Foram entrevistados um profissional que atua na gestão e dois profissionais da saúde, um de nível superior e um de nível médio, com atuação na assistência. Consideraram-se gestores aqueles profissionais que assumiam cargo de coordenação e/ou gerência da unidade. A quantidade de usuários entrevistados foi igual ao total de profissionais, em cada unidade. Foram excluídos da amostra os participantes com algum tipo de dificuldade auditiva, analfabetos ou menores de 18 anos. As entrevistas foram conduzidas por integrantes da equipe de pesquisa, pertencentes ao Negro, em Salvador e no Recôncavo Baiano.

O roteiro das entrevistas se baseou em perguntas norteadoras, previamente definidas, discutidas e treinadas pela equipe. As entrevistas foram gravadas, transcritas e devidamente analisadas utilizando-se análise de conteúdo. Essa metodologia de análise permite, de forma prática e objetiva, produzir inferências do conteúdo de uma comunicação, replicáveis ao seu contexto social. Nela, o texto é um meio de expressão do sujeito, em que o investigador busca categorizar as unidades de texto que se repetem, inferindo uma expressão que as representa. A partir dessas categorias, foram realizadas análises temáticas que integram o conjunto de técnicas da análise de conteúdo, por meio das quais procura-se encontrar uma série de significações detectadas por indicadores que lhe estão ligados¹⁷. As categorias que emergiram da análise foram: saúde da população negra, política nacional de saúde integral da população negra, diversidade em saúde e APS. É sobre esta última que este artigo versará.

Consideraram-se os princípios éticos estabelecidos pela Resolução nº 510/2016, do

Conselho Nacional de Saúde, sendo a pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Nutrição da Universidade Federal da Bahia (Parecer 2.768.574). Para garantir o anonimato das pessoas entrevistadas, os nomes utilizados nos depoimentos são fictícios.

Resultados

Na pesquisa, foram entrevistadas 58 pessoas, no total: 38 em Salvador, 12 em Cruz das Almas e 08 em Santo Antônio de Jesus. Dessas, nove eram gestoras, 12 profissionais de nível médio, sete profissionais de nível superior e 30 usuários do SUS. Importante salientar que, no município de Santo Antônio de Jesus, os profissionais de nível superior não aceitaram participar da pesquisa, o que interferiu na proporcionalidade proposta na metodologia. No que diz respeito ao perfil desses participantes, foi possível identificar, com relação à faixa etária, que 50% das pessoas são maiores de 50 anos. Com relação à identidade de gênero, tem-se que 77% das entrevistadas se identificaram como mulheres cis, 17% como homens cis, valendo destacar a presença de uma mulher trans. No tocante ao quesito raça/cor, verificou-se que 87,9% das pessoas são negras, ao considerarmos as autodeclarações de pretas e pardas (43,1% e 44,8%, respectivamente).

A partir das respostas das gestoras, foi possível perceber que havia uma associação da APS à realização de ações de prevenção de doenças e agravos e como via de acesso dos usuários ao serviço. No entanto, a compreensão sobre as diferenças entre as ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças e agravos que esse nível de atenção é capaz de viabilizar foi incipiente.

Eu acho fundamental as pessoas terem essa instrução do PSF, o que é feito aqui, de você ensinar a escovar o dente, ensinar como você deve prevenir qualquer problema que, porventura, você possa vir a ter. Por que eu acho isso fundamental, em qualquer atividade que você faz, se você cuida de

uma máquina, você tem que primeiro fazer o quê? A prevenção da máquina, pra tentar impedir que ela quebre. A mesma coisa a secretaria faz quando ela cria uma unidade de atenção básica. É tentar fazer a prevenção antes da pessoa se quebrar, e eu acho muito importante. (Pérola).

Os questionamentos e cobranças relacionados ao serviço por parte dos usuários foram interpretados por elas como agressividade, conforme foi relatado: “... normalmente, as pessoas que têm menos instrução são mais agressivas... se você conversa e explica, elas entendem” (Pérola).

De modo geral, os profissionais de nível superior limitam o seu conceito às ações de educação à saúde e prevenção de doenças e agravos, desconsiderando, assim, o processo de cuidado na perspectiva da integralidade. Além disso, destacam que o serviço é de fácil acesso e pouco explorado pelos usuários, culpabilizando-os pelo não aproveitamento do cuidado ofertado.

... eu acho que, na verdade, a gente deveria lidar bastante com prevenção, mas acaba não sendo assim. As pacientes chegam para mim aqui, eles já chegam com dor, já chegam com a cárie instalada, mesmo tendo o serviço para prevenção, mesmo a gente fazendo bastante sala de espera, falando sobre prevenção, batendo em prevenção o tempo inteiro. Então o que a gente percebe é que o pessoal chega muito com a dor já instalada, e eles têm o acesso fácil. O usuário não aproveita. (Safira).

Ademais, há uma incompreensão do significado do termo primário, no que diz respeito à densidade de uma atenção, que dê conta de atender às necessidades da população e de proporcionar uma melhor qualidade de vida, sem precisar acessar recursos tecnológicos duros dos demais níveis de atenção, mas valendo-se de uma complexidade de habilidades que necessitam ser aprendidas e incorporadas no processo do cuidado. Destaca-se uma das entrevistadas, ao afirmar que a sua atuação é maior do que uma perspectiva primária:

... primário é uma coisa muito... é uma palavra muito chula, eu acho, para o que a gente realmente se doa nesse sistema aí de, de... atenção. Eu acho que esse nome poderia ser modificado, mas eu entendo que você tem que realmente tá, é... bem atento a aquela saúde daquele indivíduo, né? De forma integral, não só dele como de todos os seus, seus parentes, as pessoas que residem em sua casa, e aí é a saúde como um todo mesmo. Você tem que buscar, né... pra tratar essas pessoas. (Esmeralda).

Os profissionais de nível médio correlacionam a APS a serviços de baixa complexidade e com viés preventivo, e ainda percebem o referido nível de atenção como uma forma de identificação de usuários doentes no território. Por outro lado, outros a veem como um campo que oferta cuidado continuado para além do tratamento de doenças. Uma das entrevistadas chegou a destacar o papel do acolhimento na atenção primária, ao afirmar que:

Às vezes, a pessoa chega aqui na unidade, não está nem doente, é a doença interior, não é uma doença física, nem a doença mental, ela quer só uma palavra, ela quer só conversar com alguém, quer desabafar com alguém, e sai daqui até melhor, nem passa mais pelo médico. (Diamante).

A maioria dos usuários tem dificuldade para entender a APS, mas aqueles que conseguiram responder a associam apenas ao acesso aos serviços, como a visita domiciliar dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), a consulta médica realizada na unidade e a aquisição de medicamentos. Por outro lado, a avaliação desse serviço, no que diz respeito à infraestrutura, foi apontada por outros usuários ao relatarem limitações com relação ao número de atendimento para acolher a demanda, ausência de médicos, dificuldade para marcação de consulta e mesmo falta de respeito.

[...] a população se beneficia dela por conta de que ela tem acesso ao sistema público de saúde, ela tem acesso às consultas médicas, aos exames médicos [...]. (Cristal).

A equipe mesmo não tem médico. Às vezes, chega um médico aqui, fica um tempo e depois vai embora. (Rubi).

[...] falta algumas coisas assim... questão de estrutura mesmo... às vezes, faltar algum aparelho... de pesagem... falta de água mesmo. Teve uma vez que faltou água [...]. (Ametista).

Pelo que eu entendo, atenção primária é atenção, eu vim no estabelecimento da unidade da saúde, eu ter uma atenção, ou seja, uma Agente Comunitária vim na minha casa, frequente, saber se nas unidades da saúde está tendo médico, dentista [...]. (Opala).

A avaliação desse serviço ofertado também variou conforme o atendimento recebido. Dentro desse escopo, chegou a ser observado que o bom atendimento estava associado ao fato de ter acesso ao serviço sem discriminação racial: *“minha esposa é mulata, os profissionais vão na nossa casa, ninguém maltrata ela. A médica é branquinha, mas gosta dela”* (Jade). Embora essa discriminação estivesse presente, mesmo não sendo da forma especificada pelo usuário: *“a gente é meio discriminado no sentido da médica aqui”* (Turquesa). Ainda, associam a má qualidade do atendimento recebido ao fato do serviço ser público: *“No particular não seria assim”* (Turmalina).

Alguns usuários relataram não conhecer as ações realizadas pela APS, no entanto, afirmaram que o atendimento recebido é realizado com falta de atenção, de comunicação e de acolhimento adequados por parte dos profissionais de saúde:

Mas teve uma época que eu só vinha me enraivar, não tinha médico, as meninas tudo com a cara... Eu disse ‘Oxente, a gente tá vindo é pra piorar?’ [...] Logo quando eu desci, quando cheguei em casa, eu falei, ‘eu não vou mais, que eu não gostei do médico, me tratou mal, nem pra minha cara não olhou’ [...] Quer dizer, você vem pra melhorar e você se enraiva, se enraiva. (Quartzito).

A mesma usuária destaca, ainda, a rotatividade profissional como uma questão a ser considerada, visto que vários profissionais médicos já passaram na unidade, mas não ficam muito tempo no local: *“Eu acho que por causa que o povo é pobre, é preto, é periferia, eu acho que é isso”*.

A avaliação das respostas dos entrevistados permitiu compreender a distância entre a proposição da APS e a sua efetividade no que diz respeito à sua assunção pelos gestores, profissionais de saúde e pela insciência dos usuários.

Discussão

Nesses quase 33 anos de existência, o SUS avançou em diversas frentes, ampliou ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e doenças, investiu em pesquisas científicas e desenvolvimento tecnológico, implantou sistemas de informação e gestão, aumentou o número de trabalhadores e qualificou a força de trabalho, visando ao fortalecimento da APS. No entanto, o resultado da pesquisa nos três municípios baianos nos faz perceber que ainda existem muitos caminhos a trilhar para que a consolidação da APS esteja incorporada ao SUS, exercendo o seu papel frente às necessidades dos usuários do serviço, sobretudo para a redução das iniquidades que historicamente perpassam a saúde da população negra.

As potencialidades da PNAB pretendem garantir uma atenção primária resolutiva, em consonância com os princípios norteadores do SUS; todavia, desde a sua modificação, em 2017, vem sendo fragilizada e descaracterizada, sobretudo no que diz respeito aos trabalhadores desse sistema. Como exemplo, citam-se a precarização dos vínculos empregatícios, a redução dos ACS nas equipes e a não prioridade das equipes dos núcleos ampliados de saúde da família e atenção básica, deixando essa tomada de decisão para os gestores estadual e/ou municipal¹⁸. Isso se torna evidente quando se percebe, a partir das respostas dos

entrevistados, que um dos problemas relatados consiste na rotatividade dos profissionais, principalmente aqueles mais valorizados socialmente, como os médicos, o que simboliza para os usuários uma assistência de menor qualidade, mesmo que esta tenha sido ofertada por outras categorias.

Ainda no que se refere à PNAB, a ESF consiste no modelo preferencial de reorganização da atenção primária no SUS, contudo, na vigência da pandemia da Covid 19, ela foi reduzida a tratamento de agravos oriundos da crise sanitária, deixando de cumprir outras atribuições, enquanto ordenadora do cuidado à saúde, as quais envolvem a promoção, prevenção, reabilitação e tratamento inerentes, também, ao próprio cenário pandêmico, que dialogam com demandas sociais e de saúde preexistentes nos territórios. Nesse sentido, as ações de saúde não deveriam estar limitadas a uma situação específica, por mais relevante que seja, visto que os usuários do sistema carecem de cuidado integral nos diversos níveis de atenção.

Essas ameaças recentes foram somadas a problemas cronicamente enfrentados na atenção primária brasileira, tais quais: a precariedade das relações trabalhistas em grande parte das equipes; a terceirização da gestão de unidades básicas de saúde, que mercantiliza as relações e fragiliza vínculos; problemas organizacionais, com baixa articulação entre a APS e outros níveis de atenção na rede regionalizada, comprometendo a coordenação e a continuidade da assistência, com a fragmentação do cuidado; a insuficiente mediação de ações intersetoriais para incidir na determinação social, reduzir as desigualdades e promover a saúde – esses são alguns dos obstáculos vivenciados pelo que deveria ser o primeiro nível de assistência ao usuário do SUS neste momento¹⁹.

Com a crise sanitária instalada, notaram-se modificações a partir do momento que algumas unidades de saúde da APS foram adaptadas em unidades de pronto atendimento, gripários e unidades de acolhimento aos sintomáticos da Covid-19, com o objetivo de atender a uma

demanda específica, descaracterizando o que se espera desse nível de atenção, pois a assistência prestada se relaciona a outro nível de complexidade, deixando em segundo plano as demandas de rotina, características da atenção primária.

O trabalho na Estratégia de Saúde da Família (ESF) – a porta de entrada do sistema de Saúde –, já reconhecidamente extenuante, desconfigurou-se de tal maneira que a própria identidade da ESF é posta em xeque. Usuários temem ir à clínica, perde-se o seguimento deles e seus quadros outrora controlados agudizam, fazendo que pacientes crônicos se tornem pacientes terminais, que a ação territorial se torne inconcebível, visitas domiciliares devam ser evitadas, médicos de família sejam chamados a se portar como plantonistas de Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Agentes comunitários de saúde (ACS) perdem sua função de articuladores em prol da saúde da população e adquirem a função de noticiadores de mortes²⁰⁽⁹⁾.

As ações e os serviços que ocorrem no processo de trabalho das equipes de saúde tornam-se, na maioria das vezes, o primeiro ponto de contato da população com o sistema de saúde, por isso a atenção para outras morbidades é tão significativa quanto para a Covid-19. Os diversos agravos que podem acometer a população continuam presentes, e esta necessita de cuidados regulares, de forma preventiva, visando à promoção da saúde. Nesse momento atípico, no município de Salvador, por exemplo, a redução do acesso a esses serviços culminou na necessidade de realização de mutirão para agendamento de consultas e exames no ano de 2020 e 2021, em um final de semana e feriado prolongado, respectivamente^{21,22}, sacrificando os trabalhadores da saúde que, por conta do enfrentamento da Covid-19, já vêm de um processo de exaustão, para conseguir garantir o calendário de vacinação. Além disso, considerando a predominância de pessoas negras nesse município, são essas as mais afetadas pela dificuldade de acesso

à assistência, precisando se submeter a filas e aglomerações para conseguir esse atendimento, quando poderiam estar usufruindo do direito ao descanso e ao lazer.

Essa descaracterização da funcionalidade da atenção primária é favorecida pela incompreensão da sua abrangência, revelada nas respostas dos gestores e profissionais de saúde entrevistados, fragilizando a operacionalização do cuidado. No momento de crise sanitária, o entendimento das atribuições e competências inerentes à APS torna-se relevante, visto que profissionais e gestores precisam atender às demais situações de saúde da população. Logo, uma APS fortalecida será capaz de promover o cuidado integral e resolutivo aos indivíduos e suas famílias, além de contribuir para a prevenção de agravos decorrentes das enfermidades geradas na pandemia, potencializando a capacidade de resposta institucional diante das demandas apresentadas pela população.

O curso e a gravidade da pandemia da Covid-19 fizeram com que muitos governos adotassem intervenções de grande intensidade, como estratégias de *lockdown*, a fim de conter a disseminação da infecção e reduzir a sobrecarga social da doença e sua morbimortalidade. Tais medidas, contudo, trouxeram uma mudança brusca na vida das pessoas e da sociedade em geral²³. No que diz respeito à população negra, o desemprego aumentou, principalmente para as mulheres (17,6%, segundo dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea), bem como a ocupação informal²⁴. E, em consequência, agravos anteriormente existentes se intensificaram, como a violência doméstica, o sofrimento mental, o suicídio, requerendo, portanto, que as ações características da atenção primária se tornassem ainda mais necessárias, para garantir, dessa forma, a sustentabilidade da assistência à saúde^{25,26}.

A população negra, dentro desse cenário complexo, pelas características que influenciam sua condição de vida e sua saúde, tendo o racismo como um importante determinante social, estruturante das relações, do não acesso a direitos, apresentou-se como mais vulnerável

também para as consequências da pandemia, tanto em termos de contaminação como em iniquidades sociais, como desemprego, fome e miséria^{10,11,25}. Nesse sentido, as fragilidades apontadas colocam ainda mais em risco a saúde da população negra, sobretudo no momento de crise atual.

Ter a vida ameaçada em seu cotidiano e ter o luto negado são expressões da necropolítica à brasileira que se expressa por meio de ‘pequenos’ massacres do dia a dia da população negra e pobre²⁰⁽⁴⁾.

A população negra representa mais de 80% da população usuária do SUS; no entanto, a assistência recebida por esse grupo na APS é caracterizada pela negligência com relação às suas demandas específicas, visto que a implementação da PNSIPN é ainda incipiente, além de ser permeada pelas diversas discriminações sofridas por essas pessoas, como foi evidenciado pelos usuários entrevistados, ao exporem a qualidade do atendimento recebido. Além disso, esses usuários associam a estrutura inadequada, a irregularidade dos insumos, o acolhimento não orientado às suas necessidades, a rotatividade dos profissionais (que interfere no estabelecimento de vínculos) ao fato de ser um serviço público voltado para negros, de baixa renda, da periferia.

Quando gestores e profissionais de saúde demonstram um conhecimento limitado da APS, ao reduzirem a sua compreensão a um ou outro aspecto, como ações preventivas ou de tratamento de agravos, como explicitado nos resultados da pesquisa, a fragilização do sistema se revela na prática cotidiana, no contato com os usuários de saúde, que em seus depoimentos evidenciam a insatisfação e a precariedade do cuidado.

Como prover uma assistência adequada para a população negra e sua sustentabilidade quando, antes mesmo do cenário pandêmico da Covid-19 ter se instalado, as suas necessidades já eram invisibilizadas^{6,7}? Como um sistema fragilizado pela limitação dos profissionais

de saúde e dos gestores, no que diz respeito à compreensão da amplitude e do alcance da APS, com o atravessamento de uma condição sanitária inesperada e incisiva, pode atender de forma integral e resolutiva uma população historicamente alijada dos seus direitos? Como reverter esse cenário quando esses profissionais desconhecem e não consideram a política estabelecida para atender às especificidades desse grupo social?

O reconhecimento pelos usuários dos seus direitos se apresenta como fundamental para o exercício do controle social e o acesso aos mecanismos legais de exigibilidade. Contudo, os entrevistados se mostraram pouco informados, visto que associam, em sua maioria, a potencialidade da atenção primária apenas à possibilidade de acesso ao serviço e a insumos. Nessa perspectiva, quando os próprios usuários do sistema não possuem o entendimento de que essa atenção precisa ir além de garantir o acesso, prover medicamentos ou consulta médica, como e quando o controle social se fará atuante?

Considerações finais

Viu-se neste estudo que a população negra no estado da Bahia representa o grupo populacional mais atingido pelas consequências da Covid-19, refletindo não somente na morbimortalidade, mas, também, nas outras esferas da vida desses indivíduos, agravando um processo histórico de negligências e vulnerabilidade social. Considerar tais determinantes

sociais é importante para a promoção efetiva da saúde desse grupo.

A atenção primária, nessa perspectiva, configura-se como a primeira instância de cuidado, na qual essa promoção precisa se consolidar, em consonância com os princípios doutrinários do SUS. A incompreensão da sua magnitude pelos atores envolvidos na sua operacionalidade compromete a assistência prestada à população negra, não somente com relação à Covid-19, mas, também, nas outras demandas comumente relacionadas à existência social dessas pessoas.

Na mesma medida, quando os usuários do sistema se apresentam pouco conhecedores do alcance que esse nível de atenção pode lhes oferecer, e também quando se mostram pouco atuantes na participação e no controle social, vulnerabilizam-se mais ainda com relação às iniquidades em saúde.

Em uma sociedade com um sistema de saúde público e universal que se propõe a garantir a saúde como direito, tendo a equidade como princípio estruturante, essas são reflexões que precisam nortear a implementação de políticas públicas, planejamentos e ações de saúde mais inclusivos, resolutivos e sustentáveis.

Colaboradoras

Bittencourt LJ (0000-0002-7310-069X)*, Santana KSO (0000-0001-6869-7471)* e Santos DSM (0000-0002-2827-4674)*, contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Sperling S. Política Nacional de Atenção Básica: consolidação do modelo de cuidado ou conciliação com o mercado de saúde? *Saúde debate*. 2018 [acesso em 2021 jul 10]; 42(esp1):341-345. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/QYRxcRpTvsgvcq3QdNYbjPL/?lang=pt>.
2. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Cienc. saúde coletiva*. 2016; 21(5):1499-1509. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015>.
3. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde debate*. 2018 [acesso em 2021 jul 10]; 42(esp1):18-37. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>.
4. Borges NS, Santos AS, Fischer LA. Estratégia de Saúde da Família: Impasses e desafios atuais. *Saúde redes*. 2019 [acesso em 2021 jul 10]; 5(1):105-114. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2019v5n1p105-114>
5. Barros FPC, Sousa MF. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. *Saúde Soc*. 2016 [acesso em 2021 jul 10]; 25(1):9-18. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016146195>.
6. Batista LE, Rattner D, Kalckmann S. Humanização na atenção à saúde e as desigualdades raciais: uma proposta de intervenção. *Saúde Soc*. 2016 [acesso em 2021 nov 17]; 25(3):689-702. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016146290>.
7. Cruz ICF, Faria IR. Mortalidade de mulheres negras residentes no Estado do Rio de Janeiro – 2015: evidências para a PNSIPN e a PNAISM. *J. Special. Nursing Care*. 2017 [acesso em 2021 nov 17]; 9(1). Disponível em: <http://jsncare.uff.br/index.php/jsncare/article/view/2954/744>.
8. Bahia. Secretaria da Saúde. Boletim Epidemiológico COVID-19 Bahia. Nº 602. [acesso em 2021 nov 17]. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2021/11/BOLETIM-ELETRONICO-BAHIAN_602___16112021.pdf.
9. Santos MPA, Nery JS, Goes EF, et al. População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. *Estud. Avanç*. 2020 [acesso em 2021 nov 17]; 34(99). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/LnkzjXxJSJFbY9LFH3WMQHv/?lang=pt>.
10. Santos VC, Morais AC, Carvalho ESS, et al. Saúde da população negra no contexto da pandemia da covid-19: uma revisão narrativa. *Braz. J. Develop*. 2021 [acesso em 2021 nov 17]; 7(1):2306-2320. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/22800>.
11. Silva LIC, Morais ES, Santos MS. COVID-19 e população negra: desigualdades acirradas no contexto da pandemia. *Rev Thema*. 2020 [acesso em 2021 nov 17]; 18(esp):301-318. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15536/thema.V18.Especial.2020.301-318.1814>.
12. Santos HLPC, Maciel FBM, Santos KR, et al. Necropolítica e reflexões acerca da população negra no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: uma revisão bibliográfica. *Ciênc. saúde coletiva*. 2020 [acesso em 2021 nov 17]; 25(supl2):4211-4224. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5FLQN6ZV5yYPKv6bv4fTbVm/?lang=pt>.
13. Faustino DM. A universalização dos direitos e a promoção da equidade: o caso da saúde da população negra. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017 [acesso em 2021 nov 17]; 22(12):3831-3840. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DjfyCT7p7vppXr6HLwvbgjD/?lang=pt>.
14. Gomes ICR, Damasceno RO, Nery AA, et al. Implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra na Bahia. *Rev. baiana enferm*. 2017 [acesso em 2021 nov 17]; 31(2):e21500. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/21500>.

15. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo; Rio de Janeiro: HUCITEC; ABRASCO; 2000.
16. VÍctora CG, Knauth DR, Hassen MNA. Pesquisa Qualitativa em Saúde. Uma introdução ao tema. Porto alegre: Tomo Editorial; 2000.
17. Caregnato RCA, Mutti R. Pesquisa Qualitativa: Análise de Discurso versus Análise de Conteúdo. Texto. Contexto Enferm. 2006; 15(4):679-84.
18. Giovanella L, Franco CM, Almeida PF. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? Ciênc. saúde coletiva. 2020 [acesso em 2021 nov 17]; 25(4):1475-1481. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>.
19. Medina MG, Giovanella L, Bousquat A, et al. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? Cad. Saúde Pública. 2020 [acesso em 2021 nov 17]; 36(7):e00149720. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00149720>.
20. Gaudenzi P. Cenários brasileiros da Saúde Mental em tempos de Covid-19: uma reflexão. Interface. 2021 [acesso em 2022 dez 20]; 25(supl1):e200330. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.200330>.
21. Salvador. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura inicia mutirão de consultas e exames especializados nesta terça-feira (03). [acesso em 2021 nov 17]. Disponível em: <http://www.saude.salvador.ba.gov.br/prefeitura-inicia-mutirao-de-consultas-e-exames-especializados-nesta-terca-feira-03/>.
22. Salvador. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura de Salvador investe R\$1,5 milhão em mutirão de exames e consultas. [acesso em 2021 nov 17]. Disponível em: <http://www.saude.salvador.ba.gov.br/prefeitura-de-salvador-investe-r-15-milhao-em-mutirao-de-exames-e-consultas/>.
23. Parmet WE, Sinha MS. The Law and Limits of Quarantine. *n engl j med*. 2020 [acesso em 2022 nov 17]; 382(15):e28. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMp2004211>
24. Silva TD, Silva SP. Trabalho, População Negra e Pandemia: notas sobre os primeiros resultados da PNAD Covid-19. *Bolet. Análise Polít. Inst.* 2021 [acesso em 2022 nov 17]; (26):45-54. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.38116/bapi26art5>.
25. Navasconi PVP. A exceção que é a regra. Corpos condenados da terra. Uma reflexão sobre o impacto da COVID-19 na População Negra. *Rev Espaço Acad.* 2021 [acesso em 2021 nov 17]; 20(edição especial fev.):80-91. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/57165>.
26. 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 nov 17]; 36(4):e00074420. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00074420>.

Recebido em 14/04/2022

Aprovado em 28/02/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS) Edital Fapesb nº 003/2017. Conta SUS nº 042/2018

O papel das(os) residentes em saúde para a resiliência da Atenção Básica no contexto da Covid-19

The role of health residents for the resilience of Primary Care in the context of COVID-19

Dara Andrade Felipe¹, Paulette Cavalcanti de Albuquerque¹, Karla Adriana Oliveira da Costa¹, Ângela Catarina Inácio Costa de Andrade¹, Kellyane Pereira Santos¹, Jennifer Maria de Azevedo Araújo¹

DOI: 10.1590/0103-1104202313703

RESUMO As residências em saúde da família demonstram avanços para o trabalho, sobretudo na Atenção Básica, que no contexto da pandemia da Covid-19 permanece como porta de entrada na rede de saúde. A resiliência de um sistema de saúde se refere à sua capacidade de absorver, adaptar, transformar e se manter funcionando quando submetido a uma crise. Objetivou-se analisar o papel dos residentes em saúde para a resiliência da Atenção Básica no contexto da Covid-19. O estudo, de caráter qualitativo e quantitativo, por meio de questionário on-line autoaplicável, contemplou como sujeitos as(os) residentes em saúde que atuaram na Atenção Básica durante a pandemia. Os dados observaram o perfil das(os) participantes e aspectos relativos à resiliência destas(es). Utilizaram-se o programa Epi Info e a análise temática de conteúdo para a análise dos dados. Participaram 289 residentes, a maioria mulheres, cisgênero, brancas. Identificaram-se as categorias analíticas: Contribuição para a continuidade das ações na Atenção Básica; Capacidade de resposta às necessidades da pandemia; e Inovações assistenciais e educativas. As(os) residentes parecem ter contribuído para a resiliência dos serviços de saúde na Atenção Básica durante a pandemia apesar das suas atividades não terem sido desenvolvidas integralmente, haja vista as limitações estruturais, financeiras, políticas e teórico-práticas.

PALAVRAS-CHAVE Internato e residência. Capacitação de recursos humanos em saúde. Sistemas de saúde. Atenção Básica. Covid-19.

ABSTRACT Family health residencies show advances for work, especially in Primary Care, which in the context of the COVID-19 pandemic remains as a gateway to the health network. The resilience of a health system refers to its ability to absorb, adapt, transform, and remain functional when subjected to a crisis. The objective was to analyze the role of health residents for the resilience of Primary Care in the context of COVID-19. The study, of a qualitative and quantitative nature, through a self-administered online questionnaire, included health residents who worked in Primary Care during the pandemic as subjects. The data observed the profile of the participants and aspects related to their resilience. The Epi Info program and thematic content analysis were used for data analysis. 289 residents participated, mostly women, cisgender, white. The analytical categories were identified: Contribution to the continuity of actions in Primary Care; Responsiveness to the needs of the pandemic; and Assistance and educational innovations. The residents seem to have contributed to the resilience of health services in Primary Care during the pandemic, despite their activities not being fully developed, given the structural, financial, political, and theoretical-practical limitations.

KEYWORDS Internship and residency. Health human resource training. Health systems. COVID-19.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Aggeu Magalhães (IAM) – Recife (PE), Brasil.
dara.andradef@gmail.com



Introdução

As residências em saúde são programas de pós-graduação caracterizados pela educação em serviço a partir da centralidade do trabalho para a formação profissional. Compreender o trabalho como princípio educativo significa realçar seu caráter formativo, destacando a capacidade de produção de meios de vida materiais e simbólicos, de conhecimento e de sociabilidade¹.

No Brasil, as primeiras experiências de residência em saúde foram programas de Residência Médica, implementados na década de 1940 sob os moldes norte-americanos, em afinidade com a matriz conceitual do Relatório Flexner. Residências multiprofissionais e/ou integradas foram pontuais ao longo das décadas de 1970 a 1990, com experiências especialmente nos contextos da medicina preventiva e social, da saúde comunitária e da saúde mental².

Somente no final dos anos 1990, com o desafio de implementar o Programa de Saúde da Família (PSF), as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) entraram novamente no debate político. Nesse contexto, elas foram apresentadas como estratégia de contribuição na reorientação do modelo de atenção à saúde³. No entanto, somente a partir de 2002, foram criados os primeiros 19 programas de Residências Multiprofissionais em Saúde da Família (RMSF), a partir de uma articulação entre o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (MS) e algumas(ns) articuladoras(es) do movimento sanitário. Porém, a regulamentação das RMS, nas quais se insere a RMSF, só ocorreu a partir da promulgação da Lei Federal nº 11.129/2005⁴, em que se instituiu a Residência em Área Profissional da Saúde como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica^{5,6}.

Segundo Ferreira e Olschowsky⁷, as propostas das RMS estavam circunscritas na valorização do trabalho multiprofissional, com ampliação do cuidado em rede, superando a

centralidade do cuidado biomédico. Nesse sentido, elas têm papel fundamental na formação e na qualificação da(o) profissional da saúde, pois assumem a integralidade do cuidado como ponto-chave e propiciam mudanças no modelo técnico-assistencial, aprofundando o debate teórico-prático no âmbito da saúde coletiva⁸.

No que diz respeito à RMSF, Flor et al.⁵, em revisão, identificaram que a construção de um perfil de competências para orientar a formação, a Educação Permanente em Saúde (EPS) e a Educação Interprofissional (EIP) – que se materializa por meio da Colaboração Interprofissional (CIP) – são estratégias visualizadas nessa modalidade de formação.

No contexto da Covid-19, estudos⁹⁻¹¹ demonstraram mudanças significativas no modelo de organização e regime de funcionamento dos serviços e equipes de saúde. Foram observados aumento da responsabilidade, controle do trabalho e do tempo, jornada laboral alterada, com intensificação da sobrecarga e condições precarizadas de assistência. Além disso, foi identificado que o trabalho durante a pandemia gerou às(ao)s profissionais repercussões emocionais diante das incertezas do momento e medo da contaminação, observando-se uma ameaça à saúde mental da força de trabalho, incluindo residentes.

Apesar dos entraves, principalmente nos momentos iniciais da pandemia, a Atenção Básica permaneceu como a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que se encontra capilarizada pelos territórios e conta com atuação multiprofissional para a assistência, desde a prevenção até o cuidado dos casos suspeitos e confirmados de Covid-19. Nesse contexto, as(os) residentes compunham as equipes de saúde, atuando na resolutividade de casos sintomáticos leves e encaminhamento adequado dos casos graves para assistência em alta complexidade.

Nessa perspectiva, os programas foram importantes parceiros para qualificar, inovar e permitir uma ação resiliente do SUS no enfrentamento da Covid-19⁸.

Sobre a resiliência relacionada com os sistemas de saúde, Blanchet et al.¹²⁽⁴³²⁾ se referem

À capacidade de absorver, adaptar-se e transformar-se quando submetido a um choque, como uma pandemia, desastre natural ou conflito armado e ainda assim manter o mesmo controle em suas estruturas e funções.

A capacidade de absorção diz respeito à competência de um sistema de saúde em proteger a população e ofertar o mesmo nível, em quantidade, qualidade e equidade, de serviços de saúde anteriores ao choque. A capacidade adaptativa refere-se à característica de os sujeitos que compõem o sistema de saúde – profissionais e gestoras(es) – fornecerem serviços de saúde de qualidade e quantidade adequadas com menos e/ou recursos diferentes. A capacidade transformadora, por sua vez, trata da aptidão dessas(es) em transformar suas funções e as dos serviços, bem como as estruturas físicas, organizacionais, financeiras, entre outras do sistema de saúde, para responder às mudanças. De forma geral, a resiliência dos sistemas de saúde é fundamental para garantir a continuidade da saúde das populações, especialmente as pobres e vulnerabilizadas¹². Assim, no cenário pandêmico, demonstra-se essencial para a estrutura e o funcionamento da atenção à saúde.

Nas análises sobre a resiliência dos sistemas de saúde, a força de trabalho em saúde é um componente fundamental. Aspectos como planejamento, formação e organização dessa força devem ser observados em momentos de crise do sistema de saúde, devendo ser desenvolvidas estratégias de financiamento e governança. Contudo, ainda é necessária a ampliação de estudos que destaquem o papel da força de trabalho para obtenção da resiliência dos sistemas¹³.

A Atenção Básica tem lugar fundamental para a resiliência dos sistemas de saúde devido ao gerenciamento de riscos e ao desenvolvimento de ações mitigatórias em nível local, com governança que também articule a

participação das comunidades no enfrentamento das situações¹⁴.

Este estudo apresenta, portanto, uma análise da contribuição da força de trabalho para a resiliência dos sistemas de saúde. As residências em saúde, enquanto estratégia de formação e provimento profissional, devem ser analisadas em sua contribuição na resposta do SUS à pandemia.

Material e métodos

Este estudo contou com abordagens qualitativa e quantitativa e integrou uma pesquisa exploratória intitulada ‘Condições de saúde e práticas de cuidado dos residentes em área profissional da saúde no contexto da pandemia da Covid-19’. O percurso metodológico abarcou uma coleta de dados realizada de forma on-line por Web Surveys, por meio de um questionário autoaplicável na plataforma Google Forms, que continha 50 perguntas – sendo 33 fechadas de múltipla escolha e 17 abertas, que exigiam resposta textual pela/o residente. O público-alvo da pesquisa foram residentes que estavam vinculadas(os) a algum programa de residência (médica, uni ou multiprofissional) no período de março de 2020 a 30 de abril de 2021. Participaram da pesquisa citada acima 791 residentes.

Entre as perguntas fechadas do formulário, neste estudo, foi feito um recorte a partir da questão que interrogava o principal serviço de atuação da(o) residente. Este conta com as respostas daquelas(es) que indicaram ter a ‘Atenção Básica’ (289) como principal serviço de atuação. Esse número não pretendeu ser estatisticamente representativo do universo dos programas de residência em Atenção Básica do Brasil, mas conta com respondentes de todas as regiões do País.

Os dados analisados se referem ao perfil de participantes e aos aspectos relacionados com a resiliência das(os) residentes no contexto da pandemia da Covid-19. O perfil foi composto por perguntas de múltipla escolha (Pergunta

1- categoria profissional; Pergunta 2- identidade de gênero; Pergunta 3- raça/cor; Pergunta 4- idade; Pergunta 8- renda familiar; Pergunta 9- modalidade de programa de residência; Pergunta 14- região do programa; Pergunta 27- sintomas clínicos; e Pergunta 28- diagnóstico para a Covid-19). Os aspectos relativos à resiliência das(os) residentes no contexto da pandemia da Covid-19 são oriundos das perguntas abertas textuais (Pergunta 32 e 32.1- contribuição dos programas de residência para os serviços de saúde no contexto da pandemia; Pergunta 33 e 33.1- inovações que foram implantadas nos programas de residência a partir do contexto da pandemia; Pergunta 38 e 38.1- avaliação da capacidade de resposta das(os) residentes às necessidades de saúde da população colocadas pela pandemia).

Tendo em vista que o questionário abarcou diferentes dados (quanti e qualitativos), os dados quantitativos foram analisados de forma descritiva por meio de frequências e percentuais gerados no programa Epi Info versão 7.2.4.0. Já os dados qualitativos, das questões abertas, foram analisados por intermédio da técnica de análise temática de conteúdo, visto que utilização de temas propicia perceber e aprofundar os diferentes significados das respostas¹⁵.

Para a análise do conteúdo, feita manualmente, foram realizados a leitura das respostas às questões abertas, a identificação das temáticas abordadas pelos residentes e o agrupamento das temáticas em categorias analíticas. Essas foram: Contribuição para a continuidade das ações na Atenção Básica; Capacidade de resposta às necessidades da pandemia; e Inovações assistenciais e educativas.

Foram respeitados os princípios éticos conforme as Resoluções nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e nº 510, de 7 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde; e as orientações para pesquisas mediante ambiente virtual contidas na Carta Circular nº 1/2021-Conep/

SECNS/MS. As(os) participantes tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), anexado ao formulário on-line, que exigia leitura prévia e marcação obrigatória de consentimento para que as questões fossem exibidas. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães (IAM/Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz) sob parecer nº 4.561.066. A pesquisa foi financiada pela Fiocruz-Proep/Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes).

Resultados e discussão

Os resultados e a discussão da pesquisa serão apresentados em dois eixos: a) perfil das(os) residentes em saúde da Atenção Básica, oriundos dos dados quantitativos; e b) atuação das(os) residentes em saúde como dispositivos de fortalecimento da resiliência na Atenção Básica, eixo que contempla os dados qualitativos que compuseram as categorias temáticas.

Perfil das(os) residentes em saúde da Atenção Básica

Conhecer quem são e como se identificam as(os) residentes da Atenção Básica, neste estudo, colabora para conhecer, de forma geral, as(os) residentes do País e o potencial de ação desse grupo de profissionais no SUS. Contribui também para a compreensão dos marcadores sociais das(os) residentes. Ademais, fomenta a importância de construir estratégias e políticas de diminuição da desigualdade de acesso aos programas de residência.

O perfil das(os) participantes é apresentado na *tabela 1*, por meio das principais variáveis relacionadas.

Tabela 1. Perfil dos residentes em saúde participantes da pesquisa segundo categoria profissional, identidade de gênero, raça/cor, idade, renda familiar, modalidade de programa de residência, região do programa, sintomas e diagnóstico para a Covid-19

Categoria profissional	n	%
Nutricionista	29	10,03%
Assistente Social	23	7,96%
Terapeuta Ocupacional	8	2,77%
Fisioterapeuta	26	9,00%
Enfermeira(o)	68	23,53%
Psicóloga(o)	32	11,07%
Farmacêutica(o)	24	8,30%
Odontóloga(o)	16	5,54%
Profissional de Educação Física	14	4,84%
Médica(o) Veterinária(o)	9	3,11%
Sanitarista	8	2,77%
Médica(o)	28	9,69%
Fonoaudióloga(o)	4	1,38%
Renda familiar mensal	n	%
Até 2 salários mínimos	43	14,87
De 2 a 4 salários mínimos	147	50,86
De 4 a 10 salários mínimos	70	24,22
De 10 a 20 salários mínimos	18	6,22
Acima de 20 salários mínimos	2	0,69
Prefiro não responder	9	3,11
Região de atuação da residência	n	%
Nordeste	135	46,71
Norte	9	3,11
Centro-Oeste	19	6,57
Sudeste	54	18,69
Sul	45	15,57
Identidade de gênero	n	%
Mulher cisgênero	215	74,39
Homem cisgênero	53	18,34
Pessoa não binária	8	2,76
Mulher transgênero	1	0,34
Outro	9	3,11
Prefiro não responder	3	1,03
Raça/cor	n	%
Branca(o)	147	50,86
Parda(o)	86	29,75
Preta(o)	47	16,26
Amarela(o)	7	2,42
Prefiro não responder	2	0,69

Tabela 1. Perfil dos residentes em saúde participantes da pesquisa segundo categoria profissional, identidade de gênero, raça/cor, idade, renda familiar, modalidade de programa de residência, região do programa, sintomas e diagnóstico para a Covid-19

Idade	n	%
18-24	72	25
25-39	207	71,62
40-59	9	3,11
60+	1	0,35
Sintomas da Covid-19	n	%
Não	99	34,25
Sim	190	65,74
Diagnóstico confirmado para a Covid-19	n	%
Não	218	75,43
Sim	69	23,87
Prefiro não responder	2	0,69

Fonte: elaboração própria.

Observou-se que 74,39% (215) das(os) residentes se identificaram como mulher cisgênero, com faixa etária entre 25 e 39 anos (71,62%, 207), e 50,86% (147) se autodeclararam como brancas(os) no quesito raça/cor. Em relação à renda familiar mensal, 50,86% (147) das(os) participantes indicaram ser de 2 a 4 salários mínimos (considerando R\$ 1.087,84 como valor base). Dentre as categorias profissionais da saúde, destacou-se a categoria de enfermagem com 23,53% (68) das(os) participantes. De maneira geral, o perfil encontrado se assemelha aos encontrados em outros estudos no campo das residências em saúde, com destaque para os programas multiprofissionais¹⁶⁻¹⁸.

É importante mencionar a feminização das profissões de saúde, dentre as quais se destaca a de enfermagem, que historicamente tem sido relacionada com o papel de cuidar, servir e educar atribuído socialmente às mulheres. Tal cenário faz parte do que se pode chamar de divisão sexual do trabalho, na qual as categorias trabalho produtivo e reprodutivo, gênero, validade e poder se inter cruzam¹⁹.

A faixa etária predominante das(os) participantes, assim como em outros estudos, reflete uma jovialidade desse recorte da força de trabalho em saúde por, em grande parte,

representar uma continuidade da formação após a graduação, bem como a busca do aperfeiçoamento e/ou especialização teórico-prática, representando, com isso, o início da carreira profissional²⁰.

Os dados no quesito raça/cor – com 50,86% (147) se autodeclarando brancas(os) – corroboram a literatura^{21,22}. No entanto, quando ocorre a condensação de parda(o) e preta(o), equivale a 46,01% (133) das(os) respondentes. O menor percentual de residentes pretas(os) e pardas(os) pode representar um reflexo do menor acesso da população negra ao ensino de graduação e pós-graduação, situação acrescida quando se refere ao acesso a programas de especialização²², nível de ensino no qual pouco se identificam cotas raciais para acesso.

Outro ponto analisado foi o acometimento por sintomas da Covid-19. Apesar de 65,74% (190) apontarem que apresentaram sintomas compatíveis com quadro da Covid-19, a maioria não teve diagnóstico confirmado. Esses dados podem subsidiar a reflexão sobre a grande lacuna, ocorrida no primeiro ano da pandemia, da testagem de profissionais de saúde, sobretudo as(os) atuantes na Atenção Básica. Naquele momento, quando não havia testes largamente disponíveis e autotestes, a ausência

do diagnóstico da doença foi situação comum que reduziu o número de casos notificados e que provavelmente aumentou a transmissão. A baixa oferta de testes prejudicava, naquele período, as ações de vigilância em saúde e a oferta de cuidado às(aos) profissionais e usuárias(os). Atualmente, o acesso aos testes foi ampliado, inclusive, com venda de auto-testes em farmácias.

Atuação das(os) residentes em saúde como dispositivo de fortalecimento da resiliência na Atenção Básica

A partir da relação entre o trabalho das(os) residentes durante o período pesquisado e as categorias utilizadas por Blanchet et al.¹² para avaliar a resiliência dos sistemas de saúde – capacidade de absorção, capacidade de adaptação e capacidade de transformação –, neste estudo, foram identificadas as seguintes categorias analíticas: Contribuição das(os) residentes em saúde para a continuidade das ações da Atenção Básica; Capacidade de resposta às necessidades da pandemia; e Inovações assistenciais e educativas.

A primeira categoria, ‘Contribuição das(os) residentes em saúde para a continuidade das ações da Atenção Básica’, faz analogia ‘à capacidade de absorção’, como definido por Blanchet et al.¹², ou seja, à capacidade de continuar a oferecer o mesmo nível de serviços apesar do choque sofrido.

Sobre a contribuição do programa de residência para os serviços da Atenção Básica no contexto da pandemia, 85,12% (246) das(os) residentes em saúde da família alegaram identificar contribuições no período analisado, 7,27% (21) não identificaram contribuições e 7,61% (22) preferiram não responder. Dentre as(os) que responderam afirmativamente, destacaram-se os seguintes aspectos: residentes em saúde como reforço da força de trabalho; continuidade do cuidado aos grupos populacionais prioritários da Atenção Básica; reorganização do processo de trabalho para a continuidade do cuidado.

No que se refere às(aos) residentes como reforço da força de trabalho, parte das(os) participantes destacou sua importância para que os serviços da rede de saúde pudessem se manter cuidando da população, bem como ampliar as ações diante da sobrecarga de trabalho causada pela pandemia, conforme as falas abaixo:

Nós fomos de suma importância para nosso campo de trabalho e para nossas equipes. Fomos suporte, assumimos funções que outros profissionais precisaram se afastar, e a demanda de trabalho aumentou muito com a pandemia. (Residente 1).

Nós éramos as principais responsáveis pelo funcionamento do serviço. (Residente 2).

Nesse cenário, algumas(ns) residentes destacaram a sua contribuição profissional em territórios historicamente precários em termos de assistência à saúde, tais como populações ribeirinhas e do campo.

Trabalho em uma UBS rural com apenas uma equipe mínima de saúde da família, que com a pandemia teve atestados e afastamentos constantes dos profissionais concursados. Eu como residente de enfermagem frequentemente assumi parte ou totalmente o atendimento, e meus colegas residentes não enfermeiros contribuíram pro fluxo da unidade (acolhimento, organização da farmácia etc.). Além disso, a presença de profissionais residentes que antes não existiam na UBS (psicólogo, farmacêutico, nutricionista, assistente social, dentista) possibilitaram o atendimento de novas demandas na atenção básica. (Residente 3).

Auxiliando no atendimento aos pacientes na APS. Fomos treinados para coletar RT-PCR e realizar testes rápidos para diagnóstico de Covid-19 das populações ribeirinhas quando viajamos na Navio-hospital-escola [nome do navio]. Auxiliamos nas atividades da Central de Abastecimento Farmacêutica, Farma [universidade e laboratório]. Eu tive a oportunidade de atuar na secretaria estadual de saúde inserindo dados no Sivep gripe,

no sistema de monitoramento e no banco de dados local. Também fui tutora de um curso sobre o processo de trabalho na APS em tempos de Covid-19. (Residente 4).

A partir das falas apresentadas, identificou-se que as(os) residentes ofereceram reforço à força de trabalho na Atenção Básica, estando inseridas(os) em diversos cenários de prática. Sobre a presença das(os) residentes em territórios rurais e ribeirinhos, a presença delas(es) pode ter contribuído para amenizar a má distribuição de profissionais nas regiões do País durante a pandemia.

Sabe-se que a capacidade de resiliência dos sistemas de saúde para responder às situações de crises sanitárias é influenciada pelas condições estruturais anteriores ao cenário de crise. Vale salientar que a pandemia da Covid-19 agravou o quadro crônico de sobrecarga dos serviços da Atenção Básica²³, na qual se vivencia um desmonte das equipes multiprofissionais dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (Nasf)²⁴ – aliado ao subfinanciamento estrutural e à intensificação de medidas de austeridade fiscal que precarizam cada vez mais o cuidado em saúde e as condições de trabalho das(os) profissionais.

Em contrapartida, as RMSF têm possibilitado a inserção de profissionais de diversas categorias na Atenção Básica, o que possibilita a renovação das práticas assistenciais e a sustentabilidade do cuidado desde os princípios do SUS. A insuficiência prévia do número de profissionais nos serviços pode ser ilustrada na fala a seguir.

Bem, durante a pandemia, [nome de um município] contava com 40% das USFs sem médicos/ outros profissionais. Nós residentes fomos e somos forças indispensáveis para o combate à pandemia. (Residente 5).

Nesse sentido, estudos têm destacado a relevância dos programas de residência como estratégia de provimento de força de trabalho em saúde no País diante do enfrentamento

da pandemia^{25,26}. Em contrapartida, a despeito da relevância das(os) residentes nesse reforço, as residências também podem ser analisadas como manifestação da precarização do trabalho em saúde. As(os) residentes foram submetidas a extensas jornadas de trabalho, sob pressão e insegurança. Em algumas situações, como indicado em falas de residentes, assumiram atividades sozinhas(os), sem preceptoras(es) e sentiram-se ‘tapando buracos’ diante da insuficiência do número de trabalhadoras(es)²⁷.

Mão de obra barata, que não pode tirar atestado sem pagar as horas depois. Em alguns serviços, isso ajudou a não ter um déficit grande de profissionais, dado que muitos tiraram licenças ou ficaram de atestado por grandes períodos, e o residente, devido à sua condição subalternizada, cobria esse déficit de certa forma. (Residente 6).

Outra temática identificada na análise fala da reorganização do processo de trabalho para continuidade do cuidado. Profissionais residentes de saúde da família relataram ter sido deslocadas(os) dos seus principais campos de prática e inseridas(os) em outros dispositivos da rede. Indicaram ter sido alocadas(os) nas barreiras sanitárias, vigilância epidemiológica, *drive-thru* de testagem, *call center*/teleatendimento, entre outros.

Durante boa parte do ano passado, os residentes do programa de Medicina e do programa Multi foram direcionados para ajudar no call center do município. Não tenho dúvidas em dizer que essa ajuda foi essencial pro funcionamento do call center e pela criação/iniciativa de algumas mudanças que contribuíram pra fluidez e resolutividade no trabalho. Além disso, diante da grande quantidade de profissionais do grupo de risco que foram afastados de suas unidades, o trabalho dos residentes nas unidades foi de extrema importância. (Residente 7).

A maioria dos residentes foi realocada de forma a contribuir nesse momento de pandemia, eu estou

lotada 3x na semana em uma unidade sentinela (uma UBS reorganizada para atender apenas casos de Covid) e 2x na semana fico na UBS atuando em equipe Nasf. (Residente 8).

A mudança da organização da atenção à saúde é uma das estratégias para a resiliência dos sistemas de saúde. Pode compreender o deslocamento de profissionais para novas áreas de atuação, a criação de novos serviços na rede, ou mesmo a reorganização de estruturas já existentes¹³. No Brasil, perceberam-se processos de reorganização dos processos de trabalho e das redes de atenção à saúde, contudo, estudos indicaram uma frágil coordenação do MS nesse processo, particularmente referente à Atenção Básica. As produções do órgão priorizaram as estratégias de detecção e notificação dos casos, deixando em segundo plano o apoio técnico das equipes, a difusão de informações preventivas corretas, o combate às *fake news*, a conscientização da população ou o estabelecimento de fluxos de informação com outros pontos da rede²⁸.

No caso das(os) residentes, os movimentos de reorganização do processo de trabalho denotam a necessidade de flexibilidade e adaptação dos programas às demandas de saúde. No primeiro ano de pandemia, havia necessidades urgentes em determinados contextos, que demandaram deslocamento massivo de profissionais para outras funções prioritárias. Isso leva a refletir sobre a linha tênue entre o desvio de função da(o) residente e a alocação de recursos humanos diante da necessidade. Cabia aos programas desenhar estratégias para que essas novas atividades fossem realizadas pelas(os) residentes com apoio pedagógico e que se alinhassem ao princípio da educação pelo trabalho, sem perder de vista o caráter formativo das residências, devido ao risco de se utilizar das(os) residentes como forma de tamponar lacunas e precariedades da rede de saúde.

Por fim, a última temática dessa categoria analítica tratou da continuidade do cuidado aos grupos populacionais prioritários da Atenção

Básica. As(Os) residentes trouxeram as estratégias utilizadas para não serem descontinuados os cuidados aos grupos populacionais que apresentam condições crônicas de saúde ou em ciclos de vida específicos, conforme ilustrado a seguir:

Mantivemos o serviço da atenção básica totalmente ativo durante toda a pandemia para demandas agudas e crônicas! (Residente 9).

Prestando cuidado aos idosos com doenças crônicas que estão impossibilitados de ir até os serviços de saúde. Testagens para Covid, orientação dos usuários quanto às formas de contágio e prevenção, permaneceu com o atendimento de gestantes, puericultura, acolhimento aos usuários com outras demandas. (Residente 10).

Estudos têm indicado redução do uso da Atenção Básica durante a pandemia. Os efeitos de tal quadro são visíveis a partir da queda no número de procedimentos, rastreios, diagnósticos e consultas médicas, que caíram 42,5%, 28,9% e 41,2% respectivamente. Assim, quando na fala das(os) residentes são identificados os esforços para a continuidade do cuidado aos grupos prioritários, é possível perceber um compromisso com os cuidados primários à saúde.

Quanto à categoria 'Capacidade de resposta às necessidades de saúde da população', 8,65% (25) das(os) residentes avaliaram como muito boa; 23,18% (67), como boa; 16,6% (48), satisfatória; 34,95% (101), satisfatória, mas poderia melhorar em alguns aspectos; 14,18% (41) acharam que foi insatisfatória e que poderiam melhorar em alguns aspectos; e 2,42% (7) preferiram não responder.

Em relação às respostas positivas, as(os) residentes apresentaram as seguintes temáticas: a capacidade de reorganização para responder às necessidades de saúde da pandemia; o desenvolvimento de novas habilidades e conhecimentos; a realização de ações preventivas e de educação em saúde e vacinação; a articulação de ações de vigilância da Covid-19 no território e monitoramento dos casos suspeitos e

confirmados; e as ações de EPS (atualização das(os) profissionais sobre a pandemia e construção de fluxos e protocolos).

As(os) residentes destacaram a capacidade de reorganização dos serviços de saúde para garantir o cuidado diante das necessidades de saúde na Covid-19 apesar da insuficiência de recursos e estrutura. Destacaram também que a atuação profissional durante a pandemia possibilitou o desenvolvimento de habilidades e conhecimentos de maneira a garantir um cuidado integral em cenários de prática diversos, conforme a fala abaixo:

Aprendemos a lidar com uma situação extremamente atípica, entramos já com muito mais responsabilidades do que seria em uma situação normal. Tivemos uma experiência muito importante na vigilância em saúde antes das atividades na APS, o que desde o início nos tornou referências ao entrar nas unidades. As aulas, mesmo que remotas, possibilitaram trazer pautas para além do covid, mas também que conversavam com o tema, trazendo uma visão bastante ampla a ser aplicada neste momento. (Residente 11).

Referente à prevenção e à educação em saúde, as(os) residentes indicaram ações voltadas para a disseminação de informações sobre o vírus, sua transmissão e medidas de prevenção, além de produção de material de comunicação em linguagem acessível e de desvinculação de *fake news* e orientações quanto aos direitos sociais como, por exemplo, o auxílio emergencial.

Realizando ações de educação em saúde buscando produzir saúde a partir da difusão de informações de fonte segura e linguagem acessível a realidade dos territórios (Projeto Campo/Quilombo Comunica), articulações políticas nos territórios para garantia de testes para a zona rural, participando de ações de testagem e monitoramento de casos, ações de educação permanente com as Equipes de Saúde da Família onde também desenvolvemos o espaço 'Cuidando do cuidador' na tentativa de contribuir com os profissionais

de saúde no seu próprio cuidando diante desse contexto tão difícil, atendimentos e elaboração de projetos interprofissionais para cuidado principalmente em saúde mental, elaboração junto a secretaria de saúde e lideranças locais o plano de vacinação para as comunidades Quilombolas. (Residente 12).

A vigilância e o monitoramento da Covid-19 nos territórios foram realizados pelas(os) residentes por meio da busca ativa às pessoas com sintomas respiratórios, do monitoramento dos casos suspeitos e confirmados, da realização de testagem e da sistematização dos dados epidemiológicos.

Tivemos bastante experiência em atender casos suspeitos e confirmados, tendo conhecimento do fluxo e protocolos de encaminhamentos. (Residente 13).

As estratégias de educação e vigilância em saúde na Atenção Básica se mostraram fundamentais para a formulação de respostas à pandemia de Covid-19. A base territorial e a inserção comunitária desse nível de atenção permitiram uma melhor análise e interpretação dos riscos e vulnerabilidades das pessoas e comunidades. Destaca-se, na literatura, a relevância da produção de informações contextualizadas com o cenário sanitário e articuladas aos diversos dispositivos sociais presentes nos territórios²⁸.

É importante destacar as atividades de EPS dentre as contribuições indicadas pelas(os) residentes, como: ações voltadas para atualização e compartilhamento de informações às(aos) profissionais das equipes de saúde sobre a Covid-19 e os seus mecanismos de transmissão, bem como uso correto dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI).

Rodas de conversa acerca de EPIs, protocolos... ajustes de logística e organização de departamentos separados entre demandas diversas e covid. Manejos em vários casos. (Residente 14).

Organização do fluxo do serviço de saúde pelo programa de residência. Orientação aos servidores, organização do processo de testagem e execução. (Residente 15).

No que se refere à capacidade de impactar nos processos de trabalho das equipes de saúde, os achados desta pesquisa convergem com estudos anteriores que ressaltam que a presença da residência aumentou a capacidade da equipe de resolver e/ou enfrentar os problemas de saúde das(os) usuárias(os)²⁹. Também foi apontada como um avanço no trabalho em equipe multiprofissional, tanto pela inserção de profissionais de diferentes áreas quanto pela sua prática nas unidades de saúde.

Outro aspecto relacionado com a EPS diz respeito às ações para reorganização do processo de trabalho das equipes. A pandemia da Covid-19 exigiu dos serviços a implantação de novos protocolos e fluxos assistenciais, e as(os) residentes indicaram ter participado da formulação e implantação desses. No entanto, ao destacarem tais ações, as(os) residentes apontaram pouco direcionamento das gestões locais e nacional nesse processo, requerendo esforços solitários das equipes de saúde na revisão e adaptação de seus processos de trabalho.

Entre as(os) residentes que indicaram que poderiam ter tido uma capacidade de resposta melhor e as(os) que indicaram uma capacidade de resposta insatisfatória, foram apresentadas como limitações: a suspensão, em alguns serviços, do atendimento às(aos) usuárias(os) com problemas crônicos de saúde, bem como ações de promoção à saúde como a atividade física; a fragilidade de ações de cuidado em saúde mental para a população e profissionais; e a insuficiências de recursos humanos e materiais. Também foram apresentadas críticas à condução das ações voltadas pela Covid-19 pelo governo federal, o que dificultou o direcionamento na organização da rede de saúde, a exemplo das seguintes falas:

Os próprios serviços não dialogam sobre um monitoramento da população desejado, não fomenta

espaços de controle social ou há uma abertura para se falar de saúde mental, assim como outras consequências associadas à pandemia. (Residente 16).

Precisa de melhorias a nível nacional, mais investimento em pesquisa, acesso a vacinas e campanhas de conscientização e não antivacina. (Residente 17).

Enfatizou-se a fragilidade de respostas pela Atenção Básica no que se refere aos impactos sociais e econômicos decorrentes da pandemia na população, tais como desemprego, fome, violência doméstica. A interrupção, em alguns casos, de serviços de proteção social dificultou a capacidade de articulação intersetorial das equipes de saúde da família.

Para o serviço social, o desafio foi duplo: lidar com a demanda que já era nossa na saúde e com demandas que não estavam sendo atendidas nas outras unidades da rede, em especial na política de assistência social, pois os Cras e Creas estavam fechados. Ainda assim, conseguimos nos organizar para realizar atendimentos que fugiam do nosso leque de intervenções, visando prestar melhor assistência à população nesse período onde há poucos lugares onde se possa recorrer. (Residente 18).

Vê-se, portanto, que as(os) residentes foram capazes de contribuir positivamente, desenvolvendo ações diversas com ênfase na assistência, na prevenção e na vigilância, além de suporte às(ao) profissionais das equipes de saúde. Todavia, tais ações enfrentaram desafios relacionados com os níveis local e nacional.

Na terceira categoria analítica, 'Inovações nos programas de residência diante da pandemia', as(os) residentes foram questionadas(os) se ocorreram inovações nos seus programas, em que 40,83% (118) das(os) residentes avaliaram que elas não ocorreram; 12,11% (35) preferiram não responder; e 47,05% (136) identificaram que existiram. Destas(es) últimas(os), foram identificados temas relacionados com: alterações nas atividades educativas/pedagógicas dos programas, uso de tecnologias digitais para a assistência, ações de educação

e comunicação em saúde, reorganização de protocolos de fluxos assistenciais e novos campos de atuação profissional.

Inovações nas atividades educativas/pedagógicas, por sua vez, foram especialmente vinculadas à implementação da modalidade da educação a distância e o uso da tecnologia como ferramenta de aprendizagem. Houve adaptação de aulas teóricas e reuniões para o modelo remoto e o aprofundamento do uso de redes sociais para a comunicação entre residentes, preceptoras(es) e tutoras(es). Assim como em todos os níveis de formação, o processo pedagógico dos programas de residências precisou se adaptar a formatos de ensino até então pouco utilizados, o que, para a maioria das(os) participantes, representou um avanço. Nessa mesma compreensão, no estudo de Oliveira et al.³⁰, a maioria das(os) residentes considerou positivo o remanejamento da carga horária prática para atividades em estudo autodirigido visto que permite repensar suas práticas, realizar cursos para qualificação, dedicar-se ainda mais aos estudos, desenvolver pesquisas, diminuir a transmissão do vírus e o risco de contaminação devido à diminuição da exposição nos espaços presenciais, entre outros. No entanto, Costa³¹ refere que, apesar da necessidade, uma formação qualificada e o desenvolvimento de habilidades requerem atividades práticas, representando, portanto, uma lacuna na formação.

Nessa mesma perspectiva, os serviços precisaram construir novos fluxos assistenciais e reorganizar os seus processos de trabalho de acordo com as realidades locais. Para algumas(ns) residentes do estudo, sua participação foi essencial e indutora de alguns desses processos de mudança, demonstrando, com isso, o papel transformador da residência. Dentre tais alterações assistenciais e de fluxo, destacaram-se o atendimento e o acompanhamento das(os) usuárias(os) na modalidade a distância, por meio do teleatendimento e dos grupos em redes sociais. Esses movimentos apontam o aspecto positivo da incorporação de tecnologias no cuidado em saúde, e

a reorganização dos processos de trabalho é uma das dimensões necessárias à resiliência de um sistema de saúde³². Uma fala exemplifica essa compreensão:

Rodas de núcleo e de campo telepresenciais, telemonitoramento de pacientes crônicos e gestantes foi uma excelente ferramenta, acho que pode ser mantida em casos específicos. (Residente 19).

Ações de educação e comunicação em saúde também apareceram como inovações, executadas por meio de capacitações, grupos online, combate às *fake news*, bem como citaram aproximação com as(os) usuárias(os) por meio de tecnologia.

Sobre a questão, Lopes et al.³³, em revisão, apontam que o telemonitoramento contribuiu de maneira ímpar para a garantia de assistência e a oferta de informação com maior segurança e eficácia, com engajamento positivo do teleatendimento na Atenção Básica para o rastreamento e o monitoramento dos casos sintomáticos. Por outro lado, um estudo realizado com médicas(os) residentes de Nova York levantou a falta de treinamento adequado para uso dessas ferramentas de assistência, resultando em maior insegurança, em especial nos momentos iniciais da pandemia³⁴.

Outra lacuna foi o acesso à internet e a aparelhos telefônicos compatíveis com a demanda de uso. Apesar da ampla utilização das redes sociais e da internet pela sociedade, não se pode atribuir como verdade que todas(os) têm acesso garantido à tecnologia, principalmente quando se fala de pessoas mais velhas e em situação de vulnerabilidade econômica. Segundo a pesquisa TIC Domicílios 2019³⁵, realizada pelo Comitê Gestor da Internet no Brasil, três a cada quatro brasileiras(os) utilizam a internet; porém, 20 milhões de domicílios (28%) não possuem conexão, realidade que afeta especialmente famílias com renda de até um salário mínimo (45%). Dessa forma, apesar do importante papel da telemedicina no cuidado em saúde, especialmente em cenários de isolamento social, a relação

presencial profissional-usuário(a) não pode ser totalmente substituída, seja por questões econômicas, sociais e/ou afetivas.

Ademais, acerca dos novos campos de atuação dentro do próprio serviço, para Santos et al.¹¹, apesar de a atividade núcleo de cada categoria ser essencial, a alocação para outras atividades permitiu uma maior interação entre a equipe, induziu a construção de novos saberes e a renovação do fazer em saúde. Nesse mesmo sentido, Cavalcante et al.⁸ observaram o aumento da coesão dentro da equipe, com o desenvolvimento de novas práticas a partir do diálogo entre as profissões, técnicas(os) e gestoras(es), potencializando o trabalho interprofissional. Isso que revela a necessidade de diálogos permanentes no cotidiano do serviço, que se fortaleceram no curso da pandemia. No entanto, também foi identificada a resistência de algumas(ns) residentes que mudaram suas funções para a gestão dos casos, de monitoramento e vigilância epidemiológica, pois esse deslocamento desencadeou um distanciamento das atividades de contato direto com as(os) usuárias(os) e suas rotinas, levando a um estranhamento e sensação de não pertencimento. Por isso, como apontam as(os) autoras(es), tal processo de mudança necessita ser acompanhado pelas(os) preceptoras(es) e tutoras(es) e ser reflexivo para que não interfira negativamente no processo formativo e de cuidado.

Diante desses aspectos, as inovações reconhecidas pelas(os) residentes fomentaram novos conhecimentos, desenvolvimento de habilidades e ressignificação da experiência na residência. Tais elementos são fundamentais tanto ao processo de trabalho e formação quanto à resiliência do SUS, a fim de garantir o cuidado em saúde de forma qualificada e contextualizada com situações de emergência em saúde.

Considerações finais

A partir dos conteúdos trazidos pelas(os) residentes, foi identificado que elas(es) contribuíram positivamente para a continuidade

das ações de Atenção Básica, diminuindo a interrupção dos cuidados ofertados, elemento relacionado com a capacidade de absorção dos sistemas de saúde. A principal contribuição indicada foi o reforço ao quantitativo da força de trabalho pelas(os) residentes, tendo possibilitado um menor déficit de profissionais durante a pandemia.

Quanto à capacidade de resposta, pôde-se observar que as(os) residentes, de forma geral, integraram-se aos serviços enquanto força de trabalho para responder às necessidades de saúde apontadas no contexto específico da pandemia, a exemplo de ações de educação em saúde, de vigilância em saúde, de EPS. Outrossim, vivenciaram particularidades nos diferentes cenários de prática quanto às ações desenvolvidas.

Em relação aos aspectos formativos e de EPS, identificou-se que a reorganização das ações para responder às necessidades fomentou o desenvolvimento de novas habilidades e conhecimentos pelas(os) profissionais, o que também se articula à capacidade de adaptação dos sistemas de saúde.

Em relação às inovações ocorridas diante da pandemia, que dialogam com a capacidade de transformação de um sistema de saúde, foi observado que as(os) residentes consideram a incorporação de tecnologias digitais, tanto nas atividades pedagógicas quanto nas assistenciais, como uma inovação positiva. O uso das tecnologias no contexto da saúde tem se expandido, e as(os) residentes visualizaram uma potência nisso, bem como vislumbram que algumas dessas incorporações deveriam ser mantidas a longo prazo.

Além disso, também foram contempladas experiências inovadoras, como atuação em serviços, setores e atividades diferentes, o que produziu novos conhecimentos e ressignificação da experiência da residência no cenário pandêmico.

Diante do exposto, os elementos supracitados refletem como a atuação das(os) residentes foi importante para a resiliência da Atenção Básica diante da pandemia e reafirmou o papel

estratégico das residências em saúde no SUS, pois essas, significativamente, contribuíram para qualificar e inovar a capacidade de resposta na prevenção e no tratamento da Covid-19. Ademais, este estudo teve importância para compreender o desenvolvimento dos programas na pandemia, os desafios e potencialidades encontrados, bem como possibilitou espaço de registro da memória desse fenômeno.

Vale destacar a necessidade de seguir investindo em pesquisas acerca das residências e dar visibilidade à realidade vivida pelas(os) residentes, como forma de ampliar o debate, fortalecer a política de residências e garantir processos educativos socialmente referenciados, em condições dignas de trabalho e com saúde para as(os) residentes e demais segmentos envolvidos.

O desenho metodológico do estudo, questionário on-line autoaplicável, tem como limitações não permitir o aprofundamento das respostas às perguntas abertas, bem como a participação voluntária dos residentes.

Como apontamentos para estudos posteriores, indica-se continuar a investigação sobre o cotidiano de trabalho e a formação dos residentes, com o objetivo de fortalecer e aprimorar as ações relacionadas com a contribuição da força de trabalho para resiliência do Sistema de Saúde, enfocando, por exemplo, outros atores envolvidos, preceptores, gestores, tutores e população.

Colaboradoras

Felipe DA (0000-0003-2364-2842)*, Albuquerque PC (0000-0001-8283-5041)*, Costa KAO (0000-0001-5585-5768)*, Andrade ACIC (0000-0002-0022-1829)*, Santos KP (0000-0003-4116-4143)* e Araújo JMA (0000-0002-2256-0020)* contribuíram igualmente para a concepção e desenho da obra; aquisição, análise e interpretação de dados para o trabalho; elaboração do trabalho; revisão crítica para conteúdo intelectual; aprovação final da versão publicada. ■

Referências

1. Ciavatta M. Trabalho como Princípio Educativo. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008. p. 408-414.
2. Amaral BP, Ceccim RB. Historicidade. In: Ceccim RB, Dallegrave D, Amorim ASL, et al., organizadores. EnSiQlopédia das Residências em Saúde. Porto Alegre: Rede Unida; 2018. p. 114-139.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.
4. Brasil. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens - ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude - CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 30 Jun 2005.
5. Flor TB, Cirilo ET, Lima RRT, et al. Formação na Residência Multiprofissional em Atenção Básica: revisão sistemática da literatura. Ciênc. saúde coletiva. 2022; 27(3): 921-936.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

6. Mioto RCT, Alves FL, Caetano PS, et al. As Residências Multiprofissionais em Saúde: a experiência da Universidade Federal de Santa Catarina. *Serv. Soc. & Saúde*. 2012; 11(2):185-208.
7. Ferreira SR, Olschowsky A. Residência: uma modalidade de ensino. In: Fajardo AP, Rocha CMF, Pasini VL, organizadores. Grupo Hospitalar Conceição Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde Brasil. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição; 2010. p. 23- 34.
8. Cavalcante VOM, Gomes DF, Dourado TS, et al. Residências multiprofissionais em saúde no enfrentamento da covid-19: relato de intervenções interprofissionais. *SANARE*. 2021; 20 (supl1):118-12.
9. Witzak MVC, Perez K, Rodrigues MF. Impactos da pandemia COVID-19 nas vivências profissionais de residentes multiprofissionais em saúde. *PSI UNISC*. 2022; 6(1):141-154.
10. Lucena JF, Sena JGB. Residência Integrada Multiprofissional em Saúde e a pandemia COVID-19: um relato de experiência. *REAS; EJCH*. 2020; 1(9):e4964.
11. Santos JSX, Silva AS, Carvalho LA, et al. A atuação do cirurgião-dentista, vinculado a um programa de residência multiprofissional em saúde, no combate à COVID-19 na Atenção Primária à Saúde: relato de experiência. *J. Manag Prim Health Care*. 2020; (12):e24.
12. Blanchet K, Nam SL, Ramalingam B, et al. Governance and capacity to manage resilience of health systems: towards a new conceptual framework. *Int J Health Policy Manag*. 2017; 6(8):431-435.
13. Bureau V, Falkenbach M, Neri S, et al. Health system resilience and health workforce capacities: health system responses during COVID-19 pandemic in six European countries. 2022; 37(4):2032-2048.
14. Massuda A, Bigoni A, Paschoalotto MA. Rumos para um sistema de saúde resiliente. *GV Executivo*. 2022; 21(2):22-29.
15. Franco MLPB. *Análise de conteúdo*. 2. ed. Brasília, DF: Líber Livro; 2007.
16. Camargos SPS, Oliveira SV. Perfil, qualidade de vida e perspectivas futuras de residentes do programa de residência em área profissional da saúde. *Rev. Educação em Saúde*. 2020; 8(1):50-63.
17. Pasini VL, Pretto AMP, Sarria AM, et al. Perfil de Egressos de Residências Multiprofissionais em Saúde no Rio Grande do Sul. *Rev. Polis e Psique*. 2020; 10(3):205- 225.
18. Lima APN, Souza IIA, Santos LAT, et al. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: a percepção dos residentes de Saúde da Família. *Inter. J. Health Educat*. 2018; 3(1-2):1-9.
19. Lopes MJM, Leal SMC. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. *Cadernos Pagu*. 2005; (24):105-125.
20. Goulart CT, Silva RM, Bolzan MEO, et al. Perfil sociodemográfico e acadêmico dos residentes multiprofissionais de uma universidade pública. *Rev Rene*. 2012; 13(1):178-86.
21. Oliveira BM, Fontanive VN. Análise da qualidade de vida de residentes multiprofissionais em saúde da família e comunidade. *Rev. APS*. 2021; 24(3):434-45.
22. Lima PC, Gouveia MTO. Qualidade de vida dos residentes da área da saúde: revisão. *Rev Eletr. Acervo Saúde*. 2018; (14):S1621-27.
23. Savassi LCM, Bedetti AD, Abreu ABJ, et al. Ensaio acerca das curvas de sobrecarga da covid-19 sobre a atenção primária. *JMPHC*. 2020; (12):1-13.
24. Seta MH, Ocké-Reis CP, Ramos ALP. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? *Ciênc. saúde coletiva*. 2021; 26(supl2):3781-3786.
25. Rebouças ERN, Costa AMT, Maia JKO, et al. Residência multiprofissional: contribuições durante a pandemia. *Cadernos ESP. Ceará – Edição Especial*. 2020; 14(1):128-132.

26. Lucena JF, Sena JGB. Residência Integrada Multiprofissional em Saúde e a pandemia COVID-19: um relato de experiência. *Electr. J. Collect. Health*. 2020; 12(9):e4964.
27. Santos CC. O precariado escondido sob o véu da formação profissional: o caso das residências em área profissional da saúde. [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz; 2018. 169 p.
28. Patino-Escarcina JE, Medina MG. Vigilância em Saúde no âmbito da atenção primária para enfrentamento da pandemia da Covid-19: revisão documental. *Saúde debate*. 2022; 46(esp1):119-130.
29. Domingos NC, Domingos CM, Nunes EFPA, et al. Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(55):1221-1232.
30. Oliveira G, Moreira AP, Floriano LSM, et al. Impacto da pandemia da covid-19 na formação de residentes em saúde. *Braz. J. Develop*. 2020; 6(11):90068-90083.
31. Costa R, Lino MM, Souza AIJ, et al. Ensino de Enfermagem em tempos de COVID-19: como se reinventar nesse contexto? *Texto contexto - enferm*. 2020; (29):e20200202.
32. Massuda A, Malik AM, Vecina Neto G, et al. A resiliência do Sistema Único de Saúde frente à COVID-19. *Cad. EBAPE.BR*. 2021; 19(esp):735-44.
33. Lopes SPA. Contribuição dos programas de residência atuantes na atenção primária à saúde frente à Covid-19. *HRJ*. 2021; 2(9):125-144.
34. Lawrence KMPH, Hanley J, Adams J, et al. Building Telemedicine Capacity for Trainees During the Novel Coronavirus Outbreak: A Case Study and Lessons Learned. *J Gen Intern Med*. 2005; 35(9):2675-2679.
35. Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação. Pesquisa sobre o Uso das Tecnologias de Informação e Comunicação nos Domicílios Brasileiros – TIC Domicílios. São Paulo: CREDSI; 2019.

Recebido em 31/07/2022

Aprovado em 28/02/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) – financiamento da pesquisa Observatório das Residências Multiprofissionais da Saúde do estado de Pernambuco: estratégia de avaliação dos programas na perspectiva da Educação Permanente. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) – por meio do financiamento de bolsas de mestrado e doutorado

O Ministério da Saúde e a gestão do enfrentamento à pandemia de Covid-19 no Brasil

The Ministry of Health and the management of the fight against the COVID-19 pandemic in Brazil

Celmário Castro Brandão¹, Ana Valéria Machado Mendonça¹, Maria Fátima de Sousa¹

DOI: 10.1590/0103-1104202313704

RESUMO A pandemia de Covid-19 exige dos governos nacionais e subnacionais medidas de contenção da transmissão, bem como a organização da rede assistencial para a identificação e cuidado aos sintomáticos. O governo brasileiro tem tomado medidas, em grande parte, discrepantes das recomendações dos organismos internacionais, as quais exercem importante influência no desempenho do País frente à pandemia. Este trabalho objetivou apresentar contextualização e discutir a atuação da direção do Ministério da Saúde, em sua relação com a Presidência da República, no enfrentamento à pandemia de Covid-19 no Brasil, por meio de revisão integrativa de informações publicadas em portais de notícias nacionais. Percebem-se medidas negacionistas fortemente orquestradas pela Presidência, que culminaram em consequências prejudiciais ao enfrentamento da pandemia: rotatividade de ministros da saúde, colapso da rede assistencial, fragilização das relações interfederativas, morosidade na vacinação, descaso com a ciência, frágil estratégia de testagem e distribuição de insumos, militarização da saúde, opacidade das informações em saúde, casos de corrupção, dentre outros. O principal desfecho desta atuação pode ser resumido nas tristes estatísticas de casos e óbitos por Covid-19, reforçando o fato de que temos uma necropolítica em curso no Brasil.

PALAVRAS-CHAVE Sistema Único de Saúde. Política de saúde. Gestão em saúde. Covid-19.

ABSTRACT *The COVID-19 pandemic demands from national and subnational governments measures to contain the transmission, as well as the organization of the assistance network for the identification and care of the symptomatic ones. The Brazilian government has taken measures that are largely at variance with the recommendations of international organizations, which have an important influence on the country's performance in the face of the pandemic. This study aimed to present a contextualization and discuss the performance of the Ministry of Health's direction, in its relationship with the Presidency of the Republic, in confronting the COVID-19 pandemic in Brazil, through an integrative review of information published in national news portals. Denial measures strongly orchestrated by the Presidency can be seen, which culminated in harmful consequences to the fight against the pandemic: rotation of health ministers, collapse of the care network, weakening of inter-federal relations, delays in vaccination, disregard for Science, fragile testing strategy, opacity of health information, cases of corruption, among others. The main outcome of this action can be summarized in the sad statistics of cases and deaths by COVID-19, reinforcing the fact that we have an ongoing necropolitics in Brazil.*

KEYWORDS *Unified Health System. Health policy. Health management. COVID-19.*

¹Universidade de Brasília (UnB) - Brasília, DF, Brasil. celmariocb@gmail.com



Introdução

A pandemia de Covid-19, causada pelo vírus Sars-CoV-2, chegou ao Brasil em 26 de fevereiro de 2020, quando foi registrado o primeiro caso da doença no País em um homem que retornou de viagem à Itália. Posteriormente, estudos demonstraram que o vírus já circulava no País desde o início de janeiro de 2020. No início de março do mesmo ano os primeiros casos de transmissão comunitária foram identificados¹.

No início de fevereiro, antes mesmo do primeiro caso, o Ministério da Saúde (MS) – órgão da administração pública federal direta que tem como área de competência a coordenação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a política nacional de saúde – acionou o Plano Nacional de Resposta a Emergências de Saúde Pública e implantou o Centro de Operações de Emergência de Saúde Pública para o novo Coronavírus². O SUS foi criado em 1990 com diretrizes nacionais relacionadas à normatização e redistribuição de recursos, implementação descentralizada e espaços institucionalizados de participação social e negociação intergovernamental (União, estados e municípios)³.

O ministro da saúde é nomeado pela Presidência da República, que entre janeiro de 2019 e dezembro de 2022 foi ocupada por Jair Bolsonaro, um político populista, ultraliberal e de extrema direita, eleito em 2018 através de uma aliança entre liberais econômicos e conservadores sociais¹.

Esperava-se que o SUS pudesse ter um bom desempenho na resposta à Covid-19, com sua infraestrutura de vigilância sanitária bem desenvolvida, além da extensa rede de Atenção Primária à Saúde (APS), com mais de 43 mil equipes de Saúde da Família (eSF) e 260 mil Agentes Comunitários de Saúde (ACS), podendo assistir a grande maioria dos casos, que não desenvolvem síndromes graves. Além disso, o Global Health Security Index,

um sistema de medição desenvolvido pela Universidade Johns Hopkins, que classifica a preparação dos países para lidar com emergências de saúde pública em seis dimensões e trinta e quatro indicadores, atribuiu ao Brasil o melhor escore da América Latina^{1,4}.

No entanto, diferentemente da maioria dos governos subnacionais que logo no início da pandemia fecharam escolas e comércios, cancelaram eventos, entre outras medidas não farmacológicas para reduzir a propagação de casos de Covid-19, Bolsonaro e seus apoiadores – incluindo parlamentares, familiares, ministros, empresários etc. – optaram por não seguir as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) e as evidências científicas nesse sentido e desdenharam da pandemia, com a intenção de evitar consequências danosas à economia do País, que já cambaleava¹.

Tal atitude refletiu negativamente na forma como o MS operou na condução da política de enfrentamento à doença no País, da mesma forma que ocorreu nos Estados Unidos e no Reino Unido, quando os respectivos líderes resolveram intervir diretamente na operação das agências nacionais responsáveis pelo controle da Covid-19¹. Os três países tiveram sérios problemas na contenção da pandemia desde o início, e o Brasil registrou, em dezembro de 2021, mais de 22 milhões de casos e 617 mil mortes confirmadas pelo Painel Coronavírus do MS⁵.

Desta maneira, considerando a necessidade de superação da atual crise, bem como a iminência de novas de mesma natureza, mostra-se de fundamental relevância a análise do contexto (político, econômico, social e institucional) em que se desenrolou a pandemia, de modo a elucidar os principais entraves à atuação do governo brasileiro que influenciaram na gestão da maior crise sanitária dos últimos tempos. Assim, o objetivo do presente estudo é apresentar contextualização e discutir a atuação da direção do MS, em sua relação com a Presidência da República, no enfrentamento à pandemia de Covid-19 no Brasil.

Material e métodos

Foi realizado um estudo de abordagem qualitativa por meio de pesquisa documental exploratória de publicações disponíveis em portais de notícias nacionais, cujos conteúdos descreviam a forma como o governo brasileiro conduziu a política de enfrentamento à Covid-19 no País.

Os portais foram acessados por meio do buscador Google, relacionando os principais acontecimentos desde os primeiros meses da pandemia (a primeira publicação data de 11/03/2020) até dezembro de 2021, e considerando as seguintes categorias de publicações: narrativas do presidente da República; medidas político-administrativas da Presidência com impacto direto na atuação do MS e na política de saúde; narrativas de ministros da saúde no que se refere à informação e comunicação à população como um todo; medidas político-administrativas adotadas por ministros da saúde; fatos relacionados ao funcionamento interno do MS.

Foram priorizados conteúdos de publicações que constassem em pelo menos

dois portais de notícias distintos, de modo a averiguar a veracidade dos fatos e minimizar vieses de interpretação, sendo então consideradas para o trabalho as matérias que tivessem maior detalhamento das informações. Os portais, autores e datas de publicação foram consolidados e apresentados no *quadro 1*.

Tendo em vista a diversidade e a quantidade de fontes utilizadas, a disponibilização dos links por notícia tornaria o volume de texto no presente trabalho demasiadamente extenso. Desta forma, garante-se a rastreabilidade das matérias por meio de buscadores da internet (por exemplo, Google) utilizando-se na busca o nome do autor, o portal, a data de publicação e a ideia a ser consultada.

Cada publicação foi então codificada com base no portal em que se encontra disponível e na ordem crescente em que aparece no texto (considerando a existência de mais de uma informação oriunda de um mesmo portal), por portal, para que fossem apresentadas nos resultados.

Quadro 1. Codificação, portais e autores dos principais achados relacionados ao enfrentamento à pandemia pelo Ministério da Saúde e Presidência da República

CÓDIGO = Portal†	CÓDIGO (AUTOR. Data da Publicação*)††	Link do Portal
AGB = Agência Brasil	AGB1 (VERDÉLIO, A. 21/10/2020); AGB2 (RICHTER, A. 23/02/2021)	https://agenciabrasil.ebc.com.br/
AGS = Agência Senado	AGS1 (AGÊNCIA SENADO. 19/10/2021)	https://www12.senado.leg.br/noticias
ASC = ABRASCO	ASC1 (FLEURY, S. 13/06/2020)	https://www.abrasco.org.br/site/
BBC = BBC News Brasil	BBC1 (BARRUCHO, L.; 15/05/2020); BBC2 (BBC NEWS. 13/5/2021)	https://www.bbc.com/portuguese
CDD = Câmara dos Deputados	CDD1 (TRINDADE, M. 14/01/2021)	https://www.camara.leg.br/
CJU = Consultor Jurídico	CJU1 (CONSULTOR JURÍDICO. 01/01/2021)	https://www.conjur.com.br/
CNN = CNN Brasil	CNN1 (BAIÃO, B. 26/09/2021); CNN2 (PEIXOTO, S. 15/01/2021); CNN3 (FERRARI, M. 15/03/2021); CNN4 (GADELHA, I. 23/03/2021); CNN5 (BRIDI, C.; GURGEL, B.; GALZO, W. 16/03/2021); CNN6 (GADELHA, I. 15/03/2021)	https://www.cnnbrasil.com.br/
COB = Correio Braziliense	COB1 (CARDIM, M. E.; 11/05/2020); COB2 (NUNES, V. 06/06/2020); COB3 (NUNES, V. 16/06/2020); COB4 (LIMA, B.; CARDIM, M. 18/06/2020); COB5 (SOUZA, R. 01/07/2020); COB6 (SOARES, I. 05/06/2020); COB7 (TEÓFILO, S. 18/01/2021); COB8 (MEDEIROS, I. 15/03/2021); COB9 (TEÓFILO, S.; LIMA, B.; CARDIM, M. 24/03/2021); COB10 (SOARES, I. 10/06/2021); COB11 (SOUZA, R. 19/06/2021); COB12 (FERNANDES, A. 16/09/2021)	https://www.correiobraziliense.com.br/

Quadro 1. Codificação, portais e autores dos principais achados relacionados ao enfrentamento à pandemia pelo Ministério da Saúde e Presidência da República

CÓDIGO = Portal†	CÓDIGO (AUTOR. Data da Publicação*)††	Link do Portal
COF = Congresso em Foco	COF1 (CONGRESSO EM FOCO. 08/01/2021)	https://congressoemfoco.uol.com.br/
DPE = Diário de Pernambuco	DPE1 (DIÁRIO DE PERNAMBUCO. 15/01/2021)	https://www.diariodepernambuco.com.br/
ESP = O Estado de São Paulo	ESP1 (JANSEN, R. 06/04/2020); ESP2 (fernandez, m.; lotta, g.; massuda, a.; garrett, d. 03/11/2020); ESP3 (VARGAS, M. 26/03/2021); ESP4 (O ESTADO DE SÃO PAULO. 05/08/2020); ESP5 (VARGAS, M. 21/07/2020); ESP6 (CAMBRICOLI, F.; RESK, F. 30/07/2020); ESP7 (VARGAS, M. 30/07/2020); ESP8 (VARGAS, M. 23/07/2020); ESP9 (RODRIGUES, E.; AFFONSO, J. 28/09/2021); ESP10 (RODRIGUES, E.; AFFONSO, J. 28/10/2021); ESP11 (SHALDERS, A. 05/05/2021)	https://www.estadao.com.br/
EXA = Exame	EXA1 (ESTADÃO CONTEÚDO. 27/04/2020)	https://exame.com/
EXT = Extra	EXT1 (PARAGUASSU, L. 10/11/2020)	https://extra.globo.com/
FIM = Folha Impacto	FIM1 (FOLHA. 14/06/2021)	https://www.folhaimpacto.com.br/
FSP = Folha de São Paulo	FSP1 (MATTOSO, C. 30/06/2020); FSP2 (FABRINI, F.; CANCIAN, N. 05/09/2020); FSP3 (SASSINE, V. 16/01/2021); FSP4 (canciaN, n. 01/07/2021); FSP5 (SEABRA, C. 30/06/2021); FSP6 (MATTOSO, C. 18/01/2021); FSP7 (GAMBA, E.; RIGHETTI, S. 02/07/2021); FSP8 (FOLHA DE SÃO PAULO. 19/10/2021)	https://www.folha.uol.com.br/
G1 = G1	G11 (MAZUI, G. 16/04/2020); G12 (FALCÃO, M.; VIVAS, F. 15/04/2020); G13 (G1. 07/06/2020); G14 (GOMES, P. H.; CASTILHO, R. 28/10/2020); G15 (RODRIGUES, M. 06/06/2020); G16 (G1. 30/10/2020); G17 (KRÄHENBÜHL, R.; DANTAS, C.; VIDIGAL, L. 15/06/2020); G18 (LIS, L.; RODRIGUES, P. 24/06/2020); G19 (G1. 27/11/2020); G110 (SADI, A. 23/11/2020); G111 (G1. 14/01/2021); G112 (FLOR, A. 14/01/2021); G113 (GOMES, P. H. 10/05/2021); G114 (PIMENTEL, T. 22/05/2021); G115 (HAIDAR, D. 22/05/2021); G116 (G1. 18/03/2021); G117 (G1. 24/09/2021); G118 (G1. 12/12/2020); G119 (G1. 15/12/2020); G120 (G1. 12/12/2020); G121 (TAVARES, B. 03/07/2021); G122 (G1. 01/07/2021); G123 (G1. 14/01/2021); G124 (FIGUEIREDO, F.; PACHECO, J. 24/02/2021); G125 (G1. 02/05/2021); G126 (GOMES, P.; SANT'ANA, J. 07/12/2021); G127 (ALENCAR, B.; DANTAS, C. 07/12/2021); G128 (FALCÃO, M.; GARCIA, G. 08/04/2021)	https://g1.globo.com/
JDB = Jornal de Brasília	JDB1 (LIPPELT, V. 12/02/2021)	https://jornaldebrasil.com.br/
JUSP = Jornal da USP	JUSP1 (JORNAL DA USP. 19/08/2020)	https://jornal.usp.br/
MTP = Metrôpoles	MTP1 (SCHUQUEL, T. 09/12/2020); MTP2 (BORGES, R. 12/05/2021); MTP3 (NOBLAT, R. 23/05/2021); MTP4 (KUHL, N. 16/09/2021); MTP5 (KUHL, N. 21/12/2020)	https://www.metropoles.com/
NEX = Nexo Jornal	NEX1 (BERTONI, E.; 16/04/2020); NEX2 (CRUZ, I. 14/03/2021)	https://www.nexojournal.com.br/
ODI = O Dia	ODI1 (ESTADÃO CONTEÚDO. 29/12/2020)	https://odia.ig.com.br/
OGL = O Globo	OGL1 (GUERRA, R.; 20/05/2021); OGL2 (AMADO, G.; MATSUI, N.; 25/09/2020); OGL3 (O GLOBO. 22/10/2020); OGL4 (CARNEIRO, m. 17/09/2021)	https://oglobo.globo.com/
PBH = Prefeitura de Belo Horizonte	PBH1 (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. 18/11/2021)	https://prefeitura.pbh.gov.br/
POD = Poder360	POD1 (HOMERO, V. 03/03/2021)	https://www.poder360.com.br/
POL = Politize	POL1 (SIQUEIRA, W. 26/10/2021)	https://www.politize.com.br/
REF = Revista Fórum	REF1 (FRAGÃO, L. 27/12/2020); REF2 (TEODORO, P. 10/12/2020)	https://revistaforum.com.br/
UOL = Uol	UOL1 (VALENTE, R.; 13/04/2020); UOL2 (UOL. 21/09/2021); UOL3 (OYAMA, T. 30/12/2020); UOL4 (MELLO, I. 22/12/2020)	https://www.uol.com.br/
VEC = Valor Econômico	VEC1 (MURAKAWA, F. 08/06/2020); VEC2 (FERNANDES, A. 30/12/2020)	https://valor.globo.com/
VEJ = Veja	VEJ1 (CAMPOS, J. P.; ZYLBERKAN, M. 17/04/2020); VEJ2 (ZYLBERKAN, M. 31/08/2020); VEJ3 (RANGEL, R. 16/12/2020)	https://veja.abril.com.br/
YNT = Yahoo Notícias	YNT1 (FREIRE, M. 11/03/2020)	https://br.noticias.yahoo.com/

Fonte: elaboração própria.

†Código que identifica no texto o portal de notícias no qual a informação foi veiculada. ††Código do portal de notícias associado ao número de ordem em que aparece no texto. Entre parênteses os autores das notícias e as datas em que foram publicadas nos respectivos portais. *Todas as publicações foram revisitadas em 13/12/2021, data em que ainda se encontravam disponíveis nos respectivos portais.

Os fatos foram então apresentados em ordem cronológica desde o início da pandemia e com base na assunção de cada um dos ministros que estiveram à frente da pasta. Como os fatos relacionados à vacinação foram, em alguma medida, comuns a todos os ministros, o assunto foi tratado em uma seção específica.

Considerando o grande volume de conteúdo, a discussão foi feita considerando pontos-chave selecionados pelos autores que refletiram de maneira mais abrangente e transversal a todas as iniciativas pontuais e políticas desenvolvidas pelo MS, e consequentemente na orientação à população, nos serviços de saúde e na gestão do SUS em todas as esferas governamentais.

O presente trabalho se valeu da sociologia compreensiva de Weber⁶, dentro da qual a perspectiva simbolista da pesquisa compreensiva coloca a leitura dos meios de comunicação como exemplo de mecanismo alternativo a uma sociologia racionalizante, para que se consiga lidar com a multiplicidade de fatos cotidianos incompreensíveis sempre que deixamos de lado tais mecanismos. Ainda, o progresso tecnológico coloca a necessidade de ajustes na instrumentação e no estabelecimento de novos ‘limites’ para a pesquisa social⁷.

Resultados e discussão

Prioridades iniciais e oportunidades perdidas – APS como porta de entrada?

Um dos desfechos mais danosos da negação à pandemia pelo governo federal brasileiro foi a forma como o MS foi orientado pela Presidência da República e demais atores políticos vinculados a ela (desde familiares do presidente a ministros de outras áreas), influenciando na maneira como a pasta foi conduzida pelos diversos agentes nomeados

– em grande medida – sem nenhuma experiência em gestão de políticas públicas, muito menos na área da saúde.

A movimentação dos 4 ministros diferentes que conduziram a instituição ao longo de toda a pandemia evidenciou a persistência do palácio presidencial em ‘acertar’ um nome que conciliasse seus interesses com as necessidades técnicas inerentes à instituição. Evidentemente, pela natureza anti-ciência e anti-política social do *modus operandi* da Presidência, tal conciliação se mostrou inviável (ESP1 – *quadro 1*).

Bolsonaro iniciou, em 21 de março de 2020, uma escalada de narrativas que visavam a promoção da cloroquina (e da hidroxicloroquina) como medicamento capaz de tratar a Covid-19 a um baixo custo e sem paralisar a economia, sua maior preocupação. Nesta data o presidente anunciou financiamento para que o laboratório do exército brasileiro aumentasse em 100 vezes a capacidade de produção do medicamento. Desde então o discurso de defesa da cloroquina, entre outras drogas sem qualquer comprovação científica de eficácia para o tratamento da Covid-19, foi constante (OGL1 – *quadro 1*)⁸.

Com formação em medicina, experiência parlamentar e em gestão, Henrique Mandetta foi nomeado o primeiro ministro da saúde no governo Bolsonaro, apesar do histórico de posicionamentos na Câmara Federal contrários a políticas estratégicas para o SUS como o Programa Mais Médicos, e a favor de medidas que fragilizaram o sistema, como a Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016, conhecida como ‘PEC do Teto dos Gastos Públicos’ (UOL1 – *quadro 1*) – da mesma forma que Bolsonaro, contemporâneo de Parlamento. Ao passo em que a Covid-19 começava a ser noticiada na China, Mandetta, por meio da recém-criada Secretaria de Atenção Primária à Saúde do MS, lançou e tentava implementar nos municípios brasileiros o Programa Previnha Brasil (PPB)⁹, que modificava drasticamente o modelo de financiamento da APS no País.

Com o avançar da pandemia no mundo e sua chegada ao Brasil, o PPB se tornou mais uma grande barreira à gestão e qualificação do SUS para o enfrentamento à pandemia (ESP2 – quadro 1). Sob pena da iminente perda de recursos financeiros imposta pelo programa, gestores e trabalhadores municipais foram submetidos a um modelo de financiamento federal ainda mais complexo que, à sombra da fantasiosa alegação de dar maior autonomia aos gestores municipais, encerrou o financiamento direto dos Gerentes de APS, fundamentais na organização do processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), e das equipes multiprofissionais (Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica – Nasf AB), potentes na qualificação e promoção da integralidade do cuidado¹⁰.

Em detrimento da estruturação dos serviços para o acolhimento de casos leves, fornecimento de insumos em quantidade para a testagem de pacientes e melhorias no sistema de informações de testagem, bem como do provimento de formação e equipamentos de proteção individual para os trabalhadores, possibilitando assistência e continuidade do cuidado (EXA1; JUSP1 – quadro 1), o PPB impôs que a atenção imediata das equipes fosse voltada a um processo de cadastramento de usuários, até então indiscriminado, de modo que não fossem ainda mais reduzidos os escassos recursos repassados pela União para a gestão da APS.

O cenário se complexificou na medida em que o MS se esquivou de orientar um cadastramento coordenado com o cenário epidemiológico vivenciado no momento. Ou seja, considerando o chamamento para uma força-tarefa voltada ao cadastramento populacional, este poderia ter sido uma oportunidade para identificação de situações de vulnerabilidade social e epidemiológica (decorrentes ou não da pandemia), e conseqüente promoção do acesso. Entretanto, os parâmetros de cadastro estabelecidos no PPB não significaram acesso e atendimento efetivos, tampouco o cadastramento no modelo simplificado¹⁰. Ademais, o

TeleSUS, estratégia de atendimento pré-clínico e de identificação precoce de sintomas¹¹, não se comunicava com as equipes no território, inviabilizando a vinculação e continuidade do cuidado aos pacientes.

Em que pese o PPB ainda se encontrar em fase de implementação em 2020 e 2021 – inclusive com uma série de mudanças em sua estrutura e prazos em decorrência da pandemia –, a pandemia não influenciou a revisão dos indicadores no componente de desempenho, tendo sido mantidos os mesmos inicialmente estabelecidos, sem qualquer indicador que permita aferir a qualidade e continuidade do cuidado prestado a pessoas com Covid-19 e no processo de tratamento pós-doença na APS¹².

Nesse contexto, com 2 meses de pandemia no Brasil e uma agenda ainda incompleta, Mandetta começou a apresentar discordâncias à postura do presidente Bolsonaro no enfrentamento à pandemia, em especial quanto à ideia de imunidade de rebanho, tratamento precoce e medidas sanitárias de contenção da transmissão da Covid-19, o que motivou sua exoneração do cargo de ministro em 16 de abril de 2020 (G11 – quadro 1).

A fragilização e o 'isolamento' do Ministério da Saúde

Apesar da definição legal de que a tomada de decisão e gestão do SUS seja feita de maneira compartilhada, os constantes conflitos gerados pela posição de Bolsonaro contrária às medidas de distanciamento social, refletiram no isolamento do MS, provocando uma completa desarticulação e descoordenação da política³. Tal embate entre os entes causou diversas batalhas judiciais que culminaram com o reconhecimento no Supremo Tribunal Federal (STF) da autonomia dos governadores para promoverem o isolamento social (G12 – quadro 1).

O sucessor de Mandetta escolhido pela Presidência da República foi um médico do setor privado, sem nenhuma experiência na gestão pública. A posse de Nelson Teich, em 17 de abril de 2020, evidenciou internamente

o isolamento do MS ao ponto de que os representantes do Conselho Nacional de Secretarias Estaduais de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), apesar de convidados, foram barrados sem qualquer justificativa ao tentarem entrar na cerimônia (VEJ1 – *quadro 1*).

Em maio de 2020 o Conasems e o Conass lançaram, sem a participação do MS, a 1ª edição do ‘Guia Orientador para o Enfrentamento da Pandemia na Rede de Atenção à Saúde’, primeiro documento orientador de circulação nacional a utilizar o termo ‘distanciamento social’. O MS somente passa a ser signatário deste documento em maio de 2021, já na sua 4ª edição. Segundo Abrúcio e colaboradores³ o protagonismo de Mandetta e o isolamento de seu sucessor foram absolutos em um sistema baseado na pactuação intergovernamental, evidenciando grande desarticulação interferativa, a ponto de

governadores e prefeitos afirmarem que recursos não chegavam, algo anormal para o SUS, considerando a longa trajetória de funcionamento das transferências fundo a fundo. (NEX1 – *quadro 1*).

Após a posse, Teich passou dias estudando dados sobre a Covid-19, sem apresentar qualquer proposta ou plano de ação nacional. Em meio a esse silêncio, o discurso presidencial ganhava força e o governo publicou decreto onde relacionava os serviços considerados essenciais, que deveriam permanecer em funcionamento, sem mesmo consultar o MS. Tal ação provocou grande constrangimento público no então ministro, haja vista o fato do mesmo ter tomado conhecimento da publicação por meio da imprensa e ter afirmado, em sua defesa, que a responsabilidade sobre a decisão pertencia ao Ministério da Economia (COB1 – *quadro 1*)⁸.

Ao passo em que o Brasil se tornava o epicentro mundial da pandemia, o País seguia praticamente sem nenhuma diretriz do MS, cujo dirigente testemunhava condescendente

a indiferença e negação da pandemia mediante tentativas da Presidência da República em sabotar as medidas sanitárias promovidas pelos estados, explicitando que o objetivo central do MS era não produzir ação alguma⁸.

Segundo Boaventura Santos¹³, desde que o neoliberalismo se tornou a face mais dominante do capitalismo, o mundo tem vivido um permanente estado de crise. Sendo permanente, essa crise acaba se tornando a causa que explica todo o resto – por exemplo, a crise financeira permanente que leva a cortes em políticas sociais (saúde, educação etc.) –, e assim impede que se perguntem suas verdadeiras causas. Logo, o objetivo da crise permanente é não ser resolvida, pois assim ela legitima a concentração de riquezas e aumento das desigualdades sociais. A pandemia vem então apenas a agravar uma situação de crise a que a população mundial tem estado sujeita.

Com menos de 30 dias do início de sua ‘gestão’, Teich pediu exoneração alegando falta de autonomia e discordância da recomendação de uso da cloroquina no tratamento precoce da Covid-19. Apesar de não haver nenhuma surpresa na insistência presidencial para a recomendação do medicamento pelo MS, em *live* realizada no dia anterior ao pedido de exoneração de Teich, Bolsonaro havia dado ultimato ao ministro, afirmando que o protocolo do MS seria revisado para a introdução da cloroquina já nos primeiros sintomas da doença, “em especial para pessoas mais humildes” (BBC1 – *quadro 1*). Teich então tem sua breve e vazia passagem pelo MS finalizada em 15 de maio de 2020.

Interesses e consequências diretas da militarização do MS

O desgaste causado na imagem do governo federal pelas duas exonerações de ministros em meio à pandemia, somadas ao reconhecimento da autonomia dos estados e municípios para a definição das regras sobre isolamento e distanciamento social, colocaram o presidente em uma condição de não poder errar

– no que se refere à promoção da sua agenda político-ideológica, ou seja, no relaxamento das regras de distanciamento social – na escolha do próximo ministro. Por tal motivo, Bolsonaro buscou um nome de sua extrema confiança e dentro de sua ‘limitada’ rede de apoio, que possuía perfil semelhante ao de boa parte dos demais nomeados, seja dentro do próprio MS ou em outras áreas do governo.

Desde os últimos meses da gestão Mandetta, Bolsonaro e aliados passaram a fazer diretamente diversas indicações para a composição do MS, aumentando sua governança dentro da instituição. O próprio Mandetta relatou ter sofrido pressão para a substituição de quadros do alto escalão ministerial, por indicação de um dos filhos do presidente, com respaldo de Bolsonaro. Não por acaso estas substituições ocorreriam na Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Secretária de Atenção Especializada em Saúde e Secretaria Executiva, gestoras de cerca de 80% do orçamento do MS (OGL2 – *quadro 1*).

Como exemplo, um empresário da ‘ala ideológica’ bolsonarista que fazia parte do chamado ‘gabinete paralelo’ – composto por agentes sem vinculação formal com o governo, mas que assessoravam a Presidência – chegou a realizar diversas reuniões internas no MS antes mesmo de qualquer nomeação e a vocalizar que recebera a missão de ‘ferrar’ o Brasil de cloroquina. Após dizer que o MS faria recontagem dos mortos por ter havido ‘inflação’ nos números, causando repúdio por diversas instituições, pediu desculpas e desistiu do cargo (G13 – *quadro 1*).

Acirrou-se então um processo de militarização do MS, definido por Souza¹⁴⁽³⁵⁾ como “sua ocupação por indivíduos sem expertise em saúde pública, notadamente militares”. O afastamento de servidores de carreira com conhecimento técnico-científico dos espaços de tomada de decisão causou fragilidade técnica no MS e teve a intenção de abrir espaço para agentes despreparados e submissos às idiosincrasias do presidente, capazes de cumprir suas ordens sem o pudor de ignorar a ciência. Até o final do primeiro semestre de 2020, eram

25 cargos do MS ocupados por militares; dos ocupantes, 21 não possuíam experiência na saúde^{14,15} (ASC1 – *quadro 1*).

A militarização do MS trouxe também consigo a defesa de interesses privados, deixando o Brasil à mercê dos ataques de agentes alheios, mais preocupados em atender os interesses do capital internacional por meio da privatização do SUS do que as necessidades de saúde da população brasileira¹⁴. Dois exemplos muito claros desse movimento foram a edição do Decreto nº 10.530, que privatizava mais de 4.000 UBS a pedido do próprio MS, revogado posteriormente, mas com promessa de reedição (G14 – *quadro 1*); além da criação da Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps), que terceiriza a força de trabalho na APS.

Alguns dos maiores interessados nesse processo de privatização, como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional, vêm avançando com uma proposta de cobertura universal de saúde, que pressupõe uma cesta explícita de serviços baseada no poder de compra do indivíduo, gerando ‘classes’ de cidadãos e serviços pobres para pessoas pobres, ou seja, marginalizando ainda mais grupos populacionais desfavorecidos¹⁶. A ideia altera completamente o modelo de proteção social adotado pelo Estado brasileiro, desvirtuando a perspectiva de universalidade e integralidade plenas¹⁶.

A ocupação militar mais significativa no MS é a da cadeira do próprio ministro, quando, desde a saída de Nelson Teich, o presidente Bolsonaro garantiu a permanência do General Eduardo Pazuello, anunciado dias antes pelo próprio Teich como Secretário Executivo, para que ‘mantivesse a agenda da pasta’. Decorridos quase vinte dias de vacância do cargo, em 2 de junho de 2020, Pazuello foi nomeado ministro interino da saúde.

Pazuello, que também não possui nenhuma trajetória na área da saúde, foi apresentado pelo governo como um especialista em logística, porém posteriormente foi revelado que o general não possuía nenhuma formação nesta

área (JDB1 – *quadro 1*) e o próprio assumiu, alguns meses após sua nomeação, que “*nem sabia o que era o SUS*”.

Como prova de fidelidade a Bolsonaro, quiçá como grande cartada para a sua alçada à titularidade definitiva no MS, Pazuello lançou, 5 dias após a sua assunção enquanto ministro interino, o protocolo contendo a indicação de utilização de cloroquina, incluindo dosagens em casos leves a graves da Covid-19. Ao longo do dia, o MS foi questionado sobre a politização do assunto e como resposta foi publicada uma Nota Informativa assinada por todos os secretários do MS, em uma tentativa de passar uma imagem de respaldo técnico para a ação. A curiosidade fica por conta do fato de que a nota, contendo 11 páginas de conteúdo técnico extremamente detalhado (apesar das frágeis evidências científicas), foi assinado por todos os secretários no intervalo entre 20:36 e 23:36 horas da noite do mesmo dia de lançamento do protocolo, que ocorreu pela manhã.

Outro ‘trunfo’ de Pazuello foi a tentativa de ocultação dos números de casos e mortes notificadas ao MS e divulgadas pela instituição. Sabidamente o ministro estava alinhado com declarações do presidente que vinha acusando ministros anteriores de forjarem dados e pressionando o MS e até mesmo a Agência Brasileira de Inteligência (Abin) para modificarem os dados e sua forma de apresentação, inconformado com a queda de sua popularidade em consequência da elevação nos números (COB2; VEC1 – *quadro 1*). O presidente chegou a incitar apoiadores a invadirem hospitais e Unidades de Terapia Intensiva (UTI) para verificarem se eram reais os altíssimos números de internados em todo o País (YNT1 – *quadro 1*). Isso de fato ocorreu, infelizmente, incluindo casos em que deputados estaduais invadiram hospitais e agrediram trabalhadores que cuidavam dos pacientes internados (YNT1 – *quadro 1*).

Pazuello passou a apresentar no painel virtual público apenas o número de mortes das últimas 24 horas, ao invés do consolidado da pandemia, tendo sido retirados os coeficientes de incidência

de contaminação e óbitos, a taxa de letalidade da Covid-19 e a ferramenta de download dos dados, essencialmente para a realização de análises estatísticas (G15 – *quadro 1*). Além disso, o boletim diário passou a ser divulgado depois da exibição do telejornal de maior audiência no País, produzido por uma rede de televisão considerada pelo Presidente como uma grande inimiga sua (ASC1 – *quadro 1*). Apesar do MS receber ordem judicial do STF para a retomada do sistema anterior de computação dos casos, a desmoralização do sistema de informação do MS já se consolidara, culminando com a criação de uma plataforma conjunta, produzida pela imprensa, pesquisadores e gestores estaduais, a partir de dados dos sistemas descentralizados de informações do SUS (ASC1 – *quadro 1*).

O militarismo representado por Pazuello ainda implementou uma ‘linha dura’ no MS, com uma política de medo e perseguição a servidores, atrapalhando o trabalho técnico. Segundo nota enviada aos servidores pela comissão de ética do MS, “que apenas cumpre ordens”, redes sociais seriam monitoradas, devendo “ser usadas com cuidado” (COB3 – *quadro 1*). Servidores que atuavam próximos ao ministro foram obrigados a assinar um termo que pudesse enquadrá-los na Lei de Segurança Nacional, sancionada à época da ditadura militar, com caráter intimidatório (COB4 – *quadro 1*).

Além disso, apesar da existência de lei instituindo obrigatoriedade do uso de máscaras de proteção individual em espaços públicos e privados, não era raro encontrar dirigentes do MS não utilizando o equipamento, inclusive dentro do próprio Ministério (FSP1; POD1 – *quadro 1*). Enquanto isso, um grande número de servidores estava positivo – inclusive o próprio ministro Pazuello – e, em janeiro de 2021, o MS informou ter recebido 228 atestados médicos de servidores com Covid-19, sendo que neste número não estão inclusos trabalhadores terceirizados e bolsistas, que são maioria no MS. Em março de 2021, três óbitos foram relatados na instituição (COB5; G16; ESP3 – *quadro 1*).

Enquanto marchava seguindo fielmente a cartilha de Bolsonaro na tentativa de apresentar à sociedade alternativas milagrosas de cura, Pazuello recebeu um grupo de interessados em promover a aplicação retal de ozônio como terapia da Covid-19, fato cujo desfecho foi da vocalização de piadas homofóbicas por parte do próprio presidente (ESP4; MTP1 – *quadro 1*).

A cortina de fumaça de cloroquina e a tragédia amazonense

Detentor de grande admiração e seguidor político-ideológico do então presidente dos EUA (Donald Trump), Bolsonaro, da mesma forma que o americano, ensaiou uma saída da OMS a acusando de agir motivada por ideologias políticas ao emitir alertas e orientações sobre enfrentamento à pandemia (COB6 – *quadro 1*). Numa clara evidência da inércia de reciprocidade na relação entre os presidentes, ou até mesmo de menosprezo por parte do governo americano, Trump afirmou que continuaria a remeter parte dos 66 milhões de comprimidos de cloroquina ao Brasil, mesmo após a FDA revogar a autorização para a utilização da droga no País pela sua ineficácia e riscos associados ao uso (FSP2 – *quadro 1*).

A esta altura, a quantidade de cloroquina distribuída pelo governo brasileiro aos estados chegou a quintuplicar nos meses coincidentes com a recepção de cerca de 3 milhões de comprimidos doados pelo governo americano e por uma empresa brasileira. O MS alegou que essa distribuição acontecia sob demanda dos estados, o que foi negado pelas secretarias estaduais, que se viram na obrigação de devolvê-los ao MS para não arcarem com os custos do fracionamento do medicamento, necessário à distribuição na apresentação recebida, ou da perda de validade e consequente descarte dos mesmos (ESP5; FSP2; G17 – *quadro 1*).

Compondo o cenário, o isolamento do País se firmava por meio do fechamento das fronteiras americanas a brasileiros no momento em que a OMS passou a considerar o Brasil como epicentro da pandemia na América

Latina, evidenciando o não incomum descrédito na capacidade do governo brasileiro em dar resposta à crise política e sanitária, o que maculou a crença do governo brasileiro no que era considerado seu principal modelo de política pública, o modelo americano⁷.

À medida que o MS sob gestão de Pazuello tentou avançar na promoção e distribuição da cloroquina, o Tribunal de Contas da União divulgou relatório apontando a ausência de diretrizes estratégicas por parte do comitê de enfrentamento à crise do governo federal, criado em março de 2020. O relatório apontou, ainda, que apesar de haver previsão de membros do MS no comitê, não havia garantia de que profissionais da área da saúde estivessem ocupando estas cadeiras, tendo em vista que os cargos do alto escalão do MS não vinham sendo ocupados por profissionais com essa formação (G18 – *quadro 1*).

Posteriormente, o Conselho Nacional de Saúde, maior órgão do controle social no SUS, apontou a não utilização de 5,6 bilhões de reais que deveriam ser utilizados pelo MS no combate à pandemia, dos quais aproximadamente 75 milhões não poderiam mais ser utilizados devido ao fato de que as medidas provisórias que os originaram não haviam sido convertidas em lei, pela inação do governo junto ao Congresso Nacional (G19 – *quadro 1*).

Seguindo os fatos que colocavam em xeque a experiência de Pazuello em logística, apesar dos constantes anúncios de testagem em massa no País, o MS distribuía baixíssima quantidade de testes, alcançando apenas 20% da capacidade de testes previstos para julho de 2020, um dos períodos de pico da pandemia. Além disso, foram entregues testes faltando reagentes, chegando a cerca de 10 milhões de testes cujo uso se encontrava impossibilitado pela falta do insumo (ESP6; ESP7 – *quadro 1*).

Posteriormente, outros 6,8 milhões de testes, com custo de 290 milhões de reais, foram encontrados estocados em um galpão do aeroporto de Guarulhos (SP), prestes a perder a validade, sem ser distribuídos aos municípios (G110 – *quadro 1*). Outro relatório,

da Controladoria Geral da União, identificou que, ao longo de 2020, não foi identificada a entrega de pelo menos 336 respiradores utilizados no tratamento de pacientes de Covid-19 em UTI, com valor equivalente a 18 milhões de reais. No mesmo relatório foi apontada ainda a inutilização de 30 toneladas de medicamentos por má gestão, no valor de cerca de 170 milhões de reais, estocados pelo MS (CNN1 – *quadro 1*). Enquanto isso, estratégias reconhecidamente eficientes para auxiliar na contenção da pandemia, como a testagem em massa da população, não eram colocadas em prática e pessoas vinham a óbito por falta de leitos de UTI, para os quais os respiradores eram indispensáveis.

Nesse contexto, no início de 2021 ocorre em diversos estados do País um colapso generalizado do sistema de saúde pela alta no número de casos e internações. No estado do Amazonas a situação se tornou ainda mais crítica pelo desabastecimento de oxigênio nas unidades hospitalares, levando um grande número de pessoas a agonizarem asfixiadas pela ausência ou pela redução do fluxo do gás que lhes era fornecido, na tentativa de economizá-lo (G111 – *quadro 1*). Tal fato levou 19 pessoas à morte em uma só noite (entre 13 e 14/01/21), sem contar a grande quantidade de pessoas acometidas com sequelas permanentes por hipóxia (CDD1 – *quadro 1*).

O governo federal foi então responsabilizado pela falta do oxigênio (G112 – *quadro 1*), pois desde o dia 08 de janeiro de 2021, conforme informação da própria Advocacia Geral da União (AGU), tanto a empresa fornecedora quanto o governo do estado já haviam comunicado formalmente ao MS acerca da incapacidade de suprir a crescente demanda pelo gás. O próprio ministro Pazuello esteve na capital, no dia 11 de janeiro, em agenda de lançamento do plano de enfrentamento à Covid-19 no estado, momento em que chegou a referir ciência do problema, entretanto não tomou nenhuma medida para evitar o caos, sendo apenas enviadas pequenas remessas de cilindros do gás em voos da força aérea

brasileira (FSP3; COB7; NEX2 – *quadro 1*).

Na oportunidade da visita, o ministro insistiu na defesa do tratamento precoce com a ineficaz cloroquina como forma de resolução do problema, tendo, inclusive, em 14 de janeiro de 2021, enviado 120 mil comprimidos da droga ao estado. Enquanto isso, Bolsonaro dizia ter feito a sua parte, e dias antes, parlamentares da base e familiares do presidente comemoraram o recuo na promoção do *lockdown* pelo governo do estado (CNN2; NEX2 – *quadro 1*).

A atenuação do problema somente se deu por meio da remoção de pacientes para outros estados, mesmo que tardiamente, iniciada em 15 de janeiro, e pelas doações de dinheiro e de oxigênio por parte de trabalhadores do SUS, voluntários de todo o País e até mesmo governos de outros países, como o da Venezuela, com o qual Bolsonaro não mantinha relação amistosa (CNN2; NEX2 – *quadro 1*). Também no dia 15 chegou à capital do estado o primeiro carregamento de tanques de oxigênio que há dias aguardavam o transporte do estado de São Paulo (SP) (FSP3; COB7; NEX2 – *quadro 1*).

Tamanha foi a crise e o desgaste público causado pela inaptidão de Pazuello na resolução da catástrofe ocorrida no Amazonas que o presidente precisava dar uma resposta pública à altura, assim, o então ministro foi exonerado em 23 de março de 2021. Entretanto, levando em conta seu histórico de equívocos à frente da Pasta e as constantes defesas públicas de seu nome pelo presidente da República, ficou evidente que Pazuello representou apenas um nome capaz de cumprir todas as ordens do presidente sem qualquer questionamento, ou seja, alguém fiel ao presidente Acima de Tudo, inclusive acima da vida da população brasileira.

Mais do mesmo

Novamente, Bolsonaro se encontrou na posição de buscar alguém que desse sequência ao trabalho de Pazuello, sendo fiel à sua cartilha. Por ser o quarto ministro da saúde a ocupar o cargo em meio à gravidade da

pandemia, o presidente optou por um nome da área da saúde. A primeira escolha não foi exitosa, tendo em vista a negativa pública de uma cardiologista e acadêmica indicada pelo presidente da Câmara dos Deputados. A profissional, que recebeu ameaças de morte por ter se negado a ocupar o cargo, após reunião com o presidente, justificou a recusa por motivos técnicos e por ter sua vida pautada na ciência (CNN3; COB8 – *quadro 1*).

Então, o cardiologista Marcelo Queiroga, indicado por um dos filhos do presidente, assumiu o MS na mesma data em que saiu a exoneração oficial de Pazuello. Queiroga, que anteriormente se posicionava contra a cloroquina e a favor do isolamento social, após a nomeação adotou tom ameno, evitou críticas à posição do governo, elogiou a gestão de Pazuello e afirmou que “a política é do governo Bolsonaro e não do ministro da saúde... o ministro executa”, que “não pode ser política de governo fazer *lockdown*” e que médicos têm autonomia para prescrever o tratamento precoce (CNN4; CNN5; CNN6 – *quadro 1*).

Queiroga anunciou, em seguida, a criação de uma secretaria especialmente voltada ao combate à pandemia (COB9 – *quadro 1*), o que aconteceu cerca de 45 dias após o anúncio e, para seu comando, foi indicada uma infectologista e epidemiologista com formação e experiência na resposta a pandemias. Uma semana após seu anúncio, Bolsonaro ordenou a exoneração da profissional pela irredutibilidade em sua posição contrária à utilização de cloroquina. Na nota de exoneração, o MS afirmou que seguiria à procura de ‘outro nome com perfil profissional semelhante: técnico e baseado em evidências científicas’ (G113; MTP2; MTP3; G114 – *quadro 1*).

Queiroga também teve que lidar com o problema da falta de anestésicos injetáveis, relaxantes musculares e sedativos utilizados na intubação de pacientes hospitalizados nos estados, incluindo-se em hospitais de gestão federal. Nesse período, o Brasil alcançava o pico histórico de casos e internações por Covid-19. O Centro de Operações de Emergência do MS

já havia emitido alertas desde maio de 2020 sobre a iminência deste desabastecimento, contudo, o MS continuava a priorizar a distribuição de cloroquina (ESP8 – *quadro 1*).

Trabalhadores, gestores e várias entidades profissionais de diversos estados cobravam resolução para a situação de desabastecimento dos medicamentos, inclusive alertando da necessidade de buscá-los no mercado internacional. Mas as medidas adotadas pelo MS e até mesmo pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) foram insuficientes e o desabastecimento perdurou em algumas unidades, até que a curva de casos reduzisse significativamente como resultado do início da vacinação (ESP8; G115; G116 – *quadro 1*).

Também na gestão de Queiroga foram identificadas perdas de insumos e medicamentos por má gestão no MS, com conhecimento do ministro. Apenas considerando testes de Covid-19 estocados no aeroporto de Guarulhos (SP) com validade expirada, foram desperdiçados 77 milhões de reais, isso sem contar os medicamentos, testes rápidos e vacinas de outras doenças (ESP9 – *quadro 1*).

Com o início da redução no número de mortes por Covid-19 no País em decorrência da vacinação^{17,18} iniciada em 17 de janeiro de 2021, Bolsonaro passou a pressionar o MS para que emitisse parecer indicando a desobrigação do uso de máscaras por vacinados e pessoas que já haviam contraído o vírus (COB10 – *quadro 1*). As exigências de Bolsonaro incomodaram o ministro, que afirmou internamente que a suspensão da obrigatoriedade do uso de máscaras poderia impulsionar a disseminação do vírus pelo País, já que mesmo pessoas vacinadas e/ou que já tiveram a doença poderiam contrair o vírus novamente. Entretanto, ao saber do descontentamento do presidente com sua resistência, Queiroga passou a afirmar que “em breve teremos a desobrigação de usar máscaras” (MTP4; COB11 – *quadro 1*).

Em setembro de 2021, retratando bem a postura do governo no enfrentamento à pandemia de Covid-19, ao menos 4 membros da comitiva presidencial que viajou à Assembleia

Geral da ONU, em Nova York, testaram positivo para o vírus (entre eles, Queiroga) e tiveram que permanecer em quarentena nos EUA antes de retornar ao Brasil. Frequentemente, os membros da comitiva eram vistos em passeios pela cidade sem a utilização de máscaras. Ainda, o presidente e sua comitiva tiveram que fazer refeições na rua por terem sido impedidos de entrar no restaurante do evento por afirmarem não ter sido vacinados – apesar de Bolsonaro ter imposto sigilo de até 100 anos em seu cartão de vacinação (COF1; UOL2; G117 – *quadro 1*).

Vacinação – do planejamento à CPI

Em princípio, é necessário destacar o processo de desqualificação e perda de protagonismo do Programa Nacional de Imunizações (PNI) ao longo da pandemia. Com quase 50 anos de existência, o PNI é internacionalmente premiado e se destaca historicamente, em termos de formulação, gestão e logística, sendo totalmente capaz de conduzir desde a negociação com fabricantes até a vacinação e respectiva vigilância (ESP2 – *quadro 1*). Entretanto, desde 2015 tem sido observada queda constante nas coberturas vacinais¹⁸.

Como a imunização é a principal estratégia reconhecidamente efetiva para reduzir o número de casos, é importante salientar que a equipe técnica do PNI foi excluída do debate sobre a vacinação contra Covid-19, o que justifica as diversas falhas identificadas no plano de vacinação. Além disso, o PNI passou por longo período sem coordenação ou com coordenadores sem qualquer experiência em imunizações, enquanto os coordenadores qualificados que passaram pelo programa se demitiram ou foram demitidos por conta da politização da pauta. Também influenciou no desempenho do programa a ausência de um esforço governamental em termos de comunicação sobre vacinas, além da fragilização da APS, centralmente pelas mudanças na composição de equipes, do modelo de financiamento e o fim do Programa Mais Médicos. Por fim, as falas do presidente desqualificando a vacina,

desincentivando a vacinação e afirmando não a ter tomado (MTP5; VEJ2; ESP2; ESP10; FSP4 – *quadro 1*).

Antes mesmo de o Brasil ter disponível a primeira dose de vacina, o MS enfrentava dificuldades em adquirir seringas e agulhas para a aplicação dos imunizantes. Ao final de dezembro de 2020, apenas 2,4% do total de 331 milhões desses insumos haviam sido adquiridos pelo órgão devido a erros no processo de compras (ODI1; UOL3 – *quadro 1*).

Também no início de dezembro de 2020, o MS ainda não havia apresentado qualquer plano que orientasse o processo de aquisição ou aplicação de vacinas no País. Somente após cobranças na Câmara dos Deputados e determinação pelo STF, o MS finalmente o fez (G118 – *quadro 1*). Entretanto, o plano foi considerado como parcial e equivocado por parte de entidades e profissionais da área, não havendo clareza, por exemplo, dos grupos prioritários e de quando a vacinação destes começaria (G119 – *quadro 1*).

Além disso, os pesquisadores convidados para participar das reuniões de discussão do plano tiveram suas participações limitadas, com microfones cortados e perguntas não respondidas. Em que pese este fato, o plano foi enviado ao STF contendo os nomes dos pesquisadores que sequer haviam tido acesso prévio ao documento, tomando conhecimento de sua existência apenas pela imprensa (G120; FIM1 – *quadro 1*).

A aquisição de vacinas pelo Brasil se deu de maneira letárgica e envolta em processos de corrupção e incompetência. Desde agosto de 2020, o MS havia recebido proposta de venda de 70 milhões de doses de vacinas com início das entregas previsto para o mesmo ano. Entretanto o MS sequer respondeu a qualquer uma das 3 tentativas de contato do fabricante para a negociação, retardando o início da vacinação no País, o que poderia ter minimizado a maior onda de casos e mortes iniciada no mês de março de 2021, quando o contrato com a mesma fabricante foi finalmente assinado (BBC2 – *quadro 1*).

O descompromisso foi tamanho que até mesmo um reverendo e sua instituição religiosa, alheios ao MS, foram autorizados a negociar um total de 400 milhões de doses de vacinas com uma empresa americana. O valor da dose nessa negociação era de 17,50 dólares, valor três vezes superior ao pago pelo próprio MS em negociação direta pela mesma vacina, com um laboratório indiano (UOL4; G121 – *quadro 1*).

Ainda na ocasião dessa negociação feita pelo reverendo, posteriormente foi revelado que o diretor de logística do MS, considerado muito próximo à Presidência da República e apadrinhado político pelo líder do governo na Câmara dos Deputados, exigiu o pagamento de propina no valor de 1 dólar por cada dose negociada. Na cotação da época em que o pedido foi feito isso equivaleria a aproximadamente 2,2 bilhões de reais. Encontram-se ainda em andamento outras investigações sobre corrupção na aquisição de vacinas envolvendo agentes do MS (UOL4; FSP5; G122 – *quadro 1*).

Bolsonaro também desautorizou Pazuello de proceder com a intenção de compra de uma vacina produzida por um laboratório chinês, chegando também a causar conflitos diplomáticos e comerciais com comentários xenofóbicos pela origem da vacina (AGB1 – *quadro 1*). O presidente afirmou que não compraria a vacina chinesa mesmo ela sendo aprovada pela Anvisa e comemorou em uma rede social a suspensão dos testes pela instituição, em decorrência da morte de um dos voluntários, que posteriormente soube-se tratar de um suicídio (OGL3; EXT1 – *quadro 1*).

Ainda houve uma tentativa do MS de aprovar o plano de imunizações constando apenas previsão de vacinação com vacina de outro laboratório, sabidamente insuficiente para cobrir toda a população brasileira (FIM1 – *quadro 1*). Bolsonaro, que sempre sustentou ser contra as medidas de isolamento social por defender que a economia do País não poderia parar, também retardou a única medida sanitária que poderia promover a retomada da atividade econômica em 2021 (VEC2 – *quadro 1*).

O embate que o governo travou contra a vacina chinesa agravou-se também pelo fato de que a parceria efetivada no Brasil com o laboratório fabricante havia sido feita por meio de um Instituto vinculado ao governo do estado de São Paulo, cujo governador era um dos políticos que rompeu com o presidente após o início da pandemia e que se colocou como pré-candidato ao cargo de Bolsonaro nas eleições de 2022. No fim das contas, apesar de Pazuello ter afirmado que todos os estados teriam início da vacinação simultaneamente e ter enviado ofício ao Instituto paulista pedindo o confisco de doses para isso (REF1; DPE1 – *quadro 1*), a disputa pelo marketing eleitoral foi vencida pelo governador, que aplicou a primeira dose de vacina em um cidadão brasileiro em seu estado, em uma cerimônia sem a participação do governo federal.

Tendo em vista a relutância e improficiência do governo federal para adquirir vacinas e promover a conscientização da população acerca da necessidade de vacinação, governos estaduais e municipais começaram a fazer movimentos de compras individuais e articuladas (como feito pelo Consórcio Nordeste), bem como suas próprias campanhas publicitárias incentivando a vacinação, além da instituição da vacinação como obrigatória para o acesso a uma série de órgãos e serviços da administração pública e da iniciativa privada¹⁸.

Para isso, Bolsonaro sofreu duas derrotas no STF: o reconhecimento da constitucionalidade de obrigatoriedade da vacina, podendo ser determinada pela União, estados ou municípios; o reconhecimento de que estados e municípios poderiam fazer a aquisição e distribuição de imunizantes em caso de falhas no PNI ou insuficiência de doses (CJU1; AGB2 – *quadro 1*).

Após estas subseqüentes derrotas jurídicas e políticas do governo, vendo diversos países avançarem no processo de vacinação, inclusive alguns outrora negacionistas como os EUA, as diligências para a aquisição de vacinas começaram a fluir. Pazuello se esforçava então para passar uma imagem de que haviam adiantadas negociações e compras em grande quantidade,

porém fora desmentido diversas vezes pelos fabricantes e pelas circunstâncias (REF2; G123; ESP11 – *quadro 1*). O ministro perguntou então em um discurso “pra que essa ansiedade, essa angústia?” para o início da vacinação. A essa altura o vírus já havia matado mais de 100 mil brasileiros (VEJ3 – *quadro 1*).

Quando, após todos esses percalços, o MS passou a receber de forma gradativa vacinas de diferentes laboratórios (como é comum na logística de vacinação no MS), foram cometidos subsequentes equívocos quanto a orientação para uso e distribuição dos imunizantes, o que acarretou em retardo ainda maior do calendário vacinal e até mesmo a aplicação de milhares de doses de vacinas vencidas (G124; FSP6; G125; FSP7 – *quadro 1*).

Com o avançar da vacinação, a pedido de Bolsonaro, Queiroga reviu a orientação dada pelo MS nos dias anteriores e desorientou a vacinação de adolescentes sem comorbidades, o que causou ainda maior tensão entre gestores e principalmente entre pais e responsáveis por esse público que já havia se vacinado ou que pretendia fazê-lo. A atitude de Queiroga causou manifestações do Conass, Conasems e diversos representantes de entidades que fazem parte da Câmara Técnica Assessora de Imunização Covid-19 do MS, que ameaçaram deixar o órgão assessor caso o ministro não se retratasse. A grande maioria dos estados e municípios resolveu ignorar a nova orientação dada por Queiroga e seguiram vacinando os adolescentes normalmente (OGL4; COB12; PBH1 – *quadro 1*).

Em dezembro de 2021, sobretudo por conta das incertezas relacionadas à variante ômicron do vírus, a Anvisa passou a recomendar ao governo brasileiro a exigência do chamado ‘passaporte vacinal’ para viajantes que pretendam entrar no Brasil. Bolsonaro novamente se posicionou contrariamente à medida, então Queiroga propôs, para aliviar as cobranças, apenas a realização de quarentena de 5 dias para quem chegasse ao País. Segundo o ministro, “às vezes é melhor perder a vida do que perder a liberdade” (G126; G127 – *quadro 1*).

Diante dos ‘desacertos’ do governo federal, a partir de janeiro de 2021, senadores entraram com pedido de abertura de Comissão Parlamentar de Inquéritos (CPI) no intuito de apurar as ações e omissões do governo na gestão do enfrentamento à pandemia. Entretanto, o presidente do Senado, que foi apoiado por Bolsonaro na eleição da presidência da Casa, retinha e questionava o mérito do pedido. Somente após determinação do STF o pedido foi acatado pelo Senado, em abril de 2021 (G128 – *quadro 1*).

Após quase seis meses de trabalho, cerca de 50 depoimentos, 251 quebras de sigilo e mais de 60 reuniões, o relatório final da CPI foi aprovado pedindo o indiciamento de 77 pessoas (incluindo ex-ministros, ministros, políticos, servidores públicos, empresários e membros do gabinete paralelo), além do presidente da República e duas empresas (AGS1 – *quadro 1*).

Em linhas gerais, os 15 macro assuntos principais investigados pela CPI foram: gabinete paralelo; imunidade de rebanho; tratamento precoce; oposição às medidas não farmacológicas; falsa alegação de supernotificação de casos; recusa e atraso na aquisição das vacinas; crise do estado do Amazonas; o caso da vacina indiana; hospitais federais do Rio de Janeiro; caso de corrupção em contratos do MS, desde 2018, com operadora de logística; análise orçamentária da pandemia no Brasil; negligência do governo na atenção aos indígenas; impactos da pandemia sobre mulheres, população negra e quilombolas; desinformação na pandemia (*fake news*); empresa de planos privados de saúde acusada de realizar testes com a cloroquina em pacientes com o apoio do governo e de esconder óbitos relacionados aos testes, entre outros (POL1 – *quadro 1*).

Três dos principais membros do governo com indicativo de investigação pelo relatório final da CPI foram: Bolsonaro – acusado de homicídio qualificado, crime contra a humanidade, charlatanismo, incitação ao crime, prevaricação, infração de medida sanitária preventiva, falsificação de documento particular e emprego irregular de verbas públicas,

genocídio de indígenas, violação de direito social e incompatibilidade com dignidade e honra e decoro do cargo; Eduardo Pazuello – homicídio qualificado, emprego irregular de verbas públicas, prevaricação, comunicação falsa de crime, genocídio de indígenas, crime contra a humanidade; e Marcelo Queiroga – epidemia culposa com resultado em morte e prevaricação (FSP8 – *quadro 1*).

Considerações finais

O presente trabalho buscou apresentar uma contextualização acerca da atuação da direção do MS, em sua relação com a Presidência da República, no enfrentamento à pandemia de Covid-19. Em momentos de tamanha complexidade multifatorial vivenciada pelas sociedades tal como a pandemia, a sociologia compreensiva concebe a essencialidade de se preservar as singularidades dos atos e das situações para uma melhor apreensão da experiência social, e dos sentidos que emergem das ações humanas.

Com base no material analisado, depreende-se que um conjunto de medidas negacionistas e equivocadas sob diversos aspectos – rotatividade de ministros da saúde; fragilização do financiamento e da atuação regular da APS; colapso da rede assistencial; ruptura do pacto federativo do SUS e conflituosidade nas relações com estados e municípios; inércia, corrupção e morosidade no processo de compra e distribuição de vacinas; descaso com a ciência; debilitação da estratégia de testagem e distribuição de insumos; militarização da saúde; opacidade e desacreditação das informações em saúde; descoordenação da política de enfrentamento à pandemia; dentre outros – fortemente orquestradas pelo presidente da República, culminaram em prejuízos ao bom desempenho do MS em sua função de coordenar nacionalmente a política de enfrentamento

à Covid-19 e, conseqüentemente, ao bom desempenho geral do País neste sentido.

Tendo sido superado ao custo de milhares de vidas o processo de negligência por parte do governo brasileiro na aquisição dos imunizantes, o empenho de trabalhadores e gestores da APS na operacionalização da vacinação permitiu que o número de casos e óbitos diários, que já chegou próximo a 100 mil e 4.200, respectivamente, nos primeiros 5 dias de outubro de 2022 reduzissem para cerca 7 mil casos e 100 mortes diárias⁵.

Ao perceber, por meio deste estudo, que o desgoverno brasileiro contribuiu fortemente com a atribuição ao País de uma das maiores taxas de mortalidade por Covid-19 no mundo, e que essas mortes refletem o processo histórico de acirramento das desigualdades no País, incidindo fortemente sobre populações socialmente marginalizadas, é possível concluir que ao longo da pandemia esteve em curso uma necropolítica no Brasil.

Espera-se que o presente trabalho contribua com a construção de aprendizados fundamentais para a reedificação das instituições gestoras e para a história do SUS, possibilitando não apenas a superação desta pandemia, mas também das que ainda estão por vir. Gestores, políticas e políticos do atual governo e dos próximos demandarão de ciência e de experiência para que sua população, sobretudo os segregados pela raça, gênero ou classe social não seja dizimada por asfixia social.

Colaboradores

Brandão CC (0000-0001-8201-1130)*, Mendonça AVM (0000-0002-1879-5433)* e Sousa MF (0000-0001-6949-9194)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- Greer SL, King EJ, Fonseca EM, et al. Coronavirus politics: the comparative politics and policy of covid-19. Michigan: University of Michigan Press; 2021.
- Oliveira e Cruz DM, Carvalho LF, Costa CM, et al. Centro de operações de emergência na COVID-19: a experiência do município do Rio de Janeiro. *Rev Panam Salud Publica*. 2022; (46):1-5.
- Abrúcio FL, Grin EJ, Franzese C, et al. Combate à covid-19 sob o federalismo bolsonarista: um caso de descoordenação intergovernamental. *Rev. Adm. Pública*. 2020; 54(4):663-77.
- Nuclear Threat Initiative, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Global health security index: building collective action and accountability. 2019. [acesso em 2021 dez 5]. Disponível em: <https://www.ghsindex.org/wp-content/uploads/2019/10/2019-global-health-security-index.pdf>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Painel coronavírus. Brasília, DF. [acesso em 2021 dez 1]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>.
- Weber M. A utilização dos tipos ideais em sociologia. In: Bourdieu P, Chamboredon JC, Passeron JC. *A profissão de sociólogo. Preliminares epistemológicas*. Petrópolis: Vozes; 1999. p. 222-8.
- Maffesoli M. *O conhecimento comum: introdução à sociologia compreensiva*. Trinta AR, tradutor. Porto Alegre: Sulina; 2007.
- Sodré F. Epidemia de covid-19: questões críticas para a gestão da saúde pública no Brasil. *Trab. Educ. Saud*. 2020; 18(3):1-12.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o programa previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da atenção primária à saúde no âmbito do sistema único de saúde, por meio da alteração da portaria de consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. [acesso em 2021 dez 10]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>.
- De Seta MH, Ocké-Reis CO, Ramos AIP. Programa previne Brasil: o ápice das ameaças à atenção primária à saúde? *Ciênc. saúde coletiva*. 2021; 26(supl2):3781-6.
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Telesus. 2020. [acesso em 2021 dez 10]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/apc/corona/telesus>.
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Manual instrutivo do financiamento da atenção primária à saúde. 2021. [acesso em 2022 out 7]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_financiamento_aps.pdf
- Santos BS. *A cruel pedagogia do vírus*. 1. ed. São Paulo: Boitempo; 2020.
- Souza DO. A militarização do ministério da saúde no Brasil: passos rumo ao retrocesso em plena pandemia. *Rev. Urug. Cienc. Polit*. 2020; 29(2):33-54.
- Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; Rede Unida; Rede Nacional de Médicas e Médicos Populares; Associação Brasileira de Enfermagem. Nota de repúdio à ocupação militar do Ministério da Saúde! [acesso em 2021 set 15]. Disponível em: <http://cebes.org.br/2020/05/nota-de-repudio-a-ocupacao-militar-do-ministerio-da-saude/>.
- Giovanella L, Mendoza-Ruiz A, Pilar ACA, et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciênc. saúde coletiva*. 2018; 23(6):1763-76.

17. Faria CD, Neto FARS, Machado YJ. Relação entre a vacinação contra a Covid-19 e a mortalidade no Brasil. *Braz J Glob. Health*. 2021; 2(1).
18. Fleury S, Fava VMD. Vacina contra Covid-19: arena da disputa federativa brasileira. *Saúde debate*. 2022; 46(esp1):248-64.

Recebido em 30/10/2021
Aprovado em 30/01/2023
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

O Fundo de Saúde e sua apropriação pelas Organizações Sociais no município de São Paulo

The Health Fund and its appropriation by Social Organizations in the municipality of São Paulo

Daniele Correia¹, Áquilas Mendes^{1,2}

DOI: 10.1590/0103-1104202313705

RESUMO Discute-se o Fundo de Saúde do município de São Paulo, destacando a apropriação dos seus recursos pelo setor privado, especialmente pelas Organizações Sociais (OS). Para tanto, a primeira parte apresenta os fundamentos mais gerais do Fundo Público. A segunda parte analisa a trajetória histórica do Fundo Municipal de Saúde e a utilização de seus recursos, em grande medida, para o financiamento da atenção básica, via Programa de Saúde da Família, executado pelas OS. A terceira apresenta as características das OS, analisando a evolução da apropriação dos recursos do Fundo de Saúde entre 2011 e 2021. Percebe-se que os recursos do Fundo de Saúde passam a ser cada vez mais apropriados por essas entidades de caráter privado, apresentando uma tendência de crescimento, alcançando um patamar de 89,2% do total dos recursos em 2021. Desse modo, constata-se o movimento de mercantilização implícita, marcado pela lógica de ampliação dos mecanismos de mercado no Sistema Único de Saúde municipal.

PALAVRAS-CHAVE Sistema Único de Saúde. Política de saúde. Fundo de Saúde. Parcerias Público-Privadas. Orçamentos.

ABSTRACT *The Health Fund of the municipality of São Paulo has been discussed, highlighting the appropriation of its resources by the private sector, especially by Social Organizations (OS). To this end, the first part presents the more general foundations of the Public Fund. The second part analyzes the historical trajectory of the Municipal Health Fund and the use of its resources, to a large extent, to finance primary care, via the Family Health Program executed by the OS. The third part presents the characteristics of the OS, analyzing the evolution of the appropriation of resources of the Health Fund between 2011 and 2021. It can be seen that the Health Fund resources are increasingly appropriated by these private entities, with a growing trend, reaching a level of 89.2% of total resources in 2021. Thus, the movement of implicit mercantilization is verified, marked by the logic of expansion of market mechanisms in the municipal Unified Health System.*

KEYWORDS *Unified Health System. Health policy. Health Fund. Public-Private Sector Partnerships. Budgets.*

¹Universidade de São Paulo (USP) - São Paulo (SP), Brasil.
daniele.correia@usp.br

²Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) - São Paulo (SP), Brasil.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS), embora o consideremos como a política pública e social de maior envergadura e cobertura à população brasileira, vem se implantando no contexto contraditório do modo de produção capitalista, de contínuas contrarreformas e submetido cada vez mais à lógica privada no interior dos serviços públicos. O distanciamento do projeto da Reforma Sanitária Brasileira se expressa de forma contundente pelo reconhecimento do direito de exploração da assistência à saúde como negócio lucrativo pela iniciativa privada, referendado pelo artigo 199 da Constituição Federal.

Desde os anos 2000, no município de São Paulo, grande parte dos serviços da política de saúde pública passa a ser executada pelas Organizações Sociais (OS), havendo uma crescente apropriação do fundo público por essas entidades privadas. A partir de então, observa-se a emergência de um espaço estratégico de mercado na saúde para a nova racionalidade do mundo do capital, a neoliberal, relacionada com a própria fase do capitalismo em crise¹. Verifica-se a presença de novas formas de atuação do Estado, por meio da introdução de mecanismos de mercado.

Ademais, cabe frisar que o fundo público no município de São Paulo vem sendo extraído por uma lógica de utilização de instituições que não são públicas em seu sentido estrito. Urge ressaltar, sobretudo, que o fundo público vem sendo apropriado pelos processos de ‘mercantilização’, por meio das OS, em que grande parte do orçamento do SUS municipal é destinada a essas modalidades de gestão privada, ampliando sua presença no financiamento ‘interno’, ou seja, na distribuição de recursos.

Utiliza-se a expressão ‘mercantilização’ a partir de Ferreira², ao se referir à lógica de ampliação dos mecanismos de mercado nos sistemas públicos de saúde, considerando que a expressão privatização tem um sentido bastante específico, isto é, representa transferência

de propriedade do setor público para o setor privado, o que não é o caso da atuação das OS. Nesse sentido, de acordo com a autora², a expressão ‘mercantilização’ acomoda um sentido mais amplo, qual seja, o aumento da lógica privada dentro dos sistemas públicos de saúde²⁽¹⁴³⁻⁵⁾.

Particularmente, recorre-se ao termo ‘mercantilização implícita’ das ofertas de serviços de saúde associado à incorporação de princípios advindos do setor privado no sistema público, como um financiamento para a atenção à saúde orientado por estabelecimento de metas de produção, estabelecidas nos contratos de gestão do setor público com as OS²⁽¹⁴⁴⁾. Elucida-se que não se trata de uma mercantilização ‘explícita’, porque nessa há um efetivo aumento da presença direta do setor privado, como, por exemplo, na forma de desembolso direto e pagamento de mecanismos de copagamento ou pela contratação de seguros de saúde privados^{3,4}.

Nesse contexto, o objetivo deste texto é analisar o Fundo de Saúde do município de São Paulo, destacando a apropriação dos seus recursos pelo setor privado, especialmente pelas OS. Para tanto, o texto está estruturado em três partes. A primeira apresenta os fundamentos mais gerais do Fundo Público. A segunda parte analisa a trajetória histórica do Fundo Municipal de Saúde (Fumdes) e a utilização de seus recursos, em grande medida, para o financiamento da atenção básica, via Programa de Saúde da Família (PSF), executado pelas OS. A terceira parte apresenta as características das OS, analisando a evolução da apropriação dos recursos do Fundo de Saúde entre 2011 e 2021.

Material e métodos

Trata-se de análise crítica documental e de natureza quantitativa sobre recursos orçamentários e financeiros, objetivando compreender a apropriação do Fundo de Saúde e a participação da esfera privada na rede

de saúde do município de São Paulo. As informações que compuseram a análise realizada foram coletadas junto às informações públicas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS/SP), obtidas por meio de seu sítio eletrônico (<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/>), analisando os Relatórios Anuais de Gestão (RAG), bem como os Relatórios quadrimestrais das Prestações de Contas (informações orçamentárias-financeiras).

A análise documental compreende o período de 2011 a 2021, na qual se aferem duas naturezas de participação da esfera privada na rede de saúde do município: a) por meio de ‘Contratos de Gestão’ com as habilitadas Organizações Sociais da Saúde (OSS), em que estão disponíveis o acesso aos contratos e termos aditivos para execução da política de Saúde nas Redes Assistenciais de Supervisão Técnica de Saúde, divididas em 23 áreas geográficas; b) por ‘Convênios’ e ‘Termos de Fomento’ com OS, sem documentos públicos que circunscrevam em totalidade tais parcerias público-privadas, apresentando descontinuidade, ou seja, altera-se ano a ano.

Os repasses financeiros do Fundo de Saúde do município para as OS e OSS foram levantados por meio das informações dos Relatórios de Prestação de Contas, a fim de se apreender o percentual repassado com relação ao total das despesas com ações e serviços públicos de saúde. Foram utilizados como referencial os valores empenhados (valor que o município reservou em seu orçamento para o repasse após firmar a prestação do serviço), pois há prestações de contas que não apresentam os valores liquidados de repasses para as OS e OSS (após execução dos serviços e considerado valor pago).

Diante dessas considerações, para a análise crítica documental, esta investigação apoiou-se no método do materialismo dialético de Marx acerca da interpretação da realidade, a fim de apreender a totalidade e

a complexidade do objeto, compreendendo suas relações sociais e determinações sócio-históricas. Desse modo, a análise percorreu o objeto dentro de um contexto de transformações ocasionadas pelas crises do capital e de estratégias para a recuperação da taxa de lucro, e de um Estado como dispositivo imprescindível para organização e reprodução da dominação e exploração de classe. Pois,

[...] o objetivo da pesquisa marxiana é, expressamente, conhecer ‘as categorias que constituem a articulação interna da sociedade burguesa’ [...] ‘exprimem [...] formas de modo de ser, determinações de existência, frequentemente aspectos isolados de [uma] sociedade determinada’ – ou seja: elas são objetivas, reais (pertencem à ordem do ser – são categorias ontológicas); mediante procedimentos intelectivos basicamente, mediante a abstração), o pesquisador as reproduz teoricamente⁵⁽⁴⁶⁾.

As categorias que emergem a partir do método materialista dialético, em nossa análise, são utilizadas na seção 1 do artigo e referem-se, principalmente, a: ‘fundo público’, ‘reprodução ampliada do capital’, ‘crise estrutural’ do capital, ‘tendência declinante da taxa de lucro’, ‘capitalismo dependente’, ‘padrão de acumulação’ e ‘circuito ampliado do valor’.

Para apreender essas determinações, a pesquisa de natureza qualitativa buscou aportes de análise da produção teórica do serviço social, economia política e da saúde coletiva, permeada por uma visão de totalidade, analisando a saúde no conjunto das determinações sociais que conformaram a trajetória da política de saúde. São escassas informações sistematizadas e pesquisas que tragam elementos de contestação ao argumento de redução dos gastos públicos com a adoção do modelo de parceria público-privada de gestão no município de São Paulo, o que demonstra relevância para estudos que problematizem esses conteúdos.

Breves considerações sobre os fundamentos do Fundo Público

O fundo público é uma categoria central para a compreensão do *modus operandi* da fase contemporânea do capitalismo, em sua processualidade de reprodução ampliada. Num contexto de crise estrutural e endêmica, é evidente a centralidade do fundo público *pari passu* ao amortecimento dos efeitos deletérios e imediatos da crise, rotando contrariamente à tendência declinante da taxa de lucro, numa configuração de blocos de hegemonia política frente à instabilidade econômica e política permanente na disputa acirrada por sua formação e destinação⁶.

Ao se adensar o debate sobre a categoria fundo público, a partir da crítica marxista da economia política, Behring⁶ chama a atenção para sua relação com o valor e o processo de acumulação de capital. Behring⁶⁽²⁾ argumenta que:

Veremos que em meio às polêmicas, todas no campo da teoria crítica, é possível vislumbrar ao menos um grande consenso: a centralidade cada vez maior do fundo público como expressão da contradição entre o desenvolvimento das forças produtivas e as relações sociais de produção. Nesse contexto, o Estado passa a ser disputado de forma muito mais intensa para que assegure as condições gerais de produção e administre a crise, para além de suas funções repressivas e integradoras (ou de legitimação), cuja importância permanece decisiva. Nessa condição de destruição de forças produtivas comandada pela lógica do valor, da qual faz parte a punção do fundo público para o processo de acumulação, as restrições à democracia e aos direitos tendem a crescer, em compasso com os processos de expropriação e pauperização absoluta e relativa de grandes contingentes da classe trabalhadora.

Em seu surgimento, o fundo público exerceu função ativa nas políticas macroeconômicas

na construção do Estado Social, num contexto de pós-Segunda Guerra Mundial, sendo essencial na esfera da acumulação primitiva e na conformação das políticas sociais, o que lhe confere papel relevante para a manutenção do capitalismo e do contrato social. A funcionalidade das políticas sociais reside na expansão do mercado de consumo, o que viabilizou o compromisso de pleno emprego e proteção social nos países de capitalismo central, entre 1945 e 1975, comparecendo como financiador da reprodução da força de trabalho e de políticas anticíclicas nos períodos de retração econômica⁷.

Na particularidade brasileira, de capitalismo dependente, o fundo público obteve outros contornos e, de modo mais restrito e em outro tempo histórico, conquistou avanços aquém dos já limitados que ocorreram na experiência social-democrata dos países europeus. A construção tardia de uma sociedade fundada no trabalho assalariado e um processo de industrialização insuficiente para assegurar a utilização plena da força de trabalho, reproduzindo ocupações precárias, delineiam característica própria das economias latino-americanas.

Nesse bojo, a conquista de uma Seguridade Social, somente a partir da Constituição Federal de 1988, ampliando os direitos sociais, como saúde, previdência e assistência social, apesar de obter um orçamento constituído por contribuições sociais exclusivas, defronta-se com inúmeras investidas para o seu desmonte – contrarreformas do Estado – advindas do projeto neoliberal. A Seguridade Social torna-se um dos alvos principais de apropriação e destinação de seus recursos ao superávit primário, em detrimento da sua utilização nessas políticas sociais, a fim de valorar e acumular capital vinculado à dívida pública⁷.

Esse padrão de acumulação do capitalismo contemporâneo, particularmente no caso brasileiro, de uma inter-relação entre orçamento fiscal e orçamento da Seguridade Social que conforma o fundo público, denota a arena de luta pelo orçamento público. A Lei Orçamentária Anual (LOA), de 2019, a qual

contém os recursos do orçamento do Estado aprovados pelo Congresso Nacional, expressa os valores em disputa no fundo público brasileiro: R\$ 3.262,2 trilhões, dos quais, quase 30% foram destinados ao refinanciamento, com pagamento de juros e amortização da dívida pública federal, totalizando R\$ 758,6 bilhões.

Deste modo, Salvador⁷⁽²⁹⁾ explicita:

A estruturação do fundo público no Brasil configura um Estado Social que não reduz a desigualdade social porque se assenta nas seguintes características: i) financiamento regressivo (quem sustenta são os trabalhadores e os mais pobres), que não faz redistribuição de renda; ii) políticas sociais com padrão restritivo e básico, não universalizando direitos; e iii) distribuição desigual dos recursos no âmbito da seguridade social e, ainda, transferência de recursos para o orçamento fiscal.

Segundo Mendes⁸⁽¹¹⁸⁵⁾,

O padrão de dominação, acumulação e distribuição capitalista brasileiro ao longo do século XX difere completamente daquele dos países capitalistas centrais, realizando-se por meio de trajetória histórica de concentração de renda.

Com uma maior intervenção econômica do Estado na reprodução do capital em detrimento de investimento na reprodução da força de trabalho. Contudo, a criação do fundo público materializado no Orçamento da Seguridade Social (OSS) passa a representar uma capacidade de alteração desse padrão de financiamento para proteção social, fundado na reprodução da força de trabalho, articulado com as políticas sociais como aspectos estruturais do capitalismo⁸.

Behring e Boschetti⁹ reconhecem a importância do fundo público como mecanismo de financiamento para a reprodução do capitalismo, à medida que participa direta e indiretamente do ciclo de produção e reprodução do valor, mesmo que ele não gere

[...] diretamente mais-valia, porém, tencionado pela contradição entre socialização da produção e apropriação privada do produto, atua apropriando-se de parcela de mais-valia, sustentando num processo dialético a reprodução da força de trabalho e do capital, socializando custos de produção e agilizando os processos de realização da mais-valia, base da taxa de lucros que se concretiza com a conclusão do ciclo de rotação do capital⁹⁽¹⁷⁶⁾.

Corroborando a tese das autoras supracitadas, Salvador⁷ compreende o fundo público como participante direto da reprodução geral do capital por meio de subsídios, negociações de títulos e garantias de condições de financiamento de investimentos capitalistas, ou seja, como elemento significativo na reprodução da força de trabalho, original fonte de criação de valor na sociedade capitalista.

É possível consensuar que o fundo público como base de sustentação material das políticas sociais em “circuito ampliado do valor em múltiplas dimensões, tendo em vista contrarrestar a queda da taxa de lucros e fazer rotar o capital”¹⁰⁽¹⁷⁸⁾, é objeto de disputa permanente pelas classes, incidindo no processo de produção e reprodução social, ainda que numa correlação de forças desfavorável à classe trabalhadora, prevalecendo os interesses do capital.

Nessa perspectiva, pode-se dizer que o fundo público da saúde, seja no nível federal, por meio do Orçamento da Seguridade Social, seja o fundo de saúde na maior cidade brasileira, São Paulo, transcorreu, ao longo da existência do SUS, sob um longo processo de conflitos e embates no que tange ao financiamento, não fugindo à regra de valoração do capital em detrimento das demandas da classe trabalhadora. Particularmente, no município de São Paulo, essa situação é perceptível quando se observa que grande parte dos recursos do SUS municipal vem sendo destinada às modalidades de gestão privada, como as OS, o que será discutido a seguir.

O Fundo de Saúde no município de São Paulo numa perspectiva histórica de apropriação pelo setor privado – as OS

No município de São Paulo, o Fumdes, vinculado à SMS/SP, foi criado pela Lei nº 10.830/1990, durante a gestão da prefeita Luíza Erundina, do Partido dos Trabalhadores (PT) (1989-1992), sendo, posteriormente, modificado pela Lei nº 13.563/2003, na gestão da prefeita Marta Suplicy, também do PT (2001-2004), quando se implanta o SUS tardiamente nesse município¹¹. Conforme o artigo 2 dessa Lei, a instituição do Fumdes, baseado na Lei nº 8.142/1990, do SUS, busca criar condições financeiras e de gerenciamento de recursos destinados ao desenvolvimento de ações e serviços de saúde, executados e coordenados pela SMS/SP para atuar de forma autônoma na implantação, consolidação e manutenção do SUS, de acordo com os seus princípios e diretrizes. Neste sentido, torna-se, então, fundamental assegurar a descentralização do orçamento da Secretaria com relação ao conjunto do governo municipal, garantindo recursos específicos para implantar um sistema de saúde com base no acesso universal, na integralidade da assistência e tendo como característica-chave o caráter público do SUS local.

Sob intenso processo de descentralização, a prefeita Erundina instituiu a divisão do município em 10 Regiões de Saúde e, inicialmente, 5 Distritos de Saúde, construindo progressivamente os demais distritos. Ao final da gestão, havia 32 distritos, dos quais, a maioria era unidade orçamentária, o que resultou em

Um enorme esforço de capacitação do pessoal das equipes distritais e teve resultados evidentes quanto à tão necessária agilidade para comprar serviços e material para manutenção de equipamentos e prédios, aquisição de medicamentos e material de consumo, etc.¹²⁽³³⁾.

Tais passos foram cruciais rumo à descentralização, atrelados à criação do Fumdes, o que assegurou a autonomia da SMS/SP para executar as ações e os serviços de saúde diante do governo municipal como um todo.

Entre os dois governos petistas no município de São Paulo, a saúde pública sofre um desmantelamento de suas ações com os governos de Paulo Maluf, do Partido Popular (PP) (1993 a 1996), e de Celso Pitta, também do PP (1997 a 2000). O Fundo de Saúde passa a ser, prioritariamente, destinado aos interesses do setor privado da saúde. Isso porque se implanta no governo Maluf o Plano de Atendimento à Saúde (PAS), em que o município passa a ser dividido em módulos assistenciais gerenciados por cooperativas privadas, aprovadas em Câmara Municipal pela Lei nº 11.866, de 13 de setembro de 1995, e que teve continuidade na gestão Pitta.

Alves Sobrinho¹³ é enfático ao descrever esse período que antecede a introdução do SUS na maior cidade brasileira:

Em São Paulo, capital econômica do país e exemplo extremo de nossas disparidades sociais foi particularmente difícil a chegada do SUS. Os primeiros passos dados pela prefeita Luíza Erundina (1989-1992) foram bruscamente interrompidos por duas gestões extremamente reacionárias que tentaram uma experiência de privatização selvagem que destruiu a rede municipal de saúde (uma poderosa rede com mais de 40.000 trabalhadores de saúde) e que acabou se tornando um caso de polícia pelos seus desmandos e irregularidades administrativas e financeiras¹³⁽²⁶⁾.

Em 2001, quando Marta Suplicy assume a prefeitura de São Paulo, busca retomar a gestão integral dos equipamentos públicos de saúde, encerrando com o PAS e dando início à implantação tardia do SUS no município em relação aos demais municípios do País. O Fumdes funcionava, mas de maneira irregular com relação às determinações das legislações municipal, estadual e federal. Nesse contexto,

deu-se prioridade à alteração da legislação do Fumdes, com o objetivo de assegurar que todos os recursos financeiros, sejam do Ministério da Saúde, da Secretaria Estadual ou do governo municipal, fossem destinados à SMS/SP, a fim de fortalecerem a implantação do SUS municipal, com a devida autonomia dessa Secretaria para a execução de todas as ações e serviços públicos no município¹⁴.

De acordo com o novo plano de saúde do município, na gestão da então prefeita, priorizou-se a introdução do PSF, como pilar essencial do projeto de implantação do SUS, garantindo a atenção básica da saúde como ordenadora do sistema local. A materialização dessa ação ocorreu com a atuação das Organizações Sociais, por meio do estabelecimento de contratos de gestão. À época, o PSF correspondia ao segundo maior item de despesa do Fumdes após a área hospitalar, contando com as fontes de recursos federal e, especialmente, municipal¹⁴.

Na realidade, para o funcionamento do PSF, foi realizada a contratação de 12 instituições privadas de caráter não lucrativo, intituladas como 'entidades parceiras' pela gestão Marta Suplicy. A caracterização dessas entidades é variada, sendo mantenedoras e fundações de apoio dos principais hospitais universitários públicos e filantrópicos da cidade, compostas por congregações católicas, fundações privadas de apoio, uma sociedade de ex-alunos, um centro de estudos, uma universidade privada e duas Organizações Não Governamentais (ONGs) com trabalhos em comunidades populares. São elas: 1) Associação Congregação Santa Catarina; 2) Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein; 3) Associação Saúde da Família; 4) Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim (Cejam); 5) Fundação Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP); 6) Instituto Adventista de Ensino da Unasp; 7) Associação Comunitária Monte Azul; 8) Casa de Saúde Santa Marcelina; 9) Fundação Zerbini; 10) Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM); 11) Irmandade da

Santa Casa de Misericórdia de São Paulo; e 12) Organização Santamarense de Educação e Cultura (Unisa/Osec)¹⁵.

A meta do plano de saúde para o PSF, ao final do governo, em 2004, era instalar na rede municipal cerca de 1.749 equipes e 10.496 agentes comunitários de saúde. Em março de 2003, estavam criadas 531 equipes de Saúde da Família e 170 equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Somavam-se 4.256 agentes, constituindo-se, à época, o maior programa do País¹⁶.

Cabe observar que a implantação do PSF pela SMS/SP em 2001 foi aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS) por um voto de diferença, expressando um conjunto de dúvidas e questionamentos que se encontrava em debate no período. Os argumentos críticos baseavam-se em três ordens de questões, não excludentes entre si, como assinala Palma¹⁷⁽¹³⁵⁻⁶⁾:

Uma primeira dizia respeito à ausência e controle público sobre as ações e os serviços desenvolvidos pelas 'entidades parceiras', dado seu caráter privado, ainda que filantrópico, e dada a diversidade de interesses em jogo. Uma segunda questão, mais ampla, relacionava-se ao risco de redução dos princípios da universalidade e integralidade do SUS a um projeto destinado aos mais pobres, fortalecendo políticas focalistas, defendidas, principalmente, pelo Banco Mundial. Por fim, uma terceira crítica associada à face 'controlista' do PSF que, ampliando sua jurisprudência sobre a vida social das famílias e opinando sobre seus hábitos e comportamentos, poderia constituir espaço para disciplina e controle dos indivíduos e de seus corpos, de medicalização de conflitos e tensões, extrapolando o campo da saúde, e servindo, como mostram muitos estudos da medicina social, como instrumento de reprodução da própria estrutura de classes da sociedade.

Diante do exposto, pode-se apreender que o desenvolvimento do SUS na cidade de São Paulo se dá, desde seu nascedouro, por

práticas incrementalistas da lógica privada sob a gestão pública, em especial, na atenção básica. Desse modo, o Fundo de Saúde passa a estar, em grande medida, a serviço dos interesses mais afeitos ao fortalecimento do setor privado. O mais curioso é que essa prática se torna presente no município de São Paulo desde então, até a atualidade.

Durante a gestão Marta Suplicy, houve o maior incremento no programa. No final do primeiro ano, 2001, havia 185 equipes operando. No final de sua gestão, esse número passou para 600. As gestões seguintes do PSDB seguiram expandindo o PSF, ainda que em ritmo menos intenso, mas utilizando-se do mesmo tipo de contratação de OS. A gestão Serra/Kassab (2005-2008) encerra-se com 840 equipes de PSF, e a gestão Kassab (2010 a 2012) atinge 1098 equipes, ainda aquém do estabelecido pela meta do governo Marta.

Em que pese o investimento da gestão Serra/Kassab na ampliação do PSF, sua real prioridade foi a Assistência Médica Ambulatorial (AMA), centrada nos atendimentos de urgência e emergência. Essa escolha decorreu de uma promessa eleitoral tanto de descongestionar e racionalizar a rede de serviços quanto de aproximar o SUS a um modelo de atenção praticado, prioritariamente, pelo setor privado, fortalecendo os contratos de serviços com as OS. Essa situação foi intensificada na gestão Kassab à medida que foram instituídas as Parcerias Público-Privadas (PPP). Como consequência desse processo, o Fundo de Saúde foi ainda mais comprometido com recursos destinados ao setor privado.

No início da gestão Haddad (2013-2016), havia um discurso de se romper com a participação do setor privado na utilização do Fundo de Saúde. No entanto, ao longo de sua gestão, esse discurso foi sendo abandonado, e o que se observou foi a permanência da mesma lógica de manutenção desses contratos de gestão com as OS¹⁸.

A Gestão Dória e Covas (2017-2020) optou por radicalizar esse projeto a partir de uma reestruturação que extinguiu equipamentos,

fechando Unidades Básicas de Saúde (UBS) e AMAs sob a justificativa de ampliação do atendimento por equipe do PSF, via fortalecimento das OS. A ampliação das equipes de Estratégia Saúde da Família no município ocorreu sob uma submissão da população às condições de desassistência e encolhimento do alcance da atenção básica. Com um número reduzido de UBS (543), em relação ao período anterior, a atenção básica seguiu no âmbito dessa lógica de aumento da participação das OS, alcançando nos anos recentes cerca de 1300 equipes de Estratégia Saúde da Família e 123 equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf)¹⁹. Dessa forma, verificou-se que os recursos do Fundo de Saúde foram sendo cada vez mais comprometidos com os interesses das modalidades privatizantes de gestão, nucleadas pelas OS. Essa temática será fruto de análise da próxima seção.

Características recentes das Organizações Sociais em São Paulo e a mercantilização implícita do Fundo de Saúde

As OS são normatizadas pela Lei Federal nº 9.637/1998, tendo como regime jurídico o direito privado sem fins lucrativos, não respeitando a Lei nº 8.666/1993 para compras e contratos, possuindo isenção de tributos, além de contratar toda força de trabalho através do regime CLT (Consolidação das Leis do Trabalho). Na cidade de São Paulo, as OS foram regulamentadas por meio da Lei Municipal nº 14.132, de 24 de janeiro de 2006, durante a gestão do prefeito José Serra (2005-2006). Todavia, como foi mencionado na seção 2 deste texto, a participação da esfera privada na rede de saúde do município é anterior, possibilitada, principalmente, por meio de convênios, desde o PAS, introduzido pela gestão Maluf (1993 a 1996). Contudo, a partir da gestão Marta Suplicy, muito diferente de uma participação

direta de cooperativas privadas na saúde paulistana, como na gestão anterior, inicia-se um processo de atuação das OS na atenção básica da saúde, por meio do PSF, como já mencionado na seção anterior.

Segundo as informações oficiais do sítio eletrônico da SMS/SP, verifica-se, atualmente, 10 (dez) OSS que possuem ‘Contratos de Gestão’ firmados com essa Secretaria¹⁹. Elas estão localizadas nas divididas 23 áreas geográficas e qualificadas para atuação nos serviços de saúde na forma da Lei Municipal nº 14.132, de 24/01/2006, e do Decreto Municipal nº 52.858, de 20/12/2011. Por essa modalidade de ‘Contratos de Gestão’, de acordo com o

informado pela SMS/SP, as OSS são avaliadas trimestralmente por uma Comissão Técnica de Avaliação, formada por membros da Coordenadoria de Parcerias e Contratação de Serviços de Saúde, das Coordenadorias Regionais de Saúde, da Supervisão Técnica de Saúde e da OSS, nas quais são discutidos os cumprimentos das metas contratuais, as justificativas para o não cumprimento de metas e os descontos cabíveis. Contudo, essas informações não são acessíveis aos usuários.

As citadas 10 (dez) OSS com ‘Contratos de Gestão’ em vigor seguem discriminadas no *quadro 1*.

Quadro 1. Organizações Sociais da Saúde no município de São Paulo com Contratos de Gestão

Sigla	Nome da organização social
AFNE	1. Associação Filantrópica Nova Esperança
ASF	2. Associação Saúde da Família
CEJAM	3. Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim
FUNDAÇÃO ABC	4. Fundação do ABC
INTS	5. Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde
MONTE AZUL	6. Associação Comunitária Monte Azul
SANTA MARCELINA	7. Casa de Saúde Santa Marcelina
SBCD	8. Sociedade Beneficente Caminho de Damasco
SECONCI	9. Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo
SPDM	10. Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina

Fonte: elaboração própria com base nos Contratos de Gestão das OSS informados pelos Relatórios de Prestação de Contas disponíveis no site da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo¹⁹.

Analisando os RAG e os Relatórios de Prestação de Contas²⁰, verificam-se outras OS em parceria com a SMS/SP, em que são repassados recursos do Fumdes por meio das modalidades ‘Convênio’ e ‘Termo de Fomento’, mas não há informações completas quanto ao seu estabelecimento. Ademais, algumas das próprias qualificadas OSS com ‘Contratos de Gestão’ em vigor possuem ‘Convênios’ e ‘Termos de Fomento’ concomitantes. Como exemplo, cita-se a SPDM, que recebeu no ano de 2021 o maior valor de recursos liquidados

entre as OS, totalizando 2,7 bilhões, por meio de Contratos de Gestão, Convênio e Termo de Fomento²⁰.

Num recorte temporal desde 2011, pode-se notar um crescimento significativo na transferência da execução dos serviços de saúde para o modelo de gestão via Contrato de Gestão por OSS, Convênios ou Termo de Fomento²⁰. Em 2017, das 453 unidades básicas do município, apenas 94 eram geridas por administração pública. Em 2018, passaram a ser 84 UBS, e, em 2019, somente 70 UBS ainda

eram administradas diretamente pelo poder público, demonstrando a dependência das OS no oferecimento dos serviços da atenção básica no município²⁰.

Nesse contexto, é possível perceber que os recursos do Fundo de Saúde passam a ser cada vez mais apropriados por essas entidades de caráter privado, explicitando o movimento de mercantilização implícita, marcado pela lógica de ampliação dos mecanismos de mercado no

SUS municipal. Nota-se, de forma significativa, o aumento das transferências de recursos do Fundo de Saúde para as OS e OSS entre 2011 e 2021 (*quadro 2*). Dessa maneira, intensifica-se o modo pelo qual esses recursos sejam orientados pelo cumprimento de metas quantitativas de produção de serviços, conforme estabelecidas nos contratos de gestão, distanciados da lógica de uma melhoria da saúde para o conjunto da população.

Quadro 2. Recursos destinados pelo Fundo de Saúde para as Organizações Sociais e Organizações Sociais da Saúde do montante empenhado para ações e serviços de saúde no município de São Paulo, 2011 a 2021

Ano	Valor empenhado com ações e serviços de saúde (R\$ bilhões)	Valor destinado a OS e OSS (R\$ bilhões)
2011	8,6	1,7
2012	5,9	1,1
2013	5,8	1,1
2014	5,4	1,2
2015	4,9	1,6
2016	19,1	9,5
2017	13,8	7,7
2018	40,8	23,64
2019	5,2	3,2
2020	5,1	3,1
2021	11,8	10,6

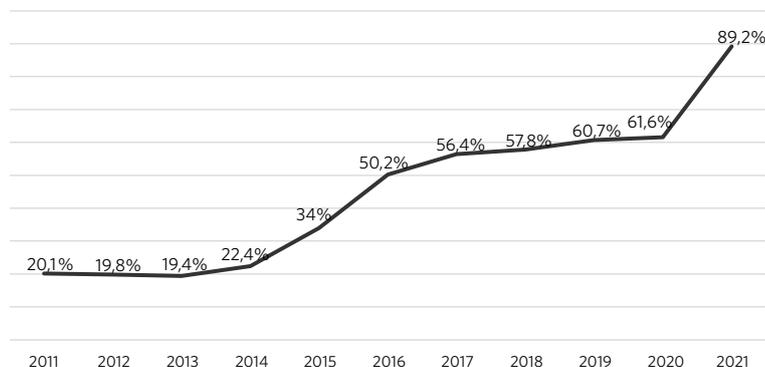
Fonte: elaboração própria com base nos Relatórios de Prestações de Contas disponíveis no site da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo¹⁹.

Nota: Valores deflacionados conforme Índice de Preços ao Consumidor Ampliado (IPCA).

Conforme o *gráfico 1*, entre 2011 e 2021, ratifica-se crescimento percentual de recursos destinados pelo Fundo de Saúde para as OS e OSS do montante empenhado para ações

e serviços de saúde, que passaram de 20,1% a 89,2%, representando 1,7 e 10,6 bilhões, respectivamente.

Gráfico 1. Evolução percentual dos recursos empenhados do Fundo de Saúde do município de São Paulo destinados para os Contratos de Gestão, Convênios e Termos de Fomento, 2011 a 2021



Fonte: elaboração própria com base nos Relatórios de Prestação de Contas disponíveis no site da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo¹⁹.

Nota: Valores deflacionados conforme Índice de Preços ao Consumidor Ampliado (IPCA).

Ademais, se analisarmos a participação relativa das transferências para as OS e OSS em relação ao total dos recursos empenhados do Fundo de Saúde, observa-se que a tendência de crescimento se mantém ao longo do período compreendido entre 2011 e 2021. Em termos percentuais, os valores repassados, em relação ao total dos recursos empenhados do Fundo de Saúde, alcançam um patamar considerável em 2016, sendo 50,2%, mantendo-se nessa tendência elevada nos anos de 2017 (56,4%), 2018 (57,8%), 2019 (60,7%), 2020 (61,6%), atingindo 89,2% em 2021.

Em funcionamento na saúde do município há mais de duas décadas, as OS se configuram e se estruturam em arranjos ainda bastante obscuros no âmbito da gestão e prestação de contas desses serviços, tanto no que tange à economia quanto à qualidade da assistência à saúde. O argumento de redução dos gastos públicos não é palpável, ao passo que os indicadores de resultados ainda são frágeis. Sendo assim, pesquisas que balizem a complexidade da questão em tela apresentam-se cada vez mais necessárias, principalmente pelos limites impostos de averiguação de indicadores a partir das informações que estão disponíveis ao público, limites esses defrontados pelo presente estudo.

Para Correia e Santos²¹, a gestão de saúde pública por OS, adotada pelo estado de São Paulo e que tem sido seguida como modelo para outros estados e municípios brasileiros, demonstra efeitos negativos na qualidade dos serviços quando gerenciados por OS, sendo alvo de estudos do Tribunal de Contas do Estado (TCE) paulista, que comparou os modelos de gestão por OS e administração direta no estado de São Paulo²². Constatou-se, via estudo do TCE/SP, que o modelo de gestão por OS representa maior custo da execução da política de saúde, desigualdade de salários, que são praticados acima da média para cargos de alto escalão e abaixo da média para os demais cargos, em disparidade com a administração direta. Além de atestar maior taxa de mortalidade geral em hospitais com esse modelo de gestão por OS²¹⁽³⁵⁾. Observa-se, portanto, que o instrumento de Contrato de Gestão e seus respectivos planos de ação e de resultados no município de São Paulo têm se revelado insuficientes para maior mensuração da execução dos serviços orçados pelo Fundo de Saúde. Por sua vez, os Convênios utilizados, quando da sua prestação de contas, não apresentam quaisquer informações a respeito da execução dos serviços, revelando-se um instrumento jurídico distante dos princípios éticos da administração pública²¹.

Considerações finais

O modelo de gestão via OS da política de saúde no município de São Paulo vem adquirindo principalidade na administração dos serviços de saúde, em contraposição à gestão pública direta. Constatou-se que as entidades privadas na execução dos serviços de saúde do município têm sido a marca histórica, antecedendo, inclusive, a implantação do SUS nessa cidade, caracterizando uma prática estrutural e cada vez mais presente nas gestões municipais.

Nessa perspectiva, cabe reiterar que o fundo público, criado para fornecer sustentação material das políticas sociais em consonância com o processo de valorização do capital, tem se demonstrado presente no município de São Paulo. Percebe-se sua intensa disputa, com muita força, pelos interesses do capital, ou seja, pelas OS.

Ademais, constatou-se que o Fundo de Saúde do município de São Paulo foi se distanciando dos objetivos de sua criação, quando dispostos na Lei nº 13.563/2003, instituída pela prefeita Marta Suplicy, do PT. Isso porque, ao ser crescentemente apropriado pelas modalidades privatizantes de gestão na saúde, como as OS, desde então, ainda que tenha garantido a descentralização do orçamento da Secretaria com relação governo municipal como um todo, seus recursos não foram priorizados para serem destinados ao caráter público do SUS local, conforme determinado em lei municipal, apoiado na Lei federal nº 8.142/90. A administração direta como forma de gestão para o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde foi sendo abandonada pelo município, e os recursos do Fundo de Saúde foram fortalecendo o caráter privado dessas ações e serviços, principalmente no âmbito da atenção básica.

É digno de nota que esse distanciamento do caráter público do SUS municipal é perceptível quando se analisam os ‘Contratos de Gestão’ das OSS, e que as informações de interesse público são escassas. Ainda mais agravante é a falta de informações a respeito dos ‘Convênios’ e ‘Termos de Fomento’ estabelecidos pela SMS/SP para se proceder à avaliação dos resultados da política de saúde, restringindo-se a dados dos recursos executados.

Sendo assim, este estudo reconhece que o fundo público de saúde em São Paulo vem sendo configurado como um processo de ‘mercantilização implícita’ por meio das OS, tendo parte significativa do orçamento do SUS municipal orientada às modalidades de gestão privada, o que torna a distribuição de recursos públicos voltada para o fortalecimento dos interesses privados.

Pretende-se, ainda, alertar e corroborar com este trabalho, que, no caso de São Paulo, se está caminhando na rota de privilegiar o setor privado na saúde, cenário que se pretendia superar ao ser concebida a Reforma Sanitária Brasileira. A conjuntura atual da maior cidade brasileira cede cada vez mais à apropriação mercantil de recursos monetários acumulados pela classe trabalhadora, na contramão de um projeto de sociedade que assegure a manutenção de um sistema público e universal de saúde.

Colaboradores

Correia D (0000-0003-1154-4196)* contribuiu para concepção, análise, interpretação dos dados e elaboração do manuscrito. Mendes A (0000-0002-5632-4333)* contribuiu para revisão crítica do conteúdo e versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Dardot P, Laval C. A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Editora Boitempo; 2016.
2. Ferreira MJ. Tendências e contratendências de mercantilização: as reformas dos sistemas de saúde alemão, francês e britânico. [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2016. 297 p.
3. André C, Batifoulier P, Jansen-Ferreira MR. Une nouvelle grille d'analyse des processus de privatisation en europe. In: Abecassis P, Coutinet N, editores. *Economie sociale: crises et renouveaux*. Louvain la Neuve: Presses Universitaires de Louvain; 2015. p. 95-110.
4. André C, Batifoulier P, Jansen-Ferreira MR. Health care privatization processes in Europe: Theoretical justifications and empirical classification. *Inter. Social Secur. Review*. 2016; 69(1):3-23.
5. Netto JP. *Ditadura e Serviço Social*. São Paulo: Cortez; 2011.
6. Behring ER. Fundo Público: um debate estratégico e necessário. In: *Anais do XV Encontro Nacional de Pesquisadores de Serviço Social*; 2016 dez 9, São Paulo. São Paulo: USP Ribeirão Preto; 2016. p. 1-12.
7. Salvador E. *Fundo público e Seguridade Social no Brasil*. São Paulo: Cortez; 2010.
8. Mendes A. O fundo público e os impasses do financiamento da saúde universal brasileira. *Saúde Soc*. 2014; (23):1183-1197.
9. Behring ER, Boschetti I. *Política Social: fundamentos e história*. 6. ed. São Paulo: Cortez; 2009.
10. Behring ER. Rotação do capital e crise: fundamentos para compreender o fundo público e a política social. In: Salvador E, Behring ER, Boschetti I, et al. *Financiarização, fundo público e política social*. São Paulo: Cortez; 2012.
11. Sousa MF, Mendes A, organizadores. *Tempos radicais da saúde em São Paulo: a construção do SUS na maior cidade brasileira*. São Paulo: Hucitec; 2003.
12. Junqueira V. *Saúde na cidade de São Paulo (1989 a 2000)*. São Paulo: Instituto Pólis; PUC-SP; 2002.
13. Alves Sobrinho EJ. São Paulo de volta ao Brasil e à Constituição. In: Sousa MF, Mendes A, organizadores. *Tempos radicais da saúde em São Paulo: a construção do SUS na maior cidade brasileira*. São Paulo: Hucitec; 2003.
14. Mendes A. A busca da cumplicidade entre o planejamento e o processo orçamentário na saúde paulistana. In: Sousa MF, Mendes A, organizadores. *Tempos radicais da saúde em São Paulo: a construção do SUS na maior cidade brasileira*. São Paulo: Hucitec; 2003.
15. Tambelini EF. *A participação das organizações parceiras na atenção básica em saúde no município de São Paulo*. Mestrado. São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; 2008.
16. Silva ZP. *A Política Municipal de Saúde (2001-2003)*. São Paulo: Instituto Pólis; PUC-SP; 2004.
17. Palma J. *Lutas sociais e construção do SUS*. São Paulo: Hucitec; 2015.
18. Frazão F. "Haddad nega ser contra as OS da saúde". *O Estado de S. Paulo*, 19 out 2012. [acesso em 2020 ago 8]. Disponível em: <https://www.estadao.com.br/politica/haddad-nega-ser-contra-organizacaoes-sociais-na-saude/>.
19. São Paulo. Prefeitura, Secretaria de Saúde. Portal Transparência. *Relatórios de Prestação de Contas*. [acesso em 2022 jun 22]. Disponível em https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/prestacao_de_contas/?p=6163.

20. Correia MVC, Santos VM. Privatização da saúde via novos modelos de gestão: organizações sociais em questão. In: Bravo MIS, Andreazzi MFS, Menezes JSB, et al., organizadoras. A mercantilização da saúde em debate: as organizações sociais no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UERJ; 2015.
21. São Paulo. Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, Diretoria de contas do governador. Estudo comparativo entre gerenciamento da administração direta

e das organizações sociais da saúde. [acesso em 2019 nov 19]. Disponível em https://www4.tce.sp.gov.br/sites/default/files/2011-10-03-Comparacao_de_hospitais_estaduais_paulistas-estudo_compara.pdf.

Recebido em 30/08/2022
Aprovado em 10/03/2023
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Capacitação para o controle da hanseníase: avaliação e contribuições para a gestão

Training process for leprosy control: evaluation and contributions to management

Gisela Cordeiro Pereira Cardoso¹, Elizabeth Moreira dos Santos¹, Egléubia Andrade de Oliveira¹, Marcela Alves de Abreu¹, Michele Souza e Souza¹, Beatriz da Costa Soares¹, Carmelita Ribeiro Filha Coriolano²

DOI: 10.1590/0103-1104202313706

RESUMO Este estudo tem o objetivo de apresentar a avaliação de um projeto de capacitação em serviço para profissionais de saúde nas ações de prevenção e controle da hanseníase, problematizando o modelo de avaliação adotado, com foco na utilização para a gestão em saúde. Foi realizada uma avaliação *ex-post* em 18 municípios prioritários brasileiros participantes das capacitações. Empregou-se a estratégia Rapid Evaluation Methods (REM), priorizando: a) abordagem colaborativa; b) técnicas qualitativas; e c) enfoque conceitual da translação do conhecimento. Foram realizadas 24 entrevistas grupais, envolvendo 278 participantes. A abordagem de ensino em serviço foi importante para revalorização das ações de prevenção e controle da hanseníase e para conferir um lugar privilegiado de discussão técnica, de reflexão e de mudanças na atenção primária e em sua relação com a especializada. Conclui-se que o modelo de avaliação possibilitou que as controvérsias e convergências surgissem, assim como as recomendações para ajustes da intervenção junto à gestão em tempo oportuno.

PALAVRAS-CHAVE Avaliação em saúde. Hanseníase. Capacitação em serviço. Grupos focais.

ABSTRACT *This study aims to present the evaluation of an in-service training project for health professionals in leprosy prevention and control actions, questioning the adopted evaluation model, focusing on its use for health management. An ex-post evaluation was carried out in 18 priority Brazilian municipalities participating in the training project. Rapid Evaluation Methods (REM) strategy was employed, prioritizing: a) a collaborative approach; b) qualitative techniques; and c) a conceptual approach to knowledge translation. Twenty-four group interviews were carried out, involving 278 participants. The in-service teaching approach was important for revaluing leprosy prevention and control actions and to provide a privileged place for technical discussion, reflection and changes in primary health care and in its relationship with specialized care. It can be concluded that the evaluation model enabled controversies and convergences to emerge, as well as recommendations for managers to adjust the intervention timely.*

KEYWORDS *Health evaluation. Leprosy. Inservice training. Focus groups.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
giselacardoso@ensp.fiocruz.br

²Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação (CGHDE) - Brasília (DF), Brasil.



Introdução

Este artigo visa a apresentar a avaliação de um projeto integrado de capacitação em serviço para profissionais de saúde nas ações de prevenção, diagnóstico e tratamento de hanseníase, problematizando o modelo de avaliação adotado. Os processos avaliativos têm o compromisso de dialogar e responder às necessidades de informação e de conhecimento dos envolvidos com a intervenção, ampliando sua análise, reflexão, compreensão e utilização. A avaliação, assim, deve estimular a aprendizagem e ser relevante para os diversos interessados, favorecendo a tomada de decisão sobre os possíveis rumos da intervenção e sua prestação de contas à sociedade¹.

A delimitação do problema

A hanseníase, doença transmissível de caráter infeccioso, persiste como um grave problema de saúde pública no Brasil, podendo atingir pessoas de qualquer faixa etária e sexo. O País é considerado de alta endemicidade para a doença. Diferentes estudos apontam os determinantes sociais da doença relacionados à sua persistência, tais como escolaridade, renda e condições de moradia, o que indica a necessidade de políticas públicas e sociais efetivas para o seu controle². Os estados das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste estão entre os que apresentam as maiores taxas de detecção, inclusive entre os menores de 15 anos, o que representa focos de infecção ativa².

A doença apresenta uma evolução lenta e progressiva, que pode provocar deformidades e incapacidade física, além de reações de discriminação e estigmatização dos sujeitos acometidos. Apesar dos avanços no Sistema Único de Saúde, o manejo da hanseníase continua sendo um importante desafio no Brasil, dadas as dificuldades de detecção precoce da doença e de prevenção de incapacidades, o que exige uma atenção especial nas ações de controle por parte dos gestores e profissionais de saúde³.

A intervenção avaliada

O Projeto 'Abordagens inovadoras para intensificar esforços para um Brasil livre de Hanseníase' teve como objetivo principal contribuir para a redução de carga da doença em municípios hiperepidêmicos, por meio da realização de capacitações integradas *in loco*, ou seja, nos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), promovendo a melhoria da detecção de casos nas formas iniciais da doença e evitando o comprometimento físico dos pacientes acometidos pela hanseníase. A iniciativa durou de 2017 a 2019, tendo como objetivos específicos: 1. aumentar a detecção de novos casos nas áreas selecionadas em 30%, 20% e 15%, respectivamente, no primeiro, segundo e último ano do projeto, tendo como base os dados de 2015 de cada município selecionado; 2. promover a educação permanente em hanseníase para os profissionais da APS, fortalecer os centros de referência e ampliar e qualificar a descentralização do programa de hanseníase; 3. reduzir a proporção de casos novos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física (GIF2) no diagnóstico de 6,0% para 3,9%, em três anos, nas áreas selecionadas por meio de diagnóstico precoce e ações de prevenção de incapacidades; e 4. promover a prevenção do estigma e da discriminação contra as pessoas acometidas pela hanseníase na comunidade e empoderar a população sobre as questões relacionadas à doença⁴.

As capacitações envolveram profissionais de saúde de diferentes categorias (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, Agentes Comunitários de Saúde – ACS, dentistas e assistentes sociais), sendo realizadas em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e na Estratégia Saúde da Família (ESF), no período de uma semana, por consultores indicados pelo Ministério da Saúde (MS). Inicialmente, foram priorizados três eixos temáticos: a. clínica médica, incluindo a investigação de contatos; b. prevenção de incapacidades, com a avaliação neurológica simplificada, a

qual identifica o grau de incapacidade física; c. mobilização social, em parceria com integrantes do Movimento de Reintegração das pessoas afetadas pela hanseníase (Morhan). Com as capacitações em curso, um quarto eixo temático foi incorporado, sobre a abordagem do estigma e da discriminação, com a aplicação de um instrumento que mede a percepção do estigma pelos pacientes e os efeitos desse estigma em suas vidas: a escala de estigma – EMIC. Ademais, foram realizadas campanhas

focais de localização de casos (mutirão), com envolvimento dos gestores locais^{4,5}.

Foram contemplados 20 municípios com alta carga da doença, de seis estados das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, conforme *quadro 1*, sendo utilizados como critérios de seleção dos municípios: o maior número de crianças menores de 15 anos diagnosticadas em 2015, a disponibilidade dos serviços e dos profissionais de saúde, além do compromisso político das autoridades de saúde locais⁵.

Quadro 1. Estados e municípios participantes do projeto de capacitação integrada

Região	Estados	Municípios
Norte	Pará	Belém e Marabá
	Tocantins	Palmas, Araguaína, Gurupi e Porto Nacional
Nordeste	Maranhão	São Luís, Alcântara, Paço do Lumiar, São José de Ribamar e Raposa
	Pernambuco	Recife, Cabo de Santo Agostinho, Jaboatão dos Guararapes, Olinda e Paulista
	Piauí	Teresina, Floriano e Parnaíba
Centro-Oeste	Mato Grosso	Cuiabá

Fonte: elaboração própria.

Segundo os relatórios técnicos, entre as dificuldades encontradas nos municípios, constatou-se uma fragilidade em realizar busca ativa e exames de contatos conforme a recomendação. Entre os pontos positivos, observou-se aumento de 6,6% na detecção de casos novos no ano de 2017 e de mais 6,6% em 2018^{4,5}.

De forma a compreender os efeitos do processo de capacitação, não tangíveis de mensuração por indicadores e metas pactuadas, foi solicitada por parte do MS uma avaliação que possibilitasse capturar os fatores que influenciaram a implementação da iniciativa em cada um dos municípios envolvidos. Este artigo, ao apresentar a avaliação realizada, busca analisar e problematizar se o modelo de avaliação adotado promoveu respostas adequadas em

tempo real, contemplando o envolvimento e o compromisso dos atores diretamente vinculados à intervenção; identificar os usos potenciais da avaliação; e gerar recomendações para o aprimoramento da iniciativa.

Material e métodos

Foi realizada uma avaliação *ex-post* – a partir de uma intervenção já realizada –, que foi conduzida por seis avaliadores, no período de seis meses, em 18 dos 20 municípios que participaram do processo de capacitação. Os municípios localizavam-se em regiões de importante dispersão geográfica, o que configurou um desafio metodológico e empírico. A avaliação empregou a estratégia REM (Rapid

Evaluation Method)⁶, na qual são priorizados a rapidez e o uso de múltiplas técnicas e fontes de evidências, de baixo custo, podendo ser adaptada às necessidades e condições de cada local, tornando-se importante nos processos de gestão e planejamento⁷.

O percurso metodológico, acordado entre avaliadores e demandantes, empregou: a) uma abordagem colaborativa entre a equipe de avaliação e os demandantes da avaliação; b) a utilização de técnicas qualitativas; c) um enfoque conceitual translacional.

A avaliação colaborativa pressupõe uma aliança entre avaliadores e atores estratégicos, ou *stakeholders*, sendo os avaliadores os responsáveis pela condução do processo avaliativo. O envolvimento dos *stakeholders* ocorre preferencialmente desde o início da avaliação, contribuindo para o desenho avaliativo, reforçando a coleta e a análise dos dados e ampliando a capacidade de compreensão dos achados, de forma a promover sua utilização e sua influência⁸. Além disso, propicia para todos um aprendizado pessoal, profissional e organizacional⁹.

Com relação às técnicas qualitativas, foram privilegiadas a análise documental, com destaque ao projeto e seus relatórios, e as técnicas de entrevistas grupais, especialmente os Grupos Focais (GF). A análise documental propiciou uma visão compartilhada da intervenção, por meio da modelização da teoria de mudança e da construção da sua linha do tempo. Ressalta-se que a modelização da teoria de mudança diz respeito à representação visual da operacionalização da intervenção, bem como ao contexto no qual está inserida, ao problema a ser modificado, aos atores envolvidos, aos pressupostos que a fundamentam e aos efeitos que se espera alcançar por meio dessa intervenção. Já as entrevistas grupais são úteis na busca de informações e na compreensão da visão dos atores em processo de capacitação e de educação em saúde^{10,11}, devido à possibilidade de se pensar coletivamente uma temática com certo nível de profundidade em um curto período de tempo.

Os GF configuram uma técnica de coleta de informações por meio de entrevistas e interações em grupo, que geralmente possui entre oito (8) e quinze (15) participantes¹². O roteiro para a condução desses grupos foi elaborado pela equipe de avaliadores e validado com os demandantes, sendo baseado na cadeia de efeitos esperados para a intervenção, ou seja, se as capacitações haviam atendido às expectativas; mudado ou não a prática profissional e as condições de trabalho; e a sustentabilidade da proposta. Foram, também, realizados GF com os coordenadores estaduais e municipais dos programas de hanseníase, nas capitais dos seis estados envolvidos, a fim de potencializar as reflexões no âmbito do planejamento e da gestão. Os grupos foram conduzidos por duas pesquisadoras, uma moderando e outra apoiando e observando. As entrevistas grupais foram gravadas e transcritas e duraram, em média, 01h30-2h.

A triangulação e a complementariedade de fontes (relatórios, documentos do programa, profissionais de saúde e gestores) e técnicas de coleta (análise documental e entrevistas grupais) permitiram checar a pertinência e a validade das evidências, contribuindo para a compreensão e robustez de sua análise¹³.

A avaliação adotou o referencial analítico da translação do conhecimento, ancorando-se na Teoria do Ator-Rede (TAR)^{14,15} e nas práticas translacionais em pesquisas participativas¹⁴. As operações de translação envolvem: o mapeamento das convergências e divergências; a negociação de interesses entre os atores na procura de um alinhamento na resolução das controvérsias e divergências; o enredamento ou envolvimento dos atores humanos e não humanos (actantes); e a mobilização dos atores na proposta de soluções. Clavier et al.¹⁶ propõem que essas operações de translação se expressam por meio de práticas cognitivas (o que foi problematizado em termos de conhecimento?); estratégicas (quais foram as atividades e competências mobilizadas para manter o envolvimento dos atores?); e logísticas (como

foram coordenadas e operacionalizadas as ações?). Desse modo, os pesquisadores (ou implementadores, neste caso) devem conduzir o processo (capacitação) e manter os atores da rede (profissionais e gestores) mobilizados e motivados para que a translação ocorra¹⁷.

Conforme apresentado no *quadro 2*, a análise levou em consideração o que foi problematizado nos cursos, de que forma os atores foram sensibilizados e quais foram as soluções ou os arranjos propostos, dos pontos de vista cognitivo, estratégico e logístico.

Quadro 2. Análise dos Grupos Focais

Lógica exploratória aplicada à avaliação de implementação da iniciativa de capacitação em serviço - Grupos Focais			
Foco: domínio funcional	O que foi problematizado?	Por quem? Atuantes?	Operações de translação
COGNITIVO Projeto Político-Pedagógico Interfaces de conexão: a) com os movimentos nacional e internacional para eliminação de hanseníase; b) com ensino em serviço na rede de atenção à saúde	Qualificação dos facilitadores e especialistas; Conteúdos/relação tempo/conteúdo; Competências específicas e interprofissionais; Métodos didático-pedagógicos e material/apoio didático sobre o manejo da doença; Articulação teoria e prática	Profissionais da saúde em formação acadêmica; Especialistas Representantes da sociedade civil organizada; tomadores de decisão	Diversas ou específicas quando aplicáveis: Sensibilização; Alinhamento; Mobilização; Formação de alianças; Inscrição
ESTRATÉGICO Interfaces de conexão: a) com as diferentes redes de atenção à saúde e educação para a legitimação institucional da prática de ensino em serviço nas profissões da saúde; b) com o sistema de serviços de saúde e organizações da sociedade civil para coordenação e sustentabilidade das escolhas realizadas	Identidade profissional; Regulação e formalização das relações de trabalho; Regulação e formalização do ensino em serviço nas práticas profissionais; Programação integrada ao planejamento estratégico de rotina; atualização permanente de quadro de replicadores locais	Conectividade, qualidade das informações, fluxo de registro, monitoramento de atividades; Tecnologia e material permanente; Equipamentos audiovisuais Programação integrada e incorporada no planejamento estratégico; editais específicos	Diversas ou específicas quando aplicáveis: Sensibilização; Alinhamento; Mobilização Formação de alianças; Inscrição
LOGÍSTICO Interfaces de conexão: a) os atuantes humanos e tecnológicos das relações internas à institucional; b) com o sistema de serviços de saúde e organizações da sociedade civil	Sistemas de informação; Mecanismos formais de participação e compartilhamento; Formalização de mecanismos de M&A; Infraestrutura organizacional	Canais de comunicação com Conass, Conasems e representações da sociedade civil organizada; Plano integrado de recrutamento e absorção de profissionais de vários níveis; concursos; planos conjuntos de trabalho	Diversas: Sensibilização; Alinhamento; Mobilização; Formação de alianças; Inscrição

Fonte: elaboração própria.

A autorização para realização da avaliação foi formalizada por meio de Carta de Anuência dos Coordenadores Estaduais e/ou Municipais de Hanseníase e da autorização formal para participação nos GF pelos profissionais de saúde e gestores. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (CEP-Ensp), sob parecer número 4.033.289.

Resultados

Foram realizados 17 GF (entre 8 e 15 participantes), quatro rodas de conversa (mais de 15 participantes) e três entrevistas coletivas (entre 2 e 7 participantes), totalizando 24 entrevistas grupais, envolvendo 278 participantes (59 gestores e 211 profissionais). Destacam-se o perfil multiprofissional e a predominância

dos profissionais de enfermagem, tanto nos grupos de gestores quanto de profissionais, assim como do sexo feminino, de cerca de 80%. Ressalta-se a pouca participação de fisioterapeutas e de terapeutas ocupacionais nos grupos.

Seguindo a proposta de abordagem colaborativa da avaliação, foram realizadas três reuniões entre a equipe de avaliadores e os demandantes da avaliação para consolidação e validação dos achados dos grupos e dos documentos analisados, assim como a elaboração das recomendações. Os resultados são apresentados segundo a visão dos grupos de gestores e de profissionais.

A perspectiva dos gestores

As capacitações foram apreciadas positivamente pelos gestores, tendo a maioria aprovado seus possíveis efeitos, tanto com relação à ampliação e à atualização de conhecimentos (domínio cognitivo) quanto ao seu papel na reformulação de fluxos (domínio estratégico), por exemplo, dos processos de trabalho, com melhoria da atenção especializada e do referenciamento do paciente.

A interação *in loco* facilitou a aprendizagem em torno das boas práticas profissionais, propiciando o diálogo técnico-profissional e a troca de experiências entre profissionais e especialistas. No domínio estratégico, essa troca propiciou uma maior visibilidade à hanseníase, reposicionando o problema na agenda estratégica dos municípios. A intervenção possibilitou uma maior sinergia das ações desenvolvidas nas coordenações da atenção básica e da vigilância epidemiológica, seja no seu planejamento ou na sua implementação. Ainda no domínio estratégico, duas questões emergiram: o fortalecimento de parcerias com universidades e institutos de pesquisas locais; e a necessidade de ampliação do nível de conhecimento e informação sobre o agravo na comunidade por meio de campanhas.

Uma questão interessante trazida foi a visibilidade que o ensino em serviço confere

às condições de trabalho e dos serviços. Ao mesmo tempo que estimula possíveis arranjos locais para o enfrentamento da doença, também aponta para os problemas crônicos ou emergenciais de rotatividade de profissionais, da carência de material diagnóstico, dos sistemas de informação e registro, da precariedade do sistema de transporte sanitário e de adequação dos serviços às necessidades especiais do paciente com hanseníase. Nesse sentido, a capacitação em serviço parece potencializar, na visão dos gestores, análises situacionais mais robustas e soluções mais adequadas e realistas.

As capacitações em serviço também propiciaram um maior envolvimento entre gestores e profissionais. Um ponto ressaltado foi a intensificação da participação dos ACS, bem como a valorização desses atores considerados estratégicos na detecção e no tratamento junto à população.

Com relação à expansão das ações de prevenção e informação na comunidade, os grupos apresentaram sugestões de campanhas de promoção da saúde, integradas com a comunicação social, com ampla disseminação em redes sociais e outras mídias, para a divulgação dos sinais e sintomas da hanseníase, bem como a redução do estigma e da discriminação, a exemplo das campanhas de divulgação de agravos como tuberculose e sarampo.

O grupo de gestores sinalizou alguns pontos problemáticos no formato (grande número de participantes e a duração das capacitações) e na condução dessas atividades, como o não alinhamento de conteúdos ofertados por alguns especialistas com relação ao recomendado pelo MS. Também sinalizaram a não inclusão da área de vigilância em saúde, embora a investigação de contatos, principal atividade de vigilância na hanseníase, tenha ocorrido ao longo do desenvolvimento do projeto. O material didático sobre o manejo da hanseníase e os insumos utilizados na capacitação foram considerados satisfatórios, especialmente os empregados para a condução do diagnóstico e do manejo do paciente.

No que diz respeito à educação em saúde, os gestores consideraram que as capacitações em mobilização social e identificação do estigma, realizadas em parceria com integrantes do Morhan, foram de grande importância por favorecerem as relações com os movimentos sociais e o envolvimento e a sensibilização de outros profissionais na equipe, como os psicólogos e assistentes sociais.

A perspectiva dos profissionais de saúde

O principal tema problematizado no domínio cognitivo foi a proposta pedagógica de reunir capacitação e ações em serviço. A abordagem, o diagnóstico e a condução terapêutica em diálogo presente com o especialista não só permitiram a mobilização do conhecimento, mas uma abordagem diferente do paciente. Foi praticamente unânime entre os grupos a constatação de que essa experiência dialógica provocou não apenas uma mudança de conhecimento técnico, mas uma mudança de atitude com relação à hanseníase, compreendendo-a como um objeto de manejo multidisciplinar. Exemplos citados ilustram que dúvidas são comuns durante o atendimento dos casos, especialmente para avaliação do grau de incapacidade. Segundo os participantes, apesar de o conteúdo já ser conhecido, a metodologia utilizada nas capacitações foi apropriada, reforçando a necessidade de um olhar mais cuidadoso sobre casos suspeitos.

A periodicidade das capacitações foi questionada por alguns grupos. Esse aspecto aponta para uma demanda reprimida, o que geraria um grande número de participantes em cada capacitação, prejudicando as atividades compartilhadas, especialmente as práticas. Foi sugerida a incorporação de capacitações no planejamento anual de atividades do programa, de forma que os conhecimentos sejam fixados e atualizados.

No domínio estratégico, várias questões foram problematizadas, desde a necessidade de ampliação de determinadas capacitações,

como de identificação de casos, para outros grupos profissionais, incluindo os ACS e as categorias que compõem o Nasf (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), até a importância da divulgação de informações sobre a doença para a população, preferencialmente, pelos ACS e redes de organizações locais. As capacitações reforçaram a integração intersetorial, permitindo o estreitamento de laços entre programas estratégicos, como a Saúde Bucal, Imunização e junto aos profissionais dos Nasf.

A realização das capacitações integrando as diferentes categorias profissionais foi objeto de controvérsia. Houve quem considerasse que deveriam ser realizadas para categorias específicas, outros enfatizaram a necessidade de buscar alternativas para superação da fragmentação entre profissionais.

Com relação à busca ativa de contatos, dois aspectos foram levantados: o reforço e a intensificação de capacitações para os ACS, questões demandadas por todos os grupos, e a discussão de formas alternativas de busca dos usuários com hanseníase ou em risco de contágio. Uma das estratégias mencionadas foi o Programa Saúde na Escola (PSE).

Entre as capacitações do projeto, receberam destaque as direcionadas à aplicação da escala de estigma – EMIC, às avaliações dermatoneurológicas e à busca de contatos. As capacitações influenciaram de imediato a melhoria do atendimento realizado junto à população. Contudo, a aplicação da escala de estigma levantou algumas críticas. Ao mesmo tempo que resgata o sofrimento do paciente como parte da experiência da doença, a forma de apresentação das perguntas pareceria induzir a uma determinada visão de mundo e de crenças, por exemplo, que prevê a restrição dos arranjos familiares e das relações afetivas, assim como da percepção da sexualidade.

A logística para a realização das capacitações, bem como os insumos disponibilizados para a condução das atividades e as condições para a realização das ações em serviço foram pouco problematizados. Equipamentos, como os estesiômetros, foram fornecidos às unidades

após as capacitações, entre outras melhorias nas condições de trabalho. Foi evidenciado pelos grupos o diferencial entre a disponibilidade de insumos e instalações adequadas para as capacitações em comparação aos disponibilizados na rotina dos serviços.

De um modo geral, os participantes foram unânimes em reconhecer a importância estratégica das capacitações e o seu papel no reposicionamento do tema da hanseníase nas agendas decisórias locais. Adicionalmente, sinalizaram que iniciativas como essa tem papel na sensibilização dos estados e municípios para o cumprimento de metas pactuadas nas respectivas Programações Anuais de Saúde (PAS), relacionadas ao enfrentamento da doença.

Para futuras iniciativas de capacitação, os participantes sugeriram aprimoramentos concentrados em dois aspectos: 1) capacitações em grupos menores; e 2) maior padronização dos conteúdos e técnicas abordados.

Discussão

Para Patton¹⁸, a utilização é a força motora da avaliação. Para que a utilização ocorresse, o envolvimento e a participação dos principais demandantes dessa avaliação foram parte do desenho escolhido e da abordagem colaborativa para sua realização, o que implicou uma interação fecunda entre o grupo dos demandantes do MS e os avaliadores, visando a apoiar os processos de gestão e o aperfeiçoamento da intervenção¹⁹⁻²². Para isso, procurou-se valorizar o lugar de fala de cada ator, focando na aprendizagem institucional e no aperfeiçoamento das práticas. Ademais, a abordagem colaborativa visou à construção conjunta da racionalidade da intervenção e sua linha do tempo, assim como o passo a passo do processo avaliativo de forma clara e explícita, com o intuito de favorecer a aplicação dos achados da avaliação e de implementação de suas recomendações por parte do MS¹⁸.

A avaliação evidenciou que as capacitações foram importantes estratégias de revalorização

das ações de prevenção e controle da hanseníase ao conferir a essas ações um lugar privilegiado de discussão técnica, de reflexão e de mudança na atenção primária e em sua relação com a especializada. A incorporação de uma abordagem inovadora de ensino em serviço em saúde, com a simultaneidade do ensino-aprendizado de conteúdos e habilidades técnicas no contexto das interações interprofissionais, em contexto de mundo real, mostrou-se gratificante para os envolvidos.

A premissa pedagógica do processo de capacitação baseou-se no ensino-aprendizado reflexivo e mobilizador do conhecimento, o que potencializa a prática transformadora em situação, favorecendo a mobilização e a utilização de soluções de maneira integrada, e o fortalecimento do trabalho interdisciplinar²³.

Experiências semelhantes^{24,25} têm enfatizado o papel dessa imersão no fortalecimento de processos reflexivos na aprendizagem. Essas, além de aperfeiçoarem o desempenho das ações técnicas, favorecem a confiança profissional e possibilitam a mobilização e a utilização de soluções baseadas em evidências compartilhadas, ampliando a compreensão das necessidades e das respostas de âmbito coletivo, do trabalho e da comunidade²⁶.

A utilização do marco conceitual translaçional buscou fornecer uma teoria explicativa para os tópicos problematizados com relação ao processo de capacitação, dos pontos de vista cognitivo, estratégico e logístico, explicitando as convergências e divergências entre os atores. Outras experiências brasileiras de avaliação de processos de ensino e aprendizagem também puderam ser mais bem apreendidas e compreendidas com esse referencial^{20,27}.

Um dos desafios da avaliação foi a necessidade de adaptação das entrevistas grupais, diante de situações em que o número de participantes excedia ou era inferior ao recomendado para os GF. Alguns grupos foram transformados em rodas de conversa (quando o número excedia 15 participantes) ou entrevistas coletivas (quando o número era inferior a 7). Os locais e mobiliários disponibilizados

para realização dos grupos também condicionaram algumas dessas adaptações. Os avaliadores, juntamente com representantes do MS, precisaram ser receptivos na identificação das dificuldades e adaptativos no encontro de soluções. Em outro estudo, no qual foram realizados GF para elaboração de material educativo para pacientes com HIV-Aids acerca da temática da tuberculose²⁸, os avaliadores se defrontaram com o desafio do excesso do número de participantes e optaram por incluir todos, na medida em que perceberam tratar-se de uma oportunidade única de contribuição ativa daqueles envolvidos com a intervenção.

A adoção da estratégia REM, tal como observado em outros estudos avaliativos nacionais²⁹⁻³¹, facilitou, no curto espaço de seis meses, a execução da avaliação nos municípios participantes, pois lançou mão de técnicas apropriadas para a obtenção de informações de forma rápida e em tempo real. Contudo, diante da dificuldade da logística de acesso e de restrição de tempo, não foi possível incluir dois municípios que haviam passado pelo processo de capacitação. Esse fato pode, talvez, ter excluído da discussão aspectos não contemplados nos demais municípios.

Conclusões

O modelo de avaliação empregado, com foco na utilização, visou a responder a uma demanda da gestão central da hanseníase e possibilitou, de forma colaborativa e negociada, executar a avaliação no tempo proposto. A estratégia permitiu o alcance dos objetivos da avaliação,

ilustrando as percepções dos atores sobre o processo de capacitação em serviço, no contexto da APS, nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste do País, possibilitando que as controvérsias e convergências viessem à tona, assim como as possíveis recomendações para ajustes da intervenção. Espera-se que isso possibilite a integração da avaliação na cultura institucional, de forma a promover respostas adaptativas oportunas às necessidades de gestão e de capacitação.

Colaboradoras

Cardoso GCP (0000-0002-4014-0951)* contribuiu para a concepção do artigo, escolha metodológica, análise e interpretação dos dados, elaboração do texto e revisão final. Santos EM (0000-0002-2137-7048)* contribuiu para a concepção do artigo, escolha metodológica, análise e interpretação dos dados, revisão crítica e aprovação da versão final a ser publicada. Oliveira EA (0000-0001-5877-9879)* contribuiu para a análise e interpretação dos dados, redação do texto, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final a ser publicada. Coriolano CRF (0000-0002-9616-1217)* contribuiu para a revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final a ser publicada. Abreu MA (0000-0001-9013-0025)*, Souza MS (0000-0002-8014-8528)* e Soares BC (0000-0002-8462-1503)* contribuíram para a análise e interpretação dos dados, revisão crítica e aprovação da versão final a ser publicada. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Silva RR, Joppert MP, Gasparini MFV, organizadores. Diretrizes para a prática da avaliação no Brasil. [Brasília, DF]: Rede Brasileira de Monitoramento e Avaliação; 2020.
2. Monteiro LD, Mota RMS, Martins-Melo FR, et al. Determinantes sociais da hanseníase em um estado hiperendêmico da região Norte do Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2017; (51):70.
3. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiol. Hanseníase. 2021; (esp):1.
4. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Protocolo de campo do projeto Abordagens inovadoras para intensificar esforços para um Brasil livre de hanseníase. Relatório técnico do Projeto NIPPON Ano 1. Brasília, DF: MS; 2018. 24 p.
5. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Innovative Approches to intensify efforts towards a Brazil free of Hansen's Disease. Relatório técnico do Projeto NIPPON Ano 2. Brasília, DF: MS; 2019. 30 p.
6. Anker M, Guidotti RJ, Orzeszyna S, et al. Rapid evaluation methods (REM) of health services performance: methodological observations. *Bulletin WHO*. 1993; 71(1):15.
7. Natal S, Oliveira LGD, Machado MT. O método rápido de avaliação de programas de saúde. *Revista de APS*. 2014; 17(1).
8. Rodríguez-Campos L, Rincones-Gómez R. Collaborative evaluations: step-by-step. Stanford: Stanford University Press; 2012.
9. Morabito SM. Evaluator roles and strategies for expanding evaluation process influence. *Am. J. Evaluat*. 2002; 23(3):321-30.
10. Kitzinger J. Grupos focais. In: Pope C, Mays N, organizadores. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. Porto Alegre: Artmed Editora; 2009.
11. Westphal MF, Bógus CM, Mello FM. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. *Boletín Ofic. Sanit. Panameric*. 1996; 120(6).
12. Trad LAB. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis*. 2009; 19(3):777-796.
13. Greene JC, Benjamin L, Goodyear L. The merits of mixing methods in evaluation. *Evaluation*. 2001; 7(1):25-44.
14. Latour B. Reassembling the social: An introduction to actor-network-theory. Oxford: Oxford university press; 2005.
15. Callon M. Éléments pour une sociologie de la traduction: la domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc. *L'Année sociologique (1940/1948-)*. 1986; (36):169-208.
16. Clavier C, Sénéchal Y, Vibert S, et al. A theory-based model of translation practices in public health participatory research. *Sociol. health illness*. 2012; 34(5):791-805.
17. Abreu DMF. Usos e influências de uma avaliação de desempenho do Programa de Controle da Tuberculose em três municípios brasileiros. [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2018. 125 p.
18. Patton MQ. The challenges of making evaluation useful. *Ensaio: avaliação e políticas públicas em Educação*. 2005; (13):67-78.
19. Shulha LM, Whitmore E, Cousins JB, et al. Introducing evidence-based principles to guide collaborati-

- ve approaches to evaluation: Results of an empirical process. *Am. J. Evaluat.* 2016; 37(2):193-215.
20. Santos EM, Oliveira EA, Cardoso GCP, et al. Avaliações inclusivas: uma reflexão sobre possibilidades e implicações de abordagens participativas para a prática em avaliação. *Revista de Salud Ambiental.* 2018; 18(2):172-81.
21. Cardoso GCP, Oliveira EA, Casanova AO, et al. Participação dos atores na avaliação do Projeto QualiSUS-Rede: reflexões sobre uma experiência de abordagem colaborativa. *Saúde debate.* 2019; 43(120):54-68.
22. Al Hudib H, Cousins JB. Evaluation Policy and Organizational Evaluation Capacity Building: Application of an Ecological Framework across Cultural Contexts. *J. MultiDiscipl. Evaluat.* 2020; 16(36):37-56.
23. Cyrino EG, Toralles-Pereira ML. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Cad. Saúde Pública.* 2004; (20):780-8.
24. Santos EM, Cardoso GCP, Abreu DMF. E-Learning and Problematizing Pedagogies: A Brazilian Experience in Monitoring and Evaluation Teaching. In: Pereira Neto A, Flynn MB, editores. *The Internet and Health in Brazil.* Suíça: Springer; 2019. p. 275-95.
25. Knauth DR, Leal AF. A expansão das Ciências Sociais na Saúde Coletiva: usos e abusos da pesquisa qualitativa. *Interface (Botucatu).* 2014; 18(50):457-68.
26. Warner LH. Developing interpersonal skills of evaluators: a service-learning approach. *Am. J. Evaluat.* 2020; 41(3):432-51.
27. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Relatório Final das Iniciativas de Ensino da Indústria Farmacêutica: O Caso de Farmanguinhos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2017.
28. Cardoso GCP, Oliveira CF, Werlang P. Grupos focais como instrumento para elaboração de material educativo e participação social de pessoas vivendo com HIV-AIDS e tuberculose. *J. Manag. Prim. Health Care.* 2014; 5(2):178-87.
29. Oliveira LGD, Natal S, Felisberto E, et al. Modelo de avaliação do programa de controle da tuberculose. *Ciênc. saúde coletiva.* 2010; (15):997-1008.
30. Cardoso GCP, Santos EM, Alemayehu YK, et al. Sítios simbólicos de pertencimento e prevenção e controle da tuberculose: percepções e práticas dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil e na Etiópia. *Ciênc. saúde coletiva.* 2020; 25(8):2927-37.
31. McNall M, Foster-Fishman PG. Methods of rapid evaluation, assessment and appraisal. *Am. J. Evaluat.* 2007; 28(2):151-68.

Recebido em 20/09/2022

Aprovado em 09/03/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/Brasil)

Estudo de avaliabilidade das ações para detecção precoce do câncer de mama na atenção primária

Evaluability study of actions for early detection of breast cancer in primary care

Rafaela Krann¹, Claudia Flemming Colussi¹

DOI: 10.1590/0103-1104202313707

RESUMO O artigo tem como objetivo desenvolver um modelo avaliativo das ações de detecção precoce do câncer de mama na atenção primária. Trata-se de um estudo de avaliabilidade, realizado pelas etapas de análise documental, revisão de literatura e reunião de consenso para elaboração da matriz avaliativa. O resultado obtido foi o desenvolvimento da Matriz de Análise e Julgamento, composta por 14 indicadores, agregados em duas dimensões. A aplicação do modelo avaliativo permitirá a identificação das fragilidades e potencialidades das ações de detecção precoce do câncer de mama.

PALAVRAS-CHAVE Avaliação em saúde. Atenção Primária à Saúde. Neoplasias de mama.

ABSTRACT *The article aims to develop an evaluative model of actions for the early detection of breast cancer in primary care. This evaluability study was conducted through document analysis, literature review, and consensus meeting stages to prepare the evaluative matrix. The result was the development of the Analysis and Judgment Matrix, composed of 14 indicators aggregated into two dimensions. Applying the evaluative model will allow the identification of the weaknesses and strengths of actions for the early detection of breast cancer.*

KEYWORDS *Health evaluation. Primary Health Care. Breast neoplasms.*

¹Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) - Florianópolis (SC), Brasil.
rafaelakrann@yahoo.com.br



Introdução

O câncer se tornou um problema de saúde pública no mundo ao despontar como uma doença crônica não transmissível, com altas taxas de morbimortalidade¹. A neoplasia maligna de mama é o segundo tipo de câncer com maior incidência, sendo registrados mais de 2,1 milhões de casos novos por ano e pouco mais de 626 mil óbitos decorrentes da doença². No Brasil, o câncer de mama é uma das principais causas da morbimortalidade entre as mulheres, em todas as regiões do País³. Estima-se que ocorreram 66.280 casos novos de câncer de mama, para cada ano do triênio entre 2020 a 2022, o que corresponde a um risco estimado de 61 casos novos a cada 100 mil mulheres brasileiras^{2,3}.

O desenvolvimento do câncer de mama decorre de fatores relacionados à idade, genética, estilo de vida e exposição ambiental⁴, sendo reconhecido que um terço de todos os casos de câncer de mama no mundo poderiam ser curados se diagnosticados precocemente⁵. Para a Organização Mundial da Saúde, o controle do câncer de mama depende de quatro componentes: 1) ações de promoção da saúde e prevenção do câncer, sendo a estratégia de saúde pública com melhor relação custo-benefício; 2) detecção precoce; 3) tratamento e reabilitação; e 4) cuidados paliativos⁵.

No Brasil, o controle do câncer de mama é uma prioridade da agenda de saúde e integra o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). De acordo com a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer⁶, a coordenação do cuidado de pessoas com câncer, inclusive de mama, é de Atenção Primária à Saúde (APS), estando ela integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS). Além disso, para que as ações de detecção precoce do câncer de mama se desenvolvam de maneira efetiva, a APS, possui papel preponderante nos fatores de risco e proteção, bem como na classificação de risco para o seu desenvolvimento⁷.

Portanto, a avaliação em saúde pode contribuir com a identificação dos fatores que

potencializam ou fragilizam o planejamento e execução das ações de detecção precoce do câncer de mama. Além disso, os estudos avaliativos podem contribuir com a minimização dos efeitos deletérios da detecção tardia, incluindo a identificação de barreiras técnico-assistenciais e político-financeiras, que podem resultar na diminuição dos custos com o tratamento da doença já estabelecida⁴.

O presente artigo objetiva apresentar um modelo avaliativo das ações de detecção precoce do câncer de mama na APS.

Metodologia

Trata-se de um estudo de avaliabilidade, com abordagem qualitativa, baseado na metodologia proposta por Thurston e Ramaliu⁸. O estudo de avaliabilidade compreende as etapas, não sequenciais, de: a) descrição do serviço, identificando metas, objetivos e atividades; b) identificação e revisão dos documentos relativos ao programa; c) modelagem dos recursos disponíveis, impactos esperados e conexões estabelecidas; d) entendimento da operação do programa; e) desenvolvimento de um modelo lógico da avaliação; f) identificação dos atores interessados pelo programa e; g) obtenção de um acordo quanto ao procedimento da avaliação^{8,9}.

A pesquisa foi realizada no período entre maio de 2021 e janeiro de 2022. A primeira etapa consistiu da análise documental, com o objetivo de ampliar o conhecimento sobre o objeto e compreender de que maneira as ações de detecção precoce do câncer de mama na APS estão inseridas no contexto brasileiro. No *quadro 1*, são apresentados os documentos utilizados nessa etapa do estudo. Foram observados os documentos publicados entre 2006 e 2020, considerando-se a publicação da Portaria MS/GM nº 399/2006, que inclui objetivos e metas para o controle do câncer de mama e inicia a discussão sobre a temática no Sistema Único de Saúde (SUS), e finalizando na última publicação de documento oficial com a Diretriz de Detecção Precoce do Câncer de Mama.

Quadro 1. Leis, portarias, diretrizes e protocolos utilizados na elaboração dos modelos teórico e lógico das ações de detecção precoce do câncer de mama

DOCUMENTO	CONTEÚDO	CONTRIBUIÇÃO
Portaria MS/GM nº 399 de 22 fevereiro de 2006.	Dentre as prioridades do Pacto pela Vida, compromisso entre os gestores do SUS, objetiva metas para o controle do câncer de mama.	Descrição, objetivos e metas do programa.
Cadernos de Atenção Básica, n.13. Controle dos cânceres do colo de útero e de mama (2013).	Contribui com a organização da Rede de Atenção ao Câncer do colo de útero e de mama no Sistema único de Saúde (SUS) e tem a finalidade de orientar a atenção às mulheres, subsidiando tecnicamente os profissionais da atenção básica.	Descrição, organização, objetivos e funcionamento do Programa.
Portaria MS/GM nº 483 de 1º de abril de 2014.	Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	Normativa do programa, metas, objetivos. Construção do Modelo Lógico e Modelo Teórico.
Portaria MS/GM nº 874, de 16 de maio de 2013.	Institui a Política Nacional para a prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no Sistema único de Saúde (SUS).	Descrição, organização, objetivos e funcionamento do Programa.
Portaria MS/GM nº 3.394, de 30 de dezembro de 2013.	Promove o monitoramento das ações relacionadas à detecção precoce, confirmação diagnóstica e início do tratamento através do Sistema de Informação do Câncer (Siscan).	Normativa do Programa, metas, objetivos, atividades e resultados.
Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022 (2011).	Propõe metas nacionais para aumentar a cobertura de mamografia em mulheres entre 50 a 69 anos; aperfeiçoar as ações de rastreamento do câncer de mama; e a universalização desses exames a todas as mulheres.	Normativa do Programa, metas, objetivos, atividades e resultados.
Diretriz para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil (2015).	Estabelece as diretrizes para ampliar e qualificar a detecção precoce do câncer de mama, tanto em relação à organização da linha de cuidado, como também para apoiar os profissionais nas práticas clínicas.	Descrição, organização, objetivos, atividades e resultados. Construção do Modelo Lógico e Modelo Teórico.

Fonte: elaboração própria.

Ainda na primeira etapa, a revisão de literatura abrangeu a consulta em dissertações, teses e artigos científicos, relativos à análise das ações de detecção precoce do câncer de mama, principalmente abordando os aspectos avaliativos. Foram consultadas as seguintes bases de dados: PubMed, SciELO, Web of Science, Bireme, do Banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD). O período da coleta de dados para a revisão da literatura foi de 2015 a 2021. Para a busca de artigos científicos foram utilizadas as seguintes expressões-chaves e combinação de operadores: “*Breast Neoplasms*” AND “*Early Detection of Cancer*” AND “*Health Evaluation*” AND “*Screening*”. Para a busca de teses e dissertações foram

utilizadas seguintes expressões-chave e operadores: “Detecção Precoce de Câncer” AND “Câncer de mama” AND “Atenção Básica” OR “Atenção Primária à Saúde”. Os materiais foram analisados para que fossem utilizadas as informações fundamentais de interesse do objeto de estudo.

A segunda etapa do estudo consistiu de entrevistas semiestruturadas com quatro informantes-chave: dois profissionais de saúde (um profissional de enfermagem da APS e um profissional médico do setor de regulação municipal); uma usuária que utilizou serviços de saúde durante seu processo de diagnóstico, tratamento e reabilitação do câncer de mama; e uma representante de organização social de combate ao câncer de mama. Os informantes-chave foram indicados a partir do contato com

as organizações sociais e órgãos públicos. As entrevistas foram realizadas no período de setembro a outubro de 2021, em plataforma online, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os TCLE foram lidos e assinados, via plataforma digital, anteriormente ao início da entrevista. As entrevistas foram gravadas com vídeo e áudio e, posteriormente, transcritas em sua integralidade. A análise de conteúdo das entrevistas ocorreu em três etapas: 1) pré-análise, que envolve a organização do material e sistematização das categorias; 2) exploração do material e categorização, descrição analítica e aprofundamento do conteúdo; 3) tratamento dos resultados, por meio de análise crítica e reflexiva. Após a análise de conteúdo das entrevistas, foram identificadas as seguintes categorias: 1) experiências com os serviços de saúde, 2) fragilidades e potencialidades do processo de diagnóstico precoce, rastreamento e tratamento e 3) atividades e ações direcionadas ao câncer de mama a serem desenvolvidas.

A terceira etapa consistiu na elaboração do Modelo Teórico (MT) e o Modelo Lógico (ML) das ações de detecção precoce do câncer de mama na APS, levando em consideração os resultados das etapas anteriores. O MT é uma representação de como o programa funciona idealmente, extrapola a compreensão de outros fatores que podem interferir no programa, com especificações sobre o problema, as condições do contexto, o conteúdo e os atributos necessários para produzir isolada ou integralmente os efeitos esperados¹⁰. O ML é um esquema visual que representa o funcionamento do programa, fornecendo uma base objetiva de como os elementos se articulam para operacionalizá-lo¹¹. Ambos os modelos construídos levaram em consideração o contexto social, político, cultural e econômico em que a temática está inserida.

Após o processo de construção do MT e ML, ainda na terceira etapa, foi elaborada uma proposta de Matriz de Análise e Julgamento (MAJ) composta de dimensões, indicadores, medidas e parâmetros, com as respectivas fontes de evidência. Para a validação da MAJ,

adotou-se a técnica de comitê tradicional de consenso. O comitê tradicional de consenso possibilita o envolvimento dos especialistas selecionados para uma discussão aberta sobre o tema, na qual há a possibilidade de troca de ideias e confronto de opiniões divergentes¹².

A quarta etapa do estudo consistiu na realização da técnica de comitê tradicional de consenso. Para tanto, foi realizada uma oficina de consenso que contou com a participação de cinco especialistas: profissionais de saúde da APS, professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e gestores da APS do Departamento da Saúde da Mulher. Os especialistas foram convidados, via correio eletrônico, para a participarem e, em seguida, receberam a MAJ para apreciação. A oficina de consenso foi realizada no período de 20 de dezembro de 2021 a 12 de janeiro de 2022. Os especialistas foram convidados para um encontro virtual para apresentação das dimensões, critérios, indicadores e medidas pré-estabelecidas; apenas dois especialistas participaram desse encontro. Para os demais especialistas que não puderam participar do encontro, a MAJ foi enviada via correio eletrônico, com prazo para a manifestação de sua concordância ou discordância em relação ao modelo avaliativo proposto. Por fim, apenas três especialistas enviaram suas considerações.

Após a oficina de consenso, todas as contribuições foram analisadas e incorporadas ao modelo avaliativo proposto. Ocorreram supressões, inclusões ou complementações de indicadores baseados nas discussões e justificativas apresentadas pelos especialistas. Ressalta-se que a elaboração da MAJ permite a análise descritiva de todos os seus componentes do programa analisado.

Para a realização da pesquisa foram adotadas as recomendações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O trabalho foi submetido e aprovado na Plataforma Brasil sob o CAAE 48419021.0.0000.0121, parecer CEPESH/UFSC nº 4.944.137 emitido em 31 de agosto de 2021.

Resultados e discussão

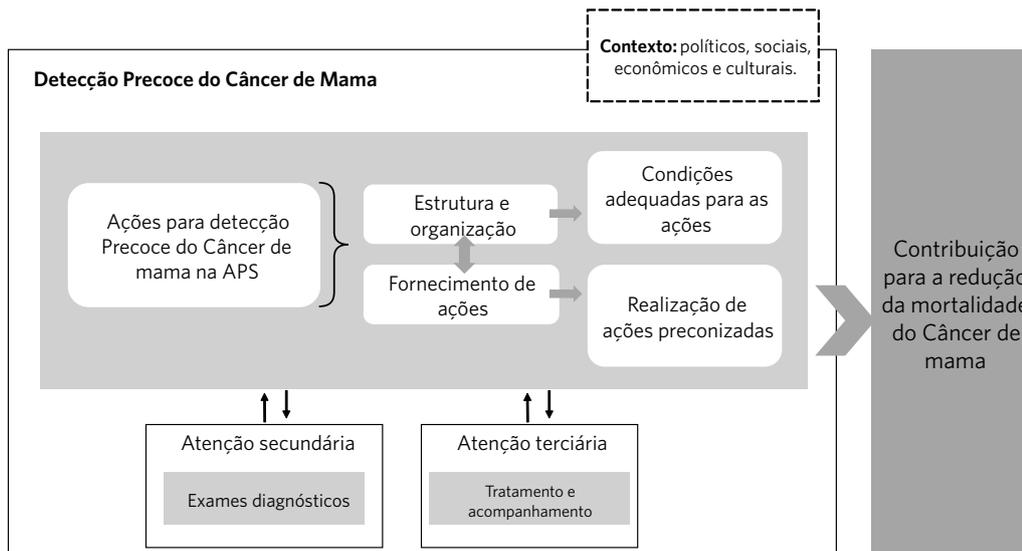
A organização das ações de detecção precoce do câncer de mama no SUS

As ações de detecção precoce do câncer de mama não estão inseridas em um programa específico, mas em políticas públicas, tais como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, além de estarem estabelecidas em documentos oficiais do Ministério da Saúde, como as 'Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil', que tem a finalidade de definir as ações e serviços que devem ser desenvolvidos nos diferentes pontos da RAS, levando em consideração o

nível de evidência científica para a definição de benefícios e danos dos mesmos⁶.

O MT das ações de detecção precoce do câncer de mama proposto pelo presente estudo está apresentado na *figura 1*. Tais ações estão inseridas em cada um dos pontos que compõem a RAS, por meio de linhas de cuidado, que devem contemplar a promoção da saúde e a prevenção do câncer, detecção precoce, tratamento oportuno, reabilitação e cuidados paliativos^{5,6,13}. São ações sistemáticas e integradas, que requerem colaboração interprofissional e visam reduzir a incidência e a morbimortalidade causada pelo câncer de mama. Para que as ações desenvolvidas impactem na situação de saúde, o trabalho de gestão da RAS requer uma visão ampliada dos gestores, com formulação e decisão estratégica, para integrar e coordenar todos os fluxos necessários¹⁴.

Figura 1. Modelo Teórico das ações de detecção precoce do câncer de mama



Fonte: elaboração própria.

A APS tem como estrutura física as Unidades Básicas de Saúde (UBS), as quais prioritariamente devem ser organizadas de acordo com a Estratégia Saúde da Família (ESF) e têm a

responsabilidade de centro de comunicação da RAS, coordenando os fluxos e contrafluxos. Já a atenção secundária e terciária ofertam ações de serviços especializados, com maior densidade

tecnológica dura, realizando diagnósticos e tratamentos, inclusive a quimioterapia, radioterapia e imunoterapia¹⁵. Além disso, as ações de detecção precoce do câncer de mama devem perpassar os campos da educação e comunicação em saúde e da vigilância do câncer e dos fatores de risco à saúde¹⁶.

A APS e a detecção precoce do câncer de mama

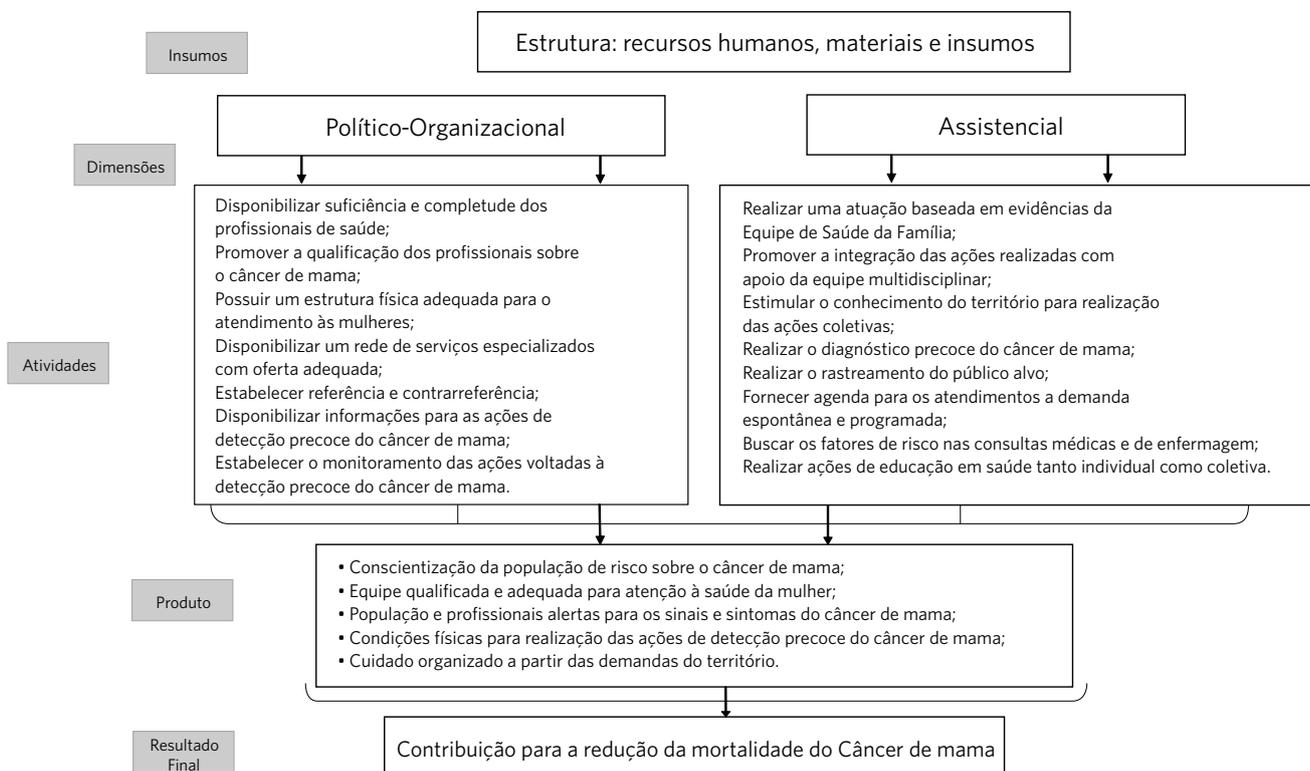
Na RAS, a APS é reconhecida como o serviço de primeiro contato para as mulheres com ou sem sintomatologia relacionadas ao câncer de mama. No MT proposto pelo presente estudo, a APS destaca-se por estabelecer um elo entre todas as demais ações e serviços que compõem a RAS. Para que isso ocorra, são necessários dois componentes: 1) estrutura adequada e 2) organização para o fornecimento de ações para detecção precoce. Para ambos, a gestão deve ser compartilhada entre os três entes federativos. No que se refere à gestão municipal, deve-se destacar a responsabilidade do provimento de recursos humanos adequados e capacitados para a atuação na APS, especialmente no que tange a realização de ações de detecção precoce do câncer de mama baseadas em evidências científicas¹⁷.

O Ministério da Saúde preconiza as seguintes ações relacionadas ao câncer de mama a serem realizadas pelos profissionais na APS: investigação dos fatores de risco para câncer de mama (dentre eles idade, fatores genéticos e endócrinos); acompanhamento clínico individualizado de mulheres com risco elevado de câncer de mama; promoção de ações educativas para conscientização, de maneira individual ou coletiva, que promovam a mobilização e a participação da comunidade; orientação educativa, sem recomendação de técnica específica, para a descoberta casual de pequenas alterações mamárias; Exame Clínico das Mamas (ECM) em todas as mulheres a partir de 40 anos de idade e, a partir de 35, naquelas pertencentes a grupos com risco; solicitação de mamografia para mulheres

na faixa etária dos 50 a 69 anos; solicitação de mamografia anual para mulheres com 35 anos ou mais com risco elevado de desenvolvimento de câncer de mama¹⁷. O modelo de cuidado adotado pelo Brasil para a realização de ações direcionadas ao câncer de mama é conhecido como ‘oportunistico’, ou seja, a triagem é passiva onde o exame é oferecido de modo oportuno e não sistemático, o que se torna um fator dificultador para sua eficácia e aplicabilidade¹. É reconhecido que esse modelo de cuidado pode não atingir toda a população-alvo e expor as mulheres ao risco de rastreamento mamográfico pelo uso indevido da tecnologia⁴. Por outro lado, o modelo organizado ocorre com planejamento ativo da população-alvo, periodicidade do exame, convocação e seguimento de casos suspeitos com disponibilidade de exames diagnósticos, tratamento, monitoramento de etapas^{1,4}. O que auxilia na avaliação da implementação do programa e ações de controle da qualidade de exames recomendados.

Na *figura 2* é apresentada a proposta de ML das ações de detecção do câncer de mama na APS, visando explicar as ações, os resultados esperados e as relações de causalidade entre os elementos. De acordo com a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, com a realização das ações para detecção precoce do câncer de mama, espera-se reduzir a exposição aos fatores de risco para a doença; diminuir a mortalidade por câncer de mama; e melhorar a qualidade de vida da mulher com câncer de mama⁷. Contudo, as desigualdades sociais e econômicas, bem como as diferenças culturais, repercutem na crescente incidência e mortalidade do câncer de mama¹⁸. Além disso, fatores contextuais podem interferir na adequada organização e realização das ações de detecção precoce, incluindo situações de vulnerabilidade social; barreiras de acesso às ações e serviços ofertados; modelos de assistência não baseados em APS; papel da mulher na sociedade; organizações não governamentais sem vínculo com uma rede de cuidado ampliada, seja pública ou privada¹⁹.

Figura 2. Modelo Lógico das ações de detecção precoce do câncer de mama na atenção primária



Fonte: elaboração própria.

Matriz de Análise e Julgamento para as ações de detecção precoce do câncer de mama

No ML proposto, a dimensão político-organizacional compreende os aspectos administrativos e organizacionais necessários para as ações de detecção precoce do câncer de mama. Desse modo, a APS deve possuir profissionais de saúde capacitados, qualificados e em quantidade suficiente para a garantia da cobertura das ações para a população-alvo da detecção precoce do câncer de mama²⁰.

Ainda em relação ao ML, a dimensão assistencial inclui as ações relacionadas com o processo de trabalho das equipes de Saúde da Família e/ou Atenção Básica. As ações de detecção precoce do câncer de mama ofertadas

na APS são fundamentais para a contribuição na redução da mortalidade pela doença e melhora da qualidade de vida das mulheres¹³. Para que as ações de detecção precoce sejam resolutivas, considera-se que a população deve ser capacitada quanto aos sinais e sintomas do câncer de mama, o que resulta de equipes de saúde com processos de trabalho definidos, atuantes sob lógica das necessidades de saúde dos territórios adscritos¹⁷.

A MAJ é apresentada no quadro 2 e se compõem de duas dimensões e 14 indicadores, com suas respectivas medidas, parâmetros, pontuação máxima esperada para cada um de seus componentes e as fontes de evidências.

Quadro 2. Matriz de Análise e Julgamento das ações de detecção precoce do câncer de mama na atenção primária, contendo dimensões, indicadores, medidas, parâmetros e as fontes de evidências

	Indicador	Medidas	Parâmetro	Fonte
Dimensão Político-organizacional	Suficiência de Profissionais	Percepção da coordenação da UBS sobre a suficiência da carga horária dos profissionais que atuam na UBS (Médico e enfermeiro).	Satisfatório (10 pts) Parcial (5 pts) Insatisfatório (0 pts).	Coordenação da unidade
		Percepção da coordenação da UBS sobre o horário de funcionamento da UBS. *O horário está adequado a necessidade de saúde da população do território.	Satisfatório (10 pts) Parcial (5 pts) Insatisfatório (0 pts).	
		Percentual da completude das equipes que atuam na UBS no município.	Transformação do percentual de equipes completas no município em escore seguindo a proporção (100%=10 pts).	
		Percentual de cobertura das equipes no município.	Transformação do percentual de cobertura das equipes no município em escore seguindo a proporção (100%=10 pts).	
	Qualificação profissional	Realização de capacitação sobre o funcionamento da rede municipal no ingresso dos profissionais.	Sim (10 pts) / Não (0 pts) É ofertado capacitação no ingresso sobre o funcionamento da rede municipal.	Coordenação da unidade
		Obrigatoriedade da capacitação no ingresso dos profissionais.	Sim (10 pts) / Não (0 pts) A participação na capacitação é obrigatória no ingresso dos profissionais.	
		Ações de qualificações sobre detecção precoce do câncer de mama.	Sim (10 pts) / Não (0 pts). Entende-se ações de qualificações sobre a detecção precoce do câncer de mama como: educação permanente sobre a temática; reuniões de equipe, fórum e palestras dentro da unidade de saúde.	
	Estrutura Física do Centro de Saúde	Percepção da coordenação da UBS sobre a adequação da estrutura física do Centro de Saúde para a realização das ações de saúde.	Adequada (10 pts); Parcialmente (5 pts); Inadequada (0 pts).	Coordenação da unidade
		Existência de: 1. Sala de espera (1 pt) 2. Consultório com maca (2 pts) 3. Consultório com banheiro (2 pts) 4. Sala para atividades coletivas/ Sala de reuniões (2 pts) 6. Computador com acesso à internet (1 pt).	Adequada (10 pts): 6 a 8 pontos Parcialmente adequada (5 pts): 3 a 5 pontos Inadequada (0 pts): menos de 3 pontos.	
	Regulação de acesso aos serviços especializados	Existência de central de regulação aos serviços especializados e SADT.	Sim (10 pts) / Não (0 pt).	Coordenação da unidade
Tempo decorrido entre a solicitação do exame e o retorno da mulher ao centro de Saúde.		Até 30 dias (Bom) De 31 a 60 dias (Regular) 61 dias ou mais (Ruim).		
Adequação da oferta de serviços especializados e SADT	Tempo de espera dos exames de imagem (mamografia)	Bom (Até 30 dias) (10 pts) Regular (31 dias a 60 dias) (5 pts) Ruim (61 dias ou mais) (0 pts).	Gestão Municipal	
	Tempo de espera para consulta com mastologista.	Bom (Até 30 dias) (10 pts) Regular (31 dias a 60 dias) (5 pts) Ruim (61 dias ou mais) (0 pts).		

Quadro 2. Matriz de Análise e Julgamento das ações de detecção precoce do câncer de mama na atenção primária, contendo dimensões, indicadores, medidas, parâmetros e as fontes de evidências

	Indicador	Medidas	Parâmetro	Fonte	
Dimensão Político-organizacional		Disponibilidade do exame de mamografia.	Satisfatório (10 pts) (Disponibilidade do exame de mamografia no município) Parcial (5 pts) (Disponibilidade do exame de mamografia na rede) Insatisfatório (0 pts) (Sem disponibilidade do exame de mamografia no município e na rede).	IBGE/CNES	
	Referência e contrarreferência	Existência de contrarreferência após encaminhamento para serviço especializado.	Sempre (10 pts) Na maioria das vezes (8 pts) Às vezes (5 pts) Raramente (1pt) Nunca (0 pt).	Coordenação da Unidade	
	Disponibilidade de Informação	Exigência do preenchimento da requisição do Sistema de Informação Siscan.	Sim (10 pts) / Não (0 pts).	Gestão Municipal	
		Monitoramento do preenchimento da requisição do Sistema de Informação Siscan.	Sim (10 pts) / Não (0 pts).		
	Monitoramento das ações voltadas à detecção precoce do câncer de mama	Existência de indicadores de monitoramento das ações voltadas à detecção precoce do câncer de mama.	Sim (10 pts) / Não (0 pts).	Gestão Municipal	
		Acompanhamento de indicadores de monitoramento das ações voltadas à detecção precoce do câncer de mama.	Sim (10 pts) Parcial (5 pts) Não (0 pts).		
		Realização de planejamento e organização das ações voltadas a detecção precoce do câncer de mama com base na avaliação dos indicadores selecionados.	Muito frequente (10 pts) Frequente (7,5 pts) Ocasionalmente (5 pts) Raramente (2,5 pts) Nunca (0 pts).		
	Dimensão Assistencial	Conhecimento do Território	Percentual de microáreas cobertas pelos ACS.	Bom (75%) (10 pts) Regular (50 a 75%) (10 pts) Ruim (<50%) (0 pts).	Coordenador da unidade
		Organização da agenda	Identificação e registro das mulheres da idade alvo que não estão realizando o rastreamento mamográfico.	Sim (10 pts) / Não (0 pts).	Coordenador da unidade
			Garantia de consultas de acompanhamento para usuárias com diagnóstico de câncer de mama.	Sim (10 pts) Parcial (5 pts) Não (0 pts).	
Processo de trabalho da assistência à saúde da mulher		Realização de busca ativa das mulheres da população alvo.	Sim (10 pts) / Não (0 pts).	Coordenador da unidade	
		Realização de consultas de acompanhamento para mulheres encaminhadas aos serviços especializados.	Sim (10 pts) Parcial (5 pts) Não (0 pts).		
	Realização de ações de educação em saúde para conscientização da população sobre a temática. Inclui: Salas de espera, palestras educativas na comunidade, divulgação da temática em comunicações locais, ação outubro rosa. Uso de protocolo e diretrizes voltadas à detecção precoce do câncer de mama.	Sim (10 pts) / Não (0 pts).			

Quadro 2. Matriz de Análise e Julgamento das ações de detecção precoce do câncer de mama na atenção primária, contendo dimensões, indicadores, medidas, parâmetros e as fontes de evidências

	Indicador	Medidas	Parâmetro	Fonte	
Dimensão Assistencial	Processo de trabalho da assistência à saúde da mulher	Realização do registro de mulheres que realizaram a mamografia em prontuários eletrônicos e/ou fichas de acompanhamento.	Sim (10 pts) / Não (0 pts).	Coordenador da unidade	
		Realização do <i>checklist</i> nas consultas de saúde da mulher.	Sempre (10pts) Na maioria das vezes (7,5pts) Às vezes (5pts) Raramente (2,5pts) Nunca (0 pts).	Coordenador da unidade	
		Checklist atendimentos médicos e de enfermagem: - Anamnese; - Exame físico das mamas; - Busca dos fatores de risco (hereditários, comportamentais/ambientais, endócrinos) para desenvolvimento do câncer de mama. - Solicitação de exame de mamografia para mulheres entre 50 e 69 anos a cada 2 anos.			
		Acompanhamento domiciliar para mulheres cuidado paliativo.	Sim (10 pts) / Não (0 pts).		
		Atuação interdisciplinar	Participação de diferentes profissionais na organização das atividades educativas. Inclui: Salas de espera, palestras educativas na comunidade, ações outubro rosa, reuniões de equipe. Apoio de equipe multiprofissional para usuárias em tratamento do câncer de mama. Entende-se como suporte multiprofissional: psicólogos, fisioterapeutas, nutricionista, farmacêutico.	Sempre (10 pts) Na maioria das vezes (7,5 pts) Às vezes (5 pts) Raramente (2,5 pts) Nunca (0 pts). De 4 profissionais (10 pts) De 2 a 3 profissionais (5 pts) De 1 profissional (1 pts).	Coordenador da unidade
		Diagnóstico precoce do câncer de mama	Tempo médio entre a realização da mamografia diagnóstica e o seu resultado. Percentual de mamografias classificadas como BI-RADS 4 ou 5 do total de mamografias diagnósticas.	Satisfatório: 0-30 dia (10 pts) Parcial: 31 a 60 dias (5 pts) Insatisfatório: > 60 ou não sabe informar (0 pts). Satisfatório: < 5% (10 pts) Insatisfatório: >5% (0 pts).	Coordenador da unidade SisMama/ Siscan
		Rastreamento	Percentual da população alvo que realizou o exame de mamografia na periodicidade indicada. Cálculo: Número de mulheres de 50 a 69 anos que realizaram mamografia de rastreamento, nos últimos dois anos, em determinado local e período x 100/ N° de mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos, no respectivo local e período Percentual da realização de mamografia de rastreamento segundo indicação para mulheres de 50 a 69 anos. Cálculo: N° de mamografias de rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos, residentes em dado local e período x 100 / N° total de mamografias de rastreamento no respectivo local e período. Tempo médio entre a realização da mamografia de rastreamento e o seu resultado.	70% satisfatório 50 a 69% regular < 49% insatisfatório. Satisfatório: 53% ou mais (10 pts) Parcial: 25 a 53% (5 pts) Insatisfatório: < 25% (0 pts). Satisfatório: 0-30 dias (10 pts) Parcial: 31 a 60 dias (5 pts) Insatisfatório: > 60 dias (0 pts).	Siscan e IBGE Siscan/ SisMama/ SIA/ SUS SisMama/ Siscan

Fonte: elaboração própria.

Na dimensão político-operacional, para que as ações sejam realizadas adequadamente, deve haver equipes de Saúde da Família e/ou Atenção Básica completas, com suficiência de carga horária dos profissionais de saúde para atender à demanda do território, seguindo as recomendações do Ministério da Saúde²⁰. Destaca-se que, apesar do horário de funcionamento das UBS ser de segunda à sexta-feira, podem ocorrer horários alternativos, respeitando a carga horária mínima e conforme a necessidade da população²⁰. Essa prerrogativa torna-se importante na medida que possibilita o acesso das mulheres aos serviços de saúde, o que está diretamente ligada à percepção de satisfação com a atenção à saúde²¹.

Durante a validação da MAJ, após a oficina de consenso, houve o entendimento que no indicador 'suficiência de profissional' fosse adicionado a medida 'percentual de cobertura das equipes no município' por compreender que para operar na sua integralidade, as ações de detecção precoce do câncer de mama devem estar disponíveis em todas as UBS²².

Além disso, os profissionais de saúde que atuam na APS devem ter conhecimento das estratégias para o controle do câncer de mama, bem como saber planejá-las e realizá-las¹⁸. A qualificação profissional está relacionada à boa prática clínica, o conhecimento dos fluxos de encaminhamento na linha de cuidado e o seguimento de protocolos, o que contribuirá com a implementação das políticas públicas de detecção precoce do câncer de mama na APS²².

As UBS devem ter uma estrutura física apropriada, que permita a realização de ações e possibilite o acesso das mulheres para o diagnóstico precoce e rastreamento do câncer de mama. As instalações adequadas permitem a organização dos processos de trabalho e favorecem o acolhimento das mulheres^{19,21}. Espera-se que, minimamente, a estrutura física das UBS possua alguns elementos indispensáveis para a efetivação do cuidado, incluindo consultórios com banheiro (com garantia de privacidade da mulher), consultório com maca para a realização de exames, salas para

atividades coletivas, sala de espera computadores com acesso à internet^{17,21}.

A APS ocupa uma posição central no atendimento das mulheres, principalmente a população-alvo com risco de desenvolver câncer, ou até mesmo com a doença confirmada ou sobreviventes. As ações visam alcançar os princípios de igualdade, integralidade e de organização da RAS, atuando como um centro comunicador, tendo como responsabilidade estabelecer as prioridades e o fluxo assistencial à atenção especializada²². Diante desse cenário, a regulação em saúde operacionaliza, monitora e avalia as solicitações de consultas, procedimentos e exames de acordo com protocolos clínicos. É uma ferramenta para promoção da equidade e acessibilidade na detecção precoce do câncer de mama. Além disso, é fundamental garantir o acesso aos serviços especializados, como os exames de imagem e consultas com especialistas em tempo oportuno para o diagnóstico precoce do câncer de mama. Tem o papel de garantir a integralidade do atendimento à saúde da mulher, além de proporcionar a oferta assistencial disponível conforme a oferta e demanda segundo as necessidades de saúde das mulheres.

A falta de trocas de informações cria práticas individualizadas e pontuais na rede assistencial, pois a APS deveria receber as informações dos níveis secundários e terciários¹⁵. O serviço de referência e contrarreferência é um mecanismo de coordenação do cuidado e organização dos serviços em rede, para que os aspectos fundamentais da detecção precoce do câncer de mama ocorram de maneira adequada. Para tanto, a organização da agenda reflete na garantia de consultas de acompanhamento das mulheres que foram encaminhadas para outros pontos da RAS a fim de melhorar a adesão e acompanhamento do tratamento. Além de fortalecer o vínculo e estreitar as relações entre os profissionais da APS e seu centro de saúde¹⁷.

O conhecimento do território permite o planejamento das ações conforme as necessidades da população. Também favorece o vínculo

entre profissionais de saúde e a população, o que tem impacto nos resultados das ações em saúde. Portanto, o adequado planejamento das ações de detecção precoce do câncer de mama só será realizado com esse conhecimento. E além de planejar é importante avaliar e monitorar as ações de detecção precoce do câncer de mama. O Sistema de Informação do Câncer (Siscan) é uma importante fonte de dados para a avaliação e monitoramento. O Siscan está integrado com o Cadastro Nacional de Usuário do SUS (Cadweb), que auxilia na identificação das mulheres pelo número do cartão do SUS. Também está integrado ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), integrando com os prestadores e auxiliando na organização da rede. Monitorar e avaliar têm como objetivo acompanhar e comparar resultados por mulheres de uma maneira espacial e temporal, além de facilitar o gerenciamento do rastreamento e de exames de seguimento. Ferramenta essencial para dar suporte aos processos decisórios, apoiar o planejamento e a tomada de decisão e orientar as ações voltadas à detecção precoce do câncer de mama²³.

A sistematização de dados relacionados ao câncer possui uma relevância, visto que estes dados podem gerar informações importantes, possibilitando subsídios para auxiliar o planejamento administrativo e, como consequência, melhorar o nível assistencial²⁴. O foco na integração dos sistemas e disponibilidade de informação na RAS são considerados instrumentos determinantes, que tornam possível a comunicação entre os níveis de atendimento às necessidades da saúde da mulher.

A atuação das equipes da Atenção Básica tem o papel de estabelecer vínculo com a comunidade e população do território. O processo de identificação de situações de risco e vulnerabilidade, realização de busca ativa das mulheres e práticas educativas de conscientização da população são fundamentais para promover um cuidado contínuo, integral e organizado. Considerando o objetivo de garantir assistência adequada para as mulheres no âmbito da atenção primária, incluindo a

detecção precoce do câncer de mama, se faz necessário a implantação de protocolos e diretrizes e a definição de fluxos de acesso nos diferentes pontos da rede de atenção²⁵.

Além disso, deve ter profissionais de apoio que atuem de forma interdisciplinar no cuidado à mulher em tratamento do câncer de mama, desenvolvendo atividades integradas a fim de os diferentes conhecimentos atuarem para o bem-estar das pacientes^{17,26}. Nesse entendimento, houve a inclusão, a partir da discussão realizada na oficina de consenso, do indicador ‘atuação interdisciplinar’ e das medidas: participação de diferentes profissionais na organização das atividades educativas e apoio de equipe multiprofissional para usuárias em tratamento do câncer de mama.

Os profissionais de saúde que atuam na atenção básica também têm a atribuição de realizar ações educativas para a promoção da saúde e prevenção da saúde. Durante o mês de outubro, os serviços públicos de saúde promovem ações educativas e divulgam a oferta de exames de rastreamento. A campanha do Outubro Rosa foi outra temática discutida na oficina de consenso. Com isso, partindo do entendimento que a ação mobiliza a sociedade, serviços públicos e privados, profissionais de saúde e Organizações Não Governamentais (ONG) na disseminação da informação sobre o câncer de mama, foi acrescentado a ação Outubro Rosa no indicador ‘processo de trabalho na assistência à saúde da mulher’, na medida ‘realização de ações de educação em saúde para a conscientização da população sobre a temática^{27,28}.

A detecção precoce consiste em ações de diagnóstico precoce e rastreamento. Nessa análise os indicadores ‘diagnóstico precoce do câncer de mama’ e ‘rastreamento’, desse modo busca-se o diagnóstico precoce do câncer de mama nas fases iniciais e mensurar a adesão às diretrizes técnicas do Ministério da Saúde. Nesse sentido, a proposta dessa estratégia não é ensinar um método de rastreamento, mas sim qualificar a demanda das mulheres por assistência médica, valorizando

o autoconhecimento e a identificação precoce dos sinais de alerta para o câncer de mama em situações cotidianas²².

Para a emissão do juízo de valor da matriz desenvolvida, para cada indicador, dimensão será calculada a somatória da pontuação máxima obtida, então dividida pela pontuação máxima esperada e multiplicada por 100, considerando-se os seguintes pontos de corte: crítico: < 25%; incipiente: entre 26 a 50%; parcialmente adequado: entre 51 a 75%; adequado: > 75%. Tais percentuais propostos para cada componente da MAJ permitem avaliar o grau de adequação das ações de detecção precoce do câncer de mama na APS.

O estudo de avaliabilidade auxilia na compreensão do funcionamento das ações e indica os ajustes a serem realizados. Contudo, este trabalho apresentou limitações, tais como o fato de ocorrer em um período pandêmico pelo Sars-CoV-2 o que dificultou o contato e a realização das entrevistas e envolvimento com os diferentes atores do processo. As entrevistas são peças fundamentais da avaliação, pois promovem um debate e uma ampla visão de todo o andamento do programa.

Houve um número reduzido de especialistas que pode deixar de contemplar outras realidades trazidas pelas experiências do serviço em saúde. Em contrapartida, procurou-se na revisão bibliográfica utilizar documentos nacionais de diferentes regiões do País e internacionais, contrastando diferentes realidades.

Além disso, observa-se a complexidade na construção de um modelo avaliativo das ações de detecção precoce do câncer de mama pela heterogeneidade das produções científicas sobre a temática. Organizar as informações e indicadores das ações de detecção precoce na APS é um desafio, pois abrange diversos atores,

da assistência ao cuidado, nos três níveis de atenção. A maioria dos estudos avaliativos tem como foco o tratamento do câncer de mama na RAS e suas implicações. Apesar dos avanços, as diretrizes nacionais não são seguidas conforme o recomendado, além de apresentar uma fragmentação do cuidado, com discrepância nas disparidades regionais na oferta do exame de mamografia.

Considerações finais

O desenvolvimento do estudo de avaliabilidade mostra que as ações de detecção precoce do câncer de mama na APS são passíveis de serem avaliadas. O estudo possibilitou um aprofundamento sobre a temática e a relação entre seus componentes, proporcionando a compreensão de fatores que podem interferir e potencializar a realização das ações de detecção precoce do câncer de mama na APS. A obtenção do juízo de valor das dimensões propostas, considerando os contextos que estão inseridos, poderá fornecer apoio para a tomada de decisão dos gestores, especialmente municipais estaduais, bem como de profissionais de saúde atuantes na APS, identificando os elementos que devem ser priorizados para o alcance dos resultados esperados, incluindo a atenção adequada às necessidades das mulheres e o controle do câncer de mama através da detecção precoce da doença.

Colaboradoras

Krann R (0009-0006-7147-1813)* e Colussi CF (0000-0002-3395-9125)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- World Health Organization. Cancer control: knowledge into action: WHO Guide to cancer early diagnosis. Geneva: World Health Organization; 2017.
- Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, et al. Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin*. 2018 [acesso em 2021 jan 19]; 68(6):394-424. Disponível em: <https://doi.org/10.3322/caac.21492>.
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca; 2019.
- Ohl ICB, Ohl RIB, Chavaglia SRR, et al. Ações públicas para o controle do câncer de mama no Brasil: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm*. 2016 [acesso em 2021 jan 19]; 69(4):793-803. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690424i>.
- World Health Organization. Cancer Control: knowledge into action: WHO Guide for Effective Programmes: Module 3: early detection. Geneva: World Health Organization; 2007.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 17 Maio 2013.
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; 2015.
- Thurston WE, Ramaliu A. Evaluability assessment of survivors of torture program: lessons learned. *Can J Program Eval*. 2005 [acesso em 2021 fev 2]; 20(2):1-25. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Wilfreda-Thurston/publication/228466055_Evaluability_assessment_of_a_survivors_of_torture_program_Lessons_learned/links/0fcfd50d38551a1e09000000/Evaluability-assessment-of-a-survivors-of-torture-program-Lessons-learned.pdf.
- Thurston WE, Potvin L. Evaluability Assessment: a tool for incorporating evaluation in social change programmes. *Evaluation*. 2003 [acesso em 2021 jan 26]; 9(4):453-469. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/135638900300900406>.
- Medina MG, Silva GAP, Aquino R, et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: Hartz ZMA, Silva LMV, organizadores. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 41-63.
- Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, et al. organizadores. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.
- Souza LEPP, Silva LMV, Hartz ZMA. Conferência de Consenso sobre a imagem-objeto da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: Hartz ZMA, Vieira da Silva LM, organizadores. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 65-102.
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011.
- Goldman RE, Figueiredo EN, Fustinoni SM, et al. Brazilian Breast Cancer Care Network: the perspective of health managers. *Rev Bras Enferm*. 2019 [acesso em 2021 jan 26]; 72(1):274-281. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0479>.

15. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família. 1. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
16. Traldi MC, Galvao P, Morais SS, et al. Demora no diagnóstico de câncer de mama de mulheres atendidas no Sistema Público de Saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2016 [acesso em 2021 jan 26]; 24(2):185-191. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201600020026>.
17. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
18. Barbosa YC, Oliveira AGC, Rabelo PPC, et al. Fatores associados à não realização de mamografia: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev Bras Epidemiol*. 2019 [acesso em 2021 mar 5]; (22):E190069. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190069>.
19. Migowski A, Dias MBK, Nadanovsky P, et al. Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. III - Desafios à implementação. *Cad. Saúde Pública*. 2018 [acesso em 2021 fev 2]; 34(6):e00046317. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00046317>.
20. 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*. 22 Set 2017.
21. Brandão ALRBS, Giovanella L, Campos CEA. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. *Ciênc. saúde coletiva*. 2013 [acesso em 2021 mar 5]; 18(1):103-224. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/v18n1/12.pdf>.
22. Oliveira RDP. Avaliação de estratégias para a detecção precoce do câncer de mama em mulheres atendidas na Atenção básica em saúde: enfoque na estrutura e processo do serviço. [tese]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2019. 119 p.
23. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Qualidade dos dados do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) – 2016 a 2020. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; 2021. 8 p.
24. Ferreira DS, Bernardo FMS, Costa EC, et al. Conhecimento, atitude e prática de enfermeiros na detecção do câncer de mama. *Esc Anna Nery*. 2020 [acesso em 2021 fev 2]; 24(2):1-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0054>.
25. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Informativo Detecção Precoce. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; 2015. 12 p.
26. Tomasi E, Facchini LA, Thume E, et al. Características da utilização de serviços de Atenção Básica à Saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011 [acesso em 2021 fev 2]; 16(11):4395-4404. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001200012>.
27. Assis M, Santos ROM, Migowski A. Detecção precoce do câncer de mama na mídia brasileira no Outubro Rosa - 2020. *Physis*. 2020 [acesso em 2021 abr 14]; 30(1):E300119. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300119>.
28. Gutiérrez MGR, Almeida AM. Outubro Rosa. *Acta Paul Enferm*. 2017 [acesso em 2021 fev 2]; 30(5). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700065>.

Recebido em 23/06/2022

Aprovado em 24/01/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Política de Práticas Integrativas em Saúde do DF-Brasil: Estudo de Avaliabilidade

Policy on Integrative Health Practices of Federal District in Brazil: Evaluability Study

Maria Panisson Kaltbach Lemos¹, Vera Lucia Luiza²

DOI: 10.1590/0103-1104202313708

RESUMO As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde incluem diversas formas de cuidado de saúde e estão presentes há mais de três décadas nos serviços de saúde no Distrito Federal, onde a avaliação de implantação da sua política não está completamente definida. Para auxiliar na compreensão da realidade, foi realizado Estudo de Avaliabilidade, de forma colaborativa, envolvendo discussão com *stakeholders*, questionários e consulta a documentos. Foram identificados, organizados e modelizados os componentes da política. Um Modelo-lógico simplificado e um dos modelos-lógico-operacionais, com conteúdo validado pelos participantes, são apresentados neste artigo. Para avaliação da política, foram priorizados aspectos iniciais da cadeia lógica de implementação modelizada. Identificou-se como fundamental o fomento ao conhecimento dos atores sobre o conjunto de recursos necessários para implementação de serviços de práticas integrativas e sobre as responsabilidades intersetoriais relacionadas. Sugerem-se avaliações formativas, qualitativas e colaborativas. A modelização realizada possibilita continuidade nos estudos desta política, lançando luz ao estudo de políticas semelhantes.

PALAVRAS-CHAVE Avaliação em saúde. Terapias complementares. Política de saúde. Saúde pública. Gestão em saúde.

ABSTRACT *Integrative and Complementary Practices in Health include different health care forms and have been present for more than decades in health services in the Federal District, where the implementation assessment of your policy is not completely defined. To assist in understanding reality, an Evaluability Study was carried out collaboratively, involving discussion with stakeholders, questionnaires and consultation of documents. The policy components were identified, organized and modeled. A simplified-logical-model and one of the operational-logical-models, validated by the participants, are presented in this article. For policy evaluation, the initial aspects of the modeled logical implementation chain were prioritized. It was identified as fundamental the promotion of the actors' knowledge about the set of resources to the implementation of the Integrative Practices services and about the related intersectoral responsibilities. Formative, qualitative and collaborative assessments are suggested. The modeling carried out in the studies of this policy, shed light on the study of similar ones.*

KEYWORDS *Health evaluation. Complementary therapies. Health policy. Public health. Health management.*

¹Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) – Brasília (DF), Brasil.
maria.kaltbach@gmail.com

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

Introdução

As Medicinas Tradicionais e Complementares (MTC) são originárias de várias partes do mundo e tem seu uso recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS)¹. No Brasil são denominadas as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (Pics), termo que se refere a sistemas médicos complexos e outros recursos terapêuticos que contribuem para a promoção global do cuidado humano, incluindo a ampliação da corresponsabilidade dos indivíduos pela saúde². Desde 2001, o Distrito Federal (DF) denomina Práticas Integrativas em Saúde (PIS) o conjunto de tecnologias que abordam a saúde do ser humano na sua multidimensionalidade, promovendo seu protagonismo, corresponsabilidade, emancipação, liberdade e atitude ética, para promover, manter e recuperar sua saúde³.

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) para o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil foi publicada em 2006, orientando a implementação destas práticas no País e compartilhando com a gestão estadual responsabilidades, porém sem definir ou padronizar sua avaliação². Ocorre monitoramento nacional parcial pelos sistemas informatizados⁴, mas cabe aos municípios o monitoramento local de implantação e de resultados⁵.

Em 2015, foram registrados no sistema de informação brasileiro da Atenção Primária à Saúde 527.953 atendimentos individuais em Pics, em 1.362 municípios⁶. No entanto, o crescimento e a expansão de Pics no País não significa institucionalização e sustentabilidade da PNPIC, sem o que há fragilidade e instabilidade da oferta e dificuldade de monitoramento e a avaliação para contribuir com a segurança e a qualidade⁷.

O contexto multifatorial de desajustes na implantação das políticas de práticas integrativas e complementares em saúde⁷⁻¹², somado à indefinição de mecanismos ideais de avaliação dessas práticas^{4,13-16}, torna necessários estudos que permitam melhor compreender a sua lógica de funcionamento e buscar estratégias viáveis para sua avaliação.

O Estudo de Avaliabilidade (EA) tem potencial de auxiliar o planejamento, contribuindo para a viabilidade das ações propostas no âmbito da saúde pública, ajudando a desenvolver objetivos realistas e fornecer *feedback* rápido e de baixo custo sobre a implementação. Não pretende gerar evidência sobre efetividade, mas sim identificar a lógica do programa, além de desajustes na intervenção¹⁷.

O EA tem particular valor para gerentes que desejam promover a aprendizagem organizacional, podendo servir de instrumento para transferir um programa a uma nova liderança, e para quem planeja uma avaliação¹⁸. Ainda, ao gerar compreensão dos mecanismos pelos quais a intervenção alcança seus resultados, pode indicar ajustes necessários nos objetivos, atividades ou recursos, aumentando o seu potencial de atender as necessidades da sociedade^{17,19}.

Com mais de três décadas de história desde o início da institucionalização dessas práticas na saúde pública em seu território, o DF pode ser considerado pioneiro no Brasil²⁰. No último quadriênio de gestão, 80% das Gerências de Atenção Primária do DF ofertavam PIS²¹. A Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde (PDPIS) como objeto deste estudo possibilitou a tradução de uma realidade que traz contribuição para os estados da federação.

Por seu forte potencial para contribuir com a implementação de políticas de Pics, realizou-se o EA apresentado neste artigo, com objetivo de expressar a lógica de funcionamento da PDPIS e identificar aspectos de sua implementação para monitoramento e avaliação. Esta publicação segue o padrão de qualidade sugerido por Baratieri et al.²².

Material e métodos

O EA da PDPIS²³ foi realizado por método misto de pesquisa, utilizando consulta documental, reuniões de pesquisa, planilha de estratégias da política e questionário, seguindo as etapas descritas no *quadro 1*. O *quadro 1* apresenta as estratégias de pesquisa e os

recursos utilizados em cada etapa da avaliabilidade, adaptadas de Wholey¹⁹ e Leviton et al.¹⁷. Foram utilizados dados quali-quantitativos

para modelização, por meio de análise de frequência e técnicas de consenso.

Quadro 1. Estratégias de pesquisa utilizadas no presente estudo, por etapas adaptadas de Wholey¹⁹ e Leviton et al.¹⁷. Distrito Federal, 2020

Etapas	Aspecto abordado	Estratégias de pesquisa	Principais Recursos
Envolvendo os interessados na avaliação	Quais os interessados favoráveis e desfavoráveis na avaliação cuja perspectiva deve ser considerada. Qual a atuação de cada em relação às PIS e como abordar.	Validação da Matriz de interessados. Validação do questionário.	1a Reunião com equipe Gerpis. Matriz de interessados. Proposta de questionário.
Esclarecendo a intenção da política e iniciando a modelização	Envolver os atores e determinar o escopo da política – objetivos e diretrizes. Relação lógica entre componentes da PDPIs.	Discussão com equipe técnica. Construção de Modelo-lógico. Coleta e análise de informações disponíveis.	1a Reunião com equipe Gerpis. Verificação de documentos. Questionários.
Explorando a realidade de execução da política	Como se dá a implantação de PICS no DF e a execução da política em estudo – ações.	Discussão com equipe técnica. Coleta e análise de informações disponíveis. Construção de Modelo-lógico.	1a Reunião com equipe Gerpis. Planilha de atividades. Verificação de documentos. Questionários.
Verificando plausibilidade, validando e ajustando o desenho	O conjunto de informações obtidas e organizadas de forma lógica deve ser plausível e estar de acordo com a realidade encontrada.	Análise, ajuste e validação dos modelos-lógicos da política elaborados.	2a e 3a Reunião com equipe Gerpis. Documentos disponíveis. Questionários.
Explorando possibilidades para avaliação e monitoramento	Interesse e viabilidade de monitoramento ou de avaliação.	Apresentação de síntese do material. Discussão com equipe técnica. Alinhamento entre documentos, opinião dos diferentes atores e modelos-lógicos da política.	2a e 3a Reunião com equipe Gerpis. Documentos disponíveis. Questionários. Modelos-lógicos.
Verificando prioridades e pontos de desenvolvimento da implantação da política	Que aspectos devem ser priorizados na avaliação/ monitoramento. Quais os demais interesses e necessidades no uso das informações obtidas.	Apresentação de síntese do material. Discussão com equipe técnica.	2a e 3a Reunião com equipe Gerpis. Documentos disponíveis. Questionários. Modelos-lógicos.

Fonte: elaboração própria.

A realização da avaliabilidade com os *stakeholders* da política foi um processo dinâmico, com as informações sendo agregadas, validadas e ajustadas ao longo de seu desenvolvimento¹⁷. As interações do EA permitiram ajustes no desenho lógico e nas intenções de avaliação, a partir do uso repetido dos recursos de pesquisa e da revisão das informações obtidas, em cada etapa^{17,19}. O desenvolvimento do EA ocorreu entre 2020 e 2021.

Na primeira etapa da pesquisa – de envolver os interessados – foi verificado o contexto do estudo, consultando os documentos públicos disponíveis. O DF possui como único município Brasília, com em torno de três milhões de habitantes. A Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) possui gestão central e regionalizada, não havendo secretarias municipais de saúde. Cada uma das sete Regiões de Saúde possui como autoridade

máxima um Superintendente e cabe à gestão regional atuar para execução da política de PIS, assim como das demais políticas de saúde. A rede possui uma unidade básica exclusiva de PIS e duas Farmácias Vivas.

A Gerência de Práticas Integrativas em Saúde (Gerpis), unidade da gestão central da SES-DF, foi responsável pela elaboração e atualização da PDPIS. Durante o estudo, era a unidade responsável pela promoção da sua implantação e implementação no SUS-DF, inclusive pelos processos educativos relacionados.

A PDPIS, publicada em 2014 após consulta pública, apreciação e aprovação pelo Colegiado Gestor da SES-DF e pelo Conselho de Saúde do DF, contemplava: Acupuntura; Arteterapia; Automassagem; Fitoterapia e Plantas medicinais; Hatha Yoga; Homeopatia; Lian Gong em 18 terapias; Medicina e Terapias Antroposóficas; Meditação; Musicoterapia; Reiki; Shantala; Tai Chi Chuan; e Terapia Comunitária Integrativa. Em 2019 foram também incluídas na rede de saúde do DF Laya Yoga, Técnica de Redução de Estresse®, Ayurveda^{3,24}. Em 2022, Auriculoterapia²⁵.

Cada PIS dispunha de um ou mais servidores atuando como Referência Técnica Distrital

(RTD), vinculados à Gerpis, que contribuíam com o desenvolvimento de processos de gestão da clínica, com a habilitação de facilitadores de PIS e com a educação permanente^{26,27}. As unidades de saúde contavam com a figura do Facilitador de PIS, profissional habilitado que organiza, supervisiona, informa, executa e acompanha individualmente ou em grupo a execução das PIS²⁸.

Em reunião, foram apresentados à equipe Gerpis o estudo e os conceitos utilizados. Realizou-se aplicação e validação do questionário da pesquisa, sorteio de três Regiões de Saúde participantes, obtenção das informações para seleção e contato com os demais envolvidos e definição dos grupos de participantes do estudo, de forma intencional, a partir dos principais envolvidos na implementação dessa política²⁹.

Participaram do estudo profissionais assistenciais e gestores centrais e regionais da SES-DF, além de membros do Conselho de Saúde do DF. Os critérios de seleção incluíram atuação profissional com PIS e Gerências com maior número de PIS implantadas, priorizando representatividade das diferentes PIS e antiguidade na SES-DF (*quadro 2*).

Quadro 2. Número de participantes, critério de seleção e formas de participação no Estudo de Avaliabilidade. Distrito Federal, junho de 2021

Participantes	Nº previsto	Nº efetivo	Critério e estratégia de seleção	Forma de participação
Grupo técnico central: integrantes da Gerpis	10	13	Profissionais que atuam na GERPIS, lotados ou não.	Reuniões de discussão e consenso presenciais; fornecimento de informações e de documentos internos; e autorresposta em questionário eletrônico, durante reunião presencial.
Representantes de usuários do CSDF	03	03	Serão convidados em reunião do CSDF, com base na sua participação ativa durante a reunião.	Resposta assistida ao questionário, em reunião virtual.
Secretário Distrital de Saúde	01	00	Titular do cargo ou pessoa indicada por ele.	Não realizada.
SAIS, COAPS, DAEAP	03	03	Titular do cargo ou pessoa indicada por ele.	Autorresposta em questionário eletrônico, assistida presencialmente.
Superintendentes	03	01	O superintendente das 3 RA sorteadas.	Autorresposta em questionário eletrônico.
DIRAPS	03	02	O diretor das 3 RA sorteadas.	Autorresposta em questionário eletrônico.

Quadro 2. Número de participantes, critério de seleção e formas de participação no Estudo de Avaliabilidade. Distrito Federal, junho de 2021

Participantes	Nº previsto	Nº efetivo	Critério e estratégia de seleção	Forma de participação
Gerentes das GSAP	03	03	1 GSAP em cada das RA sorteada, selecionada a que tiver o maior número de PIS implantadas.	Autorresposta em questionário eletrônico.
Profissionais da APS habilitados em PIS	15	17	Um servidor habilitado em cada PIS dentre os lotados na GSAP participante, mesmo se estiver inativo na prática, com preferência para servidores mais antigos da SES.	Autorresposta em questionário eletrônico.
TOTAIS	41	42		

Fonte: elaboração própria.

Os representantes dos usuários no Conselho de Saúde do DF eram os únicos *stakeholders* externos à SES-DF. Não foram consultados *stakeholders* exclusivamente vinculados à atenção secundária ou terciária, por ter sido a atenção primária historicamente enfatizada na implantação de PIS¹⁻³.

Para a segunda etapa da pesquisa – esclarecer a intenção da política e iniciar a modelização – o grupo da Gerpis disponibilizou documentos do setor. Em reunião, foram identificados e alinhados os objetivos e as diretrizes da PDPIS, na visão dos participantes. Os demais *stakeholders* envolvidos responderam o questionário da pesquisa.

Foram consultados relatórios oficiais de monitoramento do Plano Distrital de Saúde 2016-2019 e normativas, de acesso público. Também documentos internos da Gerpis, de 2020, contendo seus processos de trabalho³⁰ e registros de reuniões para elaboração de um novo texto para a PDPIS.

Atendendo à terceira etapa – explorando a realidade de execução da PDPIS –, além dos documentos e questionários, houve manifestação dos profissionais da Gerpis sobre cada uma das 72 estratégias da PDPIS. Foi elaborada planilha para esta finalidade, contendo: execução, viabilidade, resultados esperados, como medir resultados, pertinência na diretriz a que pertencem e em relação aos objetivos da política, clareza, a qual eixo operacional poderiam fazer parte, dentre

os eixos propostos, atividades desenvolvidas e comentários.

Na quarta etapa da pesquisa – verificando plausibilidade e ajustando o desenho –, à luz de Leviton¹⁷, Thurston e Ramaliu¹⁸, Wholey¹⁹ e Rossi, Lipsey e Freeman³¹ foram rearranjados os elementos e modificados alguns textos originais da política, para elaborar a primeira versão completa dos modelos lógicos da intervenção.

Este processo se deu com base no detalhado material obtido. Nenhuma informação foi descartada, de forma que as mais frequentes serviram de base para a modelização. A consulta a documentos e normativas permitiu confirmar e facilitou a organização das contribuições do conjunto de envolvidos.

As respostas obtidas nas etapas anteriores foram organizadas em planilha Excel para análise de frequência. A única pergunta aberta do questionário ratificou informações obtidas. Os eixos operacionais propostos foram utilizados para classificação e alinhamento das estratégias, pois algumas geravam dúvida na leitura ou eram muito complexas.

Algumas estratégias da política integraram as diretrizes do modelo, outras permaneceram como estratégias e a maior parte foi deslocada como ação em cada estratégia. Cinco ações realizadas e que não constavam no texto da PDPIS foram incluídas, e doze estratégias foram descartadas por consenso sobre sua não execução.

O Modelo-lógico simplificado (MlogS) explicitou a relação entre os elementos fundamentais da PDPIS, enquanto os Modelos-lógicos operacionais (MlogAt), um para cada estratégia da política, explicitaram a execução de atividades relacionadas a sua implementação identificadas durante o estudo (*figuras 1 e 2*).

A segunda e a terceira reunião como grupo Gerpis permitiram aprofundar a discussão sobre os modelos em construção, que foram analisados e validados pelo grupo, após apresentação dos resultados dos questionários. Houve sugestão consensual de ajustes para melhor descrição da realidade de execução da política.

A modelização foi aprimorada para aumentar a ênfase de três aspectos da implementação da política considerados pelo grupo Gerpis mais relevantes do que representado no desenho proposto: atividades educativas, participação da comunidade e compartilhamento de informações sobre PIS.

A quinta e sexta etapas do estudo – explorando possibilidades – foram iniciadas nas últimas reuniões. Discutiu-se sobre prioridades e viabilidades de monitoramento e de avaliação da PDPIS, a partir das respostas mais frequentes no questionário da pesquisa e dos modelos-lógicos validados pelo grupo da Gerpis, bem como sobre os desafios para implementação e monitoramento. Todo o material elaborado foi disponibilizado para que os participantes deste grupo pudessem registrar outras respostas ou ideias, encerrando-se as etapas da pesquisa.

Sob registro CAAE 35488720.3.0000.5240, o projeto desta pesquisa foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca e da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, do Distrito Federal.

Resultados

Do total de participantes do estudo, 38 responderam questionário, sendo 25 (65,8%) do sexo feminino. O nível de escolaridade completo da maioria era especialização

(52,6%), seguido do ensino superior (26,3%), do mestrado (13,2%) e do ensino médio (7,9%). Restringindo a análise apenas aos que participaram no grupo de facilitadores de PIS, eram 52,9% com pós-graduação e 11,8% sem ensino superior.

O tempo de vínculo superior a 10 anos de 77,1% dos 35 participantes da SES e sua formação profissional diversificada auxiliam na compreensão da realidade institucional. Os três representantes dos usuários no Conselho de Saúde eram participantes externos à SES.

A Gerpis estava composta por técnicos administrativos, gerente, RTD titulares e colaboradores das modalidades de PIS, uma servidora de nível superior responsável pelo monitoramento e uma residente de pós-graduação multiprofissional. A autora principal deste estudo compunha a equipe como RTD.

Durante a consulta aos *stakeholders*, verificou-se falta de clareza em algumas diretrizes e estratégias do texto da política, com repetição de ideias. O documento remetia ao contexto da época de sua elaboração, necessitando de atualizações, e apresentava uma estrutura com baixa conexão entre seus componentes, com estratégias não hierarquizadas, priorizadas, ou claramente relacionadas aos objetivos ou resultados.

Foram esboçadas 3 diretrizes na primeira modelização com o grupo da Gerpis. Posteriormente, foi acrescentada uma sobre educação profissional em PIS. A versão final do MlogS proposto da PDPIS (*figura 1*) apresenta quatro diretrizes, que definem as linhas seguidas na operacionalização, cada uma com um objetivo e duas estratégias para construção dos planos de ação. Esta é a primeira modelização conhecida da PDPIS elaborada em 2014. Na dinâmica de funcionamento do modelo, os produtos das estratégias são também recursos de alimentação e retroalimentação do modelo e os resultados desejados podem existir se houver alcance conjunto de objetivos.

Figura 1. Modelo-lógico simplificado da PDPIS 2014, do Estudo de Avaliabilidade da política. Distrito Federal, 2021

Propósito da PDPIS (objetivo maior): promover, com uso da PIS, uma cultura de saúde, com autonomia e empoderamento das pessoas e das comunidades para o autocuidado, no SUS-DF, aumentando a satisfação de profissionais de saúde e de usuários, a racionalização de ações em saúde e a resolubilidade do sistema.



Fonte: elaboração própria.

O texto da PDPIS previu genericamente a garantia de orçamento como estratégia para sua institucionalização. O custeio vinha sendo realizado por diversas fontes, porém inespecíficas e com pouca definição, motivo pelo qual o MlogS não o explicita na primeira diretriz, traduzindo-o como recurso ausente na lógica de funcionamento da política, apesar da tendência de mudança deste cenário, que exigirá adequação do modelo-lógico.

A palavra estratégia passou a representar os principais conjuntos de ações voltadas

para determinados resultados, implicando a redução das 72 do texto para apenas 08 estratégias no modelo. Enquanto a política segue seu propósito como objetivo maior, as estratégias seguem os objetivos específicos em cada diretriz. O desenho do funcionamento atual de cada estratégia, com as ações desenvolvidas, mesmo se de forma parcial, irregular ou em fase inicial, e seus efeitos esperados foi representado em oito MlogAt, exemplificados na *figura 2*.

Figura 2. Modelo-lógico operacional da estratégia 4 da PDPIS 2014, do Estudo de Avaliabilidade da política. Distrito Federal, 2021

OBJETIVO: Educar profissionais para implantação e uso qualificado de PIS no SUS do DF.			
ESTRATÉGIA 4: Habilitação dos profissionais para aplicação dos conhecimentos científico contemporâneo e tradicional de PIS.			
Recursos			
<ul style="list-style-type: none"> • Pessoas com conhecimentos técnicos, tradicionais, de educação e de gestão de PIS, responsáveis pelas atividades • Recursos materiais, tecnológicos e humanos • Estabelecimento de critérios para habilitação em PIS • Apoio e interesse político e de gestão 			
Atividades	Produto	Resultados para cada ação	Mensuração dos resultados
Oferta regular de cursos de habilitação para os servidores de saúde da rede SES-DF.	Disponibilidade de cursos de habilitação para a atuação institucional com PIS na SES-DF.	Profissionais de saúde habilitados para a atuação institucional com PIS. Realização de atendimento com PIS por profissionais de saúde habilitados de maneira uniforme pela instituição, de acordo com seus critérios e suas necessidades.	Número de servidores habilitados nos parâmetros da instituição ativos e inativos. Demandas reprimidas para cursos.
Realização de educação permanente (EP) para os trabalhadores que atuam com PIS, com base em diagnóstico de necessidades da rede.	Oferta de uma educação permanente aos servidores da rede para atuação com PIS na realidade institucional.	Profissionais com conhecimentos atualizados e apropriados para atuação com PIS na realidade institucional. Aumento da capacidade resolutiva dos profissionais nos serviços de PIS. Compartilhamento de experiências e ampliação da autogestão em serviço. Atualização constante de conhecimentos e técnicas pelos instrutores/facilitadores. Maior facilidade na implantação e manutenção dos serviços de PIS.	Resolutividade dos facilitadores para implementação e manutenção da oferta de PIS. Habilidade e segurança técnica dos facilitadores na condução dos serviços de PIS. Atualização dos servidores em relação às normas institucionais e às orientações técnicas para oferta de PIS na rede.
Realizar parcerias técnico-científicas para efetivação de capacitação e de educação permanente.	Projetos de educação em PIS executados com setores ou instituições parceiros.	Ampliação das estratégias de educação e de trabalho com PIS. Aumento na qualidade da educação permanente. Ampliação do número de beneficiados com os conhecimentos técnicos. Aprimoramento dos serviços de PIS da rede SES-DF com adesão a tendências externas de sucesso em contextos semelhantes.	Número de participantes nas EP. Satisfação dos profissionais com as EP. Ampliação da oferta de PIS (número de atendimentos, unidades que oferecem e tipos de práticas oferecidas). Melhoria no acesso às PIS. Aprimoramento dos processos de trabalho com PIS implementados.

Figura 2. Modelo-lógico operacional da estratégia 4 da PDPIS 2014, do Estudo de Avaliabilidade da política. Distrito Federal, 2021

Apoiar a participação dos trabalhadores que atuam na área das PIS em eventos de caráter técnico-científico.	Participação dos profissionais que atuam com PIS em eventos científicos, com apoio central.	Divulgação de trabalhos científicos internos nos eventos externos. Atuação com PIS pautada em conhecimentos científicos. Valorização das pesquisas locais com PIS. Incentivo à produção científica no DF. Atualização de conhecimentos científicos para rede interna da SES-DF.	Nº eventos técnicos ou científicos com participação de PIS.
Realização estratégica de cursos de PIS para profissionais de outros órgãos ou instituições públicas ou filantrópicas.	Disponibilidade de cursos de PIS para o serviço público e filantrópico fora da SES-DF.	Profissionais do setor público ou filantrópico habilitados para atuação com PIS. Utilização qualificada de PIS em setores públicos ou filantrópicos fora da SES-DF.	Nº de eventos, de participantes e de ações ou serviços de PIS executados em serviços públicos ou filantrópicos fora da SES-DF.

Fonte: elaboração própria.

O texto da política mencionava apenas a Gerpis para gestão, atenção, ensino e pesquisa em PIS, sem explicitar as responsabilidades de outros envolvidos, o que fragiliza ações intersetoriais dentro e fora da SES-DF. Todavia, crescentes movimentos de descentralização de gestão voltada para as PIS, como normatização, atuação de apoiadores nos três níveis de atenção e expansão de unidade básica exclusiva para PIS, fortalecem sua implementação e seu monitoramento.

Ficaram também explícitas as parcerias para a gestão ou implementação da PDPIS, quando 76% dos respondentes nos distintos grupos apontaram a existência de, em média, 3,5 parcerias cada, em seu âmbito de atuação, principalmente com escolas ou universidades, grupos comunitários e outras unidades de saúde.

Quanto aos serviços de PIS, estes seguem as mesmas normativas institucionais utilizadas na gestão de outras políticas de saúde implementadas no DF. Porém, não pareceu claro para os participantes deste estudo como as PIS estavam organizadas em sua descentralização de gestão e de responsabilidades, a fim de garantir o comprometimento intersetorial e os diferentes recursos necessários para implementação da PDPIS.

Sobre o monitoramento, os Planos Distritais de Saúde (PDS) contemplavam indicadores de oferta de PIS e o Relatório Anual de Gestão (RAG) de 2019 indicava 100% de alcance do objetivo referente ao fortalecimento das ações do PDPIS no último quadriênio²¹. Porém, na opinião da equipe da Gerpis, tais indicadores estavam limitados a números absolutos que não traduzem ou exploram aspectos suficientes da realidade e a inadequação dos códigos de PIS nos sistemas de informação do SUS acarreta subnotificação dos serviços³².

Apesar das limitações, a equipe destacou que os indicadores cumpriam papel fundamental para mapear serviços da Rede SES-DF e permitir o planejamento de novos serviços. Ao integrarem os PDS, contribuíam para discussões sobre prioridades na gestão em saúde e para expansão de informações de PIS, desde a alta gestão até a comunidade.

Seu acompanhamento tem favorecido o registro de outros dados importantes para monitoramento, sobre os facilitadores, quantitativo de atendimentos, ações intersetoriais e educativas, entre outros, existindo assim um monitoramento qualitativo parcial. O monitoramento atual guarda coerência com as diretrizes do MlogS proposto, apesar de não acompanhar de forma suficiente os efeitos

esperados em cada uma delas, conforme explicitado pelo grupo da Gerpis.

Na apreciação da avaliabilidade, a plausibilidade do programa é central para determinar seu potencial para ser avaliado, uma vez que aponta se é factível atingir os objetivos propostos com as atividades previstas na cadeia causal contínua do modelo lógico^{17,33,34}.

Os *stakeholders* concordaram, em sua maioria, sobre os principais elementos da política, o que permitiu a modelização, encadeando-os de forma lógica. Com os quatro primeiros objetivos do texto original da PDPIS 95% ou mais dos participantes concordaram total ou parcialmente; com o quinto, 87%. Nenhum participante discordou totalmente. Todos se declararam interessados na implementação da PDPIS.

Outro dado relevante do estudo foi que 73,7% dos participantes eram naquele momento ou já tinham sido usuários de alguma das PIS disponíveis pelo SUS no DF. Este resultado corrobora os dados do monitoramento, demonstrando execução e acesso às PIS na rede de serviços. O interesse em implementar outras PIS no seu âmbito de atuação foi registrado por 73,6%, em percentual semelhante para os diferentes grupos consultados, podendo a ausência de interesse estar ligada, na opinião do grupo da Gerpis, às atuais limitações de gestão da implementação, como operacionalização dos serviços, monitoramento e acompanhamento técnico.

Quase 80% dos participantes afirmaram que a comunidade ajuda na implementação, porém 50% concordaram total ou parcialmente que há profissionais no seu âmbito ou local de trabalho que a dificultam voluntariamente.

Vários participantes atuavam nos mesmos locais, por isso esse aspecto necessita ser mais explorado para ser melhor compreendido.

A falta de apoio dos gestores foi enfatizada pelos participantes nos questionários e nas reuniões, com implicações para a disponibilidade de recursos e o funcionamento dos serviços. Parte dos participantes referiu nunca ter sido usuário ou praticante de PIS, o que pode ser associado à falta de conhecimento, que é também um recurso necessário à implementação da política e pode ser fator dificultador da sua implementação, aumentando a relevância da política.

A implantação da PDPIS exige a viabilização de conhecimento para a rede, o que, apesar de não estar tão explícito no texto original, de não ser uniforme entre as modalidades de PIS e de não alcançar todas as unidades, fez parte das ações desenvolvidas ao longo dos anos, favorecendo a manutenção da atuação com PIS na rede, o que ficou confirmado por todos os mecanismos de coleta de dados.

Das cinco atividades incrementadas aos modelos-lógicos em relação ao texto da PDPIS, todas se referem à disseminação de informações e conhecimentos sobre PIS. O modelo passa a ser plausível na medida em que são incluídas essas ações.

As opções de resposta fornecidas para priorização de avaliação pelos participantes foram agrupadas em três conjuntos: aspectos precursores da implantação de serviços de PIS; aspectos relacionados ao funcionamento desses serviços; e aspectos relativos aos efeitos esperados com a implantação da PDPIS (*tabela 1*).

Tabela 1. Aspectos indicados pelos 38 *stakeholders* como prioritários para avaliação em relação à implantação da PDPIS. DF, 2020

Aspectos para avaliação	GRUPO DE STAKEHOLDERS					TOTAL (38)
	Facilitadores (17)	Gestores de PIS (9)	Gestores centrais saúde (3)	Gestores regionais de saúde (6)	Conselho saúde (3)	
Precusores da implantação de serviços de PIS: disponibilidade de recursos necessários para execução (18 marcações); formação profissional para PIS ou regulamentação profissional para PIS (13); planejamento, concepção, fundamentação da política (7); conhecimento científico relacionado às PIS (6); orçamento ou financiamento da política e normatização relacionada às PIS (4 cada); saberes populares relacionados (2); entendimento da alta gestão sobre o que é e qual a importância (1, em 'outros')	27	7	5	11	5	55
Funcionamento dos serviços de PIS: operacionalização e aprimoramento dos serviços de cada PIS (12 marcações); necessidades/demandas do público alvo (10); contexto favorável ou não e obstáculos à implementação (5); factibilidade dos diferentes serviços de PIS (4); diferenças entre locais de implantação, pontos fortes e fracos (3); quanto cada serviço é procurado ou atinge o público alvo, possibilidades ou efetividade de tentativas de melhoria/aprimoramento e se houve implementação prevista (2 cada); apoio das Chefias locais (1, em 'outros').	15	12	4	6	4	41
Efeitos da implantação da PDPIS: oferta e experiências já realizadas (6 marcações); alcance de efeitos esperados ou inesperados da política, a curto, médio ou longo prazo (4); efeitos da implantação de cada PIS (3); custo-benefício das práticas (3); e elementos necessários para eficácia da Política ou de cada PIS (3)	8	8	2	1	0	19
TOTAL	50	27	11	18	9	115

Fonte: elaboração própria.

O primeiro conjunto predominou no total geral de respostas, com ênfase para disponibilidade de recursos e para a formação ou regulamentação profissional para PIS. Entretanto, esta não teve uniformidade de resposta entre os grupos consultados, sem priorização dos grupos de gestores centrais.

Apenas para o grupo da Gerpis o segundo conjunto de aspectos predominou nas respostas, mas a operacionalização e o aprimoramento dos serviços de PIS foram a terceira opção mais priorizada para avaliação pelos participantes em geral, com registro por todos os grupos.

Aparentemente, a gestão central de PIS se percebe apropriada de temas precursores da

implantação de serviços que o restante dos *stakeholders* envolvidos neste estudo não está. Isso reforça a necessidade de educação sobre o uso das PIS como tecnologias de cuidado. Ao mesmo tempo, o monitoramento parece não ser suficiente para fornecer à gestão central informações suficientes sobre o funcionamento dos serviços da rede, para aprimoramento da gestão.

O conhecimento e a percepção do funcionamento dos serviços de PIS, do mecanismo de ação e da fundamentação dessas práticas, parece ser um nó crítico na implementação da PDPIS. Sem compreender e atuar sobre esse nó, torna-se difícil a implementação e execução dos serviços, sem o que não se atinge o seu propósito.

Vale ressaltar que o desenvolvimento do estudo permitiu ampliar a visão de gestores e demais envolvidos com as PIS sobre a política e sua implementação²⁰, bem como seus resultados fomentam a comunicação e o conhecimento para todos que os acessarem.

As perguntas avaliativas, última etapa do EA realizado, devem traduzir o desejo e a necessidade de compreensão dos atores, além de serem capazes de mostrar direções que agreguem valor ao objeto avaliado, reconhecendo seus resultados ou iluminando as suas limitações³⁵. Foram identificadas duas perguntas centrais:

- Os atores envolvidos conhecem e exercem suas responsabilidades no provimento de recursos necessários à implantação de PIS à luz das normas institucionais da SES-DF?
- Os servidores habilitados para o atendimento com PIS e seus gestores se sentem apropriados dos recursos intelectuais necessários à execução dos serviços?

Discussão

A responsabilidade centralizada na Gerpis e a pouca definição de recursos financeiros são aspectos identificados para melhoria da implementação da PDPIS, que podem ser favorecidos com este estudo. Entretanto, a implantação tem se mantido e expandido ao longo do tempo, contando com uma rede de atores internos e externos à SES-DF, incluindo nestes os usuários e aqueles que atuam de forma técnica e educacional.

A estrutura do texto da PDPIS contemplava quase todos os elementos descritos pelo Ministério da Saúde³⁶ como necessários para cumprimento de sua finalidade. Este estudo possibilitou o reconhecimento e modelização dos seus elementos constituintes, avançando em relação à organização lógica necessária para monitoramento e avaliação.

As diretrizes da PDPIS identificadas neste estudo coincidem aproximadamente com os componentes descritos para a Política Municipal de Práticas Integrativas de Recife³⁷. Elas “Expressam ideais de realização e orientam escolhas estratégicas e prioritárias”³⁸⁽¹⁰⁴⁾. Indicam linhas de ação a serem seguidas ou caminhos de atuação para a elaboração dos planos, programas, projetos e atividades que darão operacionalidade à política, servindo de fundamento à atuação dos gestores³⁶.

A diretriz sobre garantia de acesso a medicamentos homeopáticos, antroposóficos, plantas medicinais e fitoterápicos, do texto original, apesar do crescimento e da valorização das duas unidades de Farmácia Viva implantadas, não apresentava factibilidade, devido a indisponibilidade de recursos, tecnologias e estrutura, realidade mencionada por Mendes et al.³⁹.

Para explorar aspectos de avaliação, monitoramento ou aprimoramento da política, é preciso considerar a sua proposta inovadora no contexto nacional atual dos serviços de saúde e suas limitações de implementação, com nítidas fragilidades no monitoramento. Ainda assim, a oferta e o monitoramento dessas práticas no DF se destacam, considerando que os dados disponíveis no Brasil sobre PICS são escassos e mesmo a oferta ainda é tímida, apesar dos reflexos positivos para usuários e serviços que as utilizam¹⁵.

O desenho lógico construído e ora apresentado pode embasar outros instrumentos de planejamento, integrantes ou derivados do texto da política, favorecendo a existência de parâmetros, critérios e indicadores para planejamento, monitoramento e avaliação de sua execução, além da especificação de metas quantitativas e qualitativas, que podem ou não ser incluídas nos planos oficiais de governo.

Por ser uma política um instrumento geral de planejamento, dispensando quantificação de objetivos, metas e recursos³⁶, o uso de instrumentos de gestão mais direcionados e detalhados que a política em si permitiria fácil readequação e fiel representação da realidade de implantação ao longo dos anos, sem

a necessidade de ajuste no cerne da política, seu propósito e suas diretrizes.

O conjunto das informações modelizadas permite um primeiro olhar para a realidade de implantação, mas necessita de atualizações periódicas para representação da realidade. Da mesma forma, a modelização de ações educacionais com gestores e profissionais pode ser capaz de auxiliar na tomada de decisão para futuros ajustes, com potencial de qualificar a resposta do sistema de saúde⁴⁰.

A intervenção modelizada é abrangente e complexa, provocando questionamentos e reflexões que exigem flexibilidade e ajustes às particularidades de cada contexto envolvido^{41,42}. Nesse sentido, os modelos gerados puderam representar de maneira lógica os principais componentes para operacionalização da política em estudo, mas não puderam trazer muitos avanços em aspectos relacionais que interferem na sua implementação.

Os aspectos humanos precisam ser explorados, pois as relações interprofissionais em si podem afetar e serem afetadas positivamente pela implementação de Pics em unidades de saúde, por um complexo de razões, incluindo a hierarquização de poderes na formação tradicional dos profissionais em contraponto à maior horizontalidade na disseminação e no uso de conhecimentos de Pics¹¹.

Apesar das políticas específicas de Pics no País, a implementação frequentemente ocorre de maneira independente pelos próprios profissionais interessados^{10,43}, faltando recursos para sua realização. Por isso, estudar gestão das Pics pode ser uma tendência para apoiar o crescimento e a qualidade da oferta⁴³, uma vez que a prática implantada, financiada e desenvolvida diretamente pelos profissionais, sem apoio da gestão, não caracterizaria uma política de Estado, gerando instabilidade na oferta⁷.

Mesmo com bom nível de escolaridade – 65,8% dos participantes informando especialização ou mestrado – a formação específica para Pics é uma das limitações ao processo de expansão. Há pouca regulamentação nacional, a inserção do tema no ensino é incipiente e

experiências em educação permanente em Pics são localizadas^{9,10}. O acesso a insumos também é fundamental para a qualidade dos serviços e a resolubilidade da atenção em saúde^{12,14}.

Sabe-se que há um despreparo político e técnico de profissionais da saúde para atuar com Pics no SUS, sendo necessários, para sua consolidação na rede, processos educativos que formem profissionais em sintonia com as diretrizes do SUS e com os princípios da saúde coletiva^{15,44}. A formação dos profissionais para as Pics no SUS deve receber especial atenção, para que haja responsabilidade e compreensão de suas potencialidades e limites, evitando banalização ou o mau uso⁴³.

Isso não se restringe às PIS. Foram identificadas em outros estudos sobre promoção à saúde a necessidade de fortalecimento da educação formal e de ampliação das ações intersetoriais articuladas⁴⁵, além do desejo de ampliação de recursos materiais e imateriais, para consolidação de processos⁴⁶.

Assim, com o propósito de responder aos questionamentos e lacunas de conhecimento sobre a intervenção, seu funcionamento e resultados, ressalta-se a importância das avaliações formativas, em busca de aperfeiçoar o programa no curso de sua execução e com o envolvimento dos atores^{42,47,48}.

Sugere-se foco no conjunto de recursos necessários para operacionalização dos serviços de PIS na rede de saúde, de forma que os gestores e demais atores apropriem-se também de recursos intelectuais sobre as PIS, obtendo conhecimento sobre o funcionamento desses serviços na rede, para complementarem seu arcabouço de gestão do cuidado à saúde.

Considerações finais

A realização do estudo permitiu esclarecer e alinhar os elementos da PDPIS de forma coerente, no contexto atual, contando com o consenso dos interessados envolvidos. Isso possibilita a exploração de aspectos a serem avaliados, monitorados ou aprimorados.

A participação de interessados na construção e validação da modelagem realizada facilita o entendimento e a execução de aspectos elementares da cadeia lógica de implementação da política em toda a rede, o que pode repercutir na melhoria da sua operacionalização a curto, médio e longo prazo.

Além disso, os modelos lógicos gerados podem ser ajustados sempre que houver mudanças no cenário e utilizados para o planejamento, a execução, o acompanhamento e o aprimoramento da implantação da PDPIS, em rede, para alcance de seu propósito.

A modelização da política distrital torna viável o avanço para estudos de cada PIS e de sua operacionalização nas Regiões de Saúde do DF. Outros níveis de atenção à saúde e o contexto externo à SES – limitações deste estudo – também poderão ser mais facilmente explorados.

Sugere-se fomentar o conjunto de recursos necessários para implementação da PDPIS junto aos serviços de saúde convencionais, com ênfase ao conhecimento sobre PIS e às responsabilidades setoriais e intersetoriais relacionadas.

A elaboração de planos de ação derivados da política pode ser uma boa oportunidade para a pactuação dessas responsabilidades, favorecendo ações descentralizadas para atendimento das necessidades locais. Espera-se que este artigo possa contribuir com o desenvolvimento das PIS no País.

Agradecimentos

À Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e à Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), que viabilizaram a pesquisa fonte deste artigo, decorrente do Mestrado Profissional em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz.

À equipe da Gerência de Práticas Integrativas em Saúde do Distrito Federal e aos demais participantes, que colaboraram com o estudo e permitiram um olhar para a realidade de implantação da PDPIS.

À Vice-Direção de Ensino e Inovação da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, que contribuiu com a publicação do artigo.

Colaboradoras

Lemos MPK (0000-0002-4717-3633)* contribuiu para a concepção do estudo, coleta e análise de dados, estruturação, redação e aprovação da versão final do artigo. Luiza VL (0000-0001-6245-7522)* contribuiu para análise dos dados, redação e aprovação da versão final do artigo. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. World Health Organization. WHO traditional medicine strategy. 2014-2023. Geneva: WHO; 2013. 76 p.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS - PNPIC - SUS. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 92 p.
3. Distrito Federal. Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde: PDPIS. Brasília, DF: Fepecs; 2014. [acesso em 2022 nov 6]. Disponível em: https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/2016/page/pdpic_distrito_federal.pdf.
4. Losso LN, Freitas SFT. Avaliação do grau da implantação das práticas integrativas e complementares na Atenção Básica em Santa Catarina, Brasil. *Saúde debate*. 2017; 41(esp3):171-87.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Implantação de Serviços de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018. [acesso em 2019 dez 3]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_implantacao_servicos_pics.pdf.
6. Benevides IA. Medicina e terapias antroposóficas em 12 anos da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares: Conceitos, normativas e resultados. *Art. Méd. Ampl*. 2018; 38(1):30-4.
7. 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*. 2020; 36(1):e00208818.
8. Contatore OA, Barros NF, Durval MR, et al. Uso, cuidado e política das práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2015; 20(10):3263-73.
9. Paiva LF. Práticas Integrativas e Complementares Exercidas pelos Profissionais de Saúde no Sistema Único de Saúde: Revisão Sistemática sem Metanálise. [dissertação]. Florianópolis: UFSC; 2016. 177 p.
10. Tesser CD, Sousa IMC, Nascimento MC. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. *Saúde debate*. 2018; 42(esp1):174-88.
11. Barros NF, Spadacio C, Costa MV. Trabalho interprofissional e as Práticas Integrativas e Complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios. *Saúde debate*. 2018; 42(esp1):163-73.
12. Ribeiro AA. Dilemas na construção e efetivação da política nacional e distrital de práticas integrativas e complementares em saúde. [dissertação]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2015. [acesso em 2019 out 24]. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/18141>.
13. Sousa IMC, Hortale VA, Bodstein RCA. Medicina Tradicional Complementar e Integrativa: desafios para construir um modelo de avaliação do cuidado. *Ciênc. saúde coletiva*. 2018; 23(10):3403-12.
14. Sousa IMC, Aquino CMF, Bezerra AFB. Custo-efetividade em práticas integrativas e complementares: diferentes paradigmas. *J Manag Prim Health Care*. 2018; 8(2):343-50.
15. Ruela LO, Moura CC, Gradim CVC, et al. Implementação, acesso e uso das práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde: revisão da literatura. *Ciênc. saúde coletiva*. 2019; (24):4239-50.
16. Habimorad PHL, Catarucci FM, Bruno VHT, et al. Potencialidades e fragilidades de implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. *Ciênc. saúde coletiva*. 2020; 25(2):395-405.
17. Leviton LC, Khan LK, Rog D. Evaluability Assessment to Improve Public Health Policies, Programs, and Practices. *Annu Rev Public Health*. 2010; 31(1):213-33.
18. Thurston WE, Ramaliu A. Evaluability Assessment of Survivors of Torture Program: Lessons Learned. *Can J PROGRAM Eval*. 2005; 20(2):1-25.

19. Wholey JS. Exploratory Evaluation. Em: Handbook of Practical Program Evaluation. 3.ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2010. [acesso em 2021 ago 24]. Disponível em: <http://www.orange.ngo/wp-content/uploads/2016/09/Handbook-of-Practical-Program-Evaluation.pdf>.
20. Lemos MPK, Luiza VL. Contribuições do estudo de avaliabilidade para a gestão de práticas integrativas. In: Gouveia GDA, organizadoras. Práticas Integrativas em Saúde: uma realidade na atenção primária, especializada e hospitalar. São Paulo: Paco e Littera; 2022. p. 119-39. (Série: Saúde em Dia. v. 4).
21. Distrito Federal (Brasil). Relatório Anual de Gestão 2019. Brasília, DF: Secretaria de Estado de Saúde; 2020. [acesso em 2021 ago 9]. Disponível em: https://info.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2021/06/RAG2019_FINAL.pdf.
22. Baratieri T, Nicolotti CA, Natal S, et al. Aplicação do Estudo de Avaliabilidade na área da saúde: uma revisão integrativa. Saúde debate. 2019; 43(120):240-55.
23. Lemos MPK. Avaliabilidade da política de práticas integrativas em saúde do Distrito Federal na perspectiva da implementação na atenção primária. [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2021.
24. Brasil. Ministério da Mulher, da Família, e dos Direitos Humanos. Portaria nº 371, de 03 de junho de 2019. Inclui Ayurveda, Laya Yoga e Técnica de Redução de Estresse (TRE® - Tension and Trauma Releasing Exercises) à Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde. Diário Oficial da União. 4 Jul 2019.
25. Distrito Federal (Brasil). Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Portaria nº 351, de 06 de maio de 2022. Inclui a Auriculoterapia na Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde. Diário Oficial do Distrito Federal. 6 Maio 2022.
26. Distrito Federal (Brasil). Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Portaria nº 1032, de 17 de setembro de 2018. Institui a Referência Técnica Distrital no âmbito da Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde. Diário Oficial do Distrito Federal. 17 Set 2018.
27. Distrito Federal (Brasil). Secretaria de Estado de Saúde de Regimento. Decreto nº 39.546, de 19 de dezembro de 2018. Aprova o regimento interno da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Diário Oficial do Distrito Federal. 19 Dez 2018.
28. Distrito Federal (Brasil). Secretaria de Estado de São Paulo. Portaria nº 175, de 3 de setembro de 2009. Institucionaliza as Práticas Integrativas de Saúde (PIS). Diário Oficial do Distrito Federal. 3 Set 2009.
29. Centers for Disease Control and Prevention. Framework for program evaluation in public health. MMWR. 1999 [acesso em 2020 fev 22]; 48(RR-11):1-35. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/PDF/RR/RR4811.pdf>.
30. Lemos MPK, Marques PFP. Sistematização dos processos de trabalho na gestão pública de práticas integrativas em saúde: relato de caso. Res Soc Dev. 2023; 12(1):e13312139692.
31. Rossi PH, Lipsey MW, Freeman HE. Evaluation: systematic approach. 7.ed. Thousand Oaks: Sage; 2004. 470 p.
32. Losso LN, Freitas SFT. Avaliação do grau da implantação das práticas integrativas e complementares na Atenção Básica em Santa Catarina, Brasil. Saúde debate. 2017; 41(esp3):171-87.
33. Davies R. Planning Evaluability Assessment- synthesis of the literature with recommendations. 2013. [acesso em 2020 fev 22]. Disponível em: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/248656/wp40-planning-eval-assessments.pdf.
34. Medina MG, Silva GAP, Aquino R. Uso de modelos teóricos na avaliação em Saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: Hartz ZMA, Silva LMV. Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 41-63.

35. Silva RR, Gasparini M, Alquezar E, et al. Avaliação para Negócios de Impacto Social - Guia prático. São Paulo: Artemisia; 2017. [acesso em 2021 ago 8]. Disponível em: https://move.social/wp-content/uploads/2017/11/2017_Guia-Pr%C3%A1tico_Avalia%C3%A7%C3%A3o-para-Neg%C3%B3cios-de-Impacto-Social_Artemisia_ABF_Move.pdf.
36. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva: formulação de políticas específicas de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009. (Série: Textos Básicos de Saúde - Cadernos de Planejamento. v. 7). [acesso em 2021 set 28]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_planejamento_sus_v7.pdf.
37. Cazarin G, Lima SFF, Benevides IA. Avaliabilidade da Política de Práticas Integrativas e Complementares do município de Recife-PE. *J Manag Prim Health Care*. 2017; 8(2):203-15.
38. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Planejamento no SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016. 138 p. (Série: Articulação Interfederativa. v. 4).
39. Mendes LV, Campos MR, Chaves GC, et al. Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: abordagem transversal. *Saúde debate*. 2014 [acesso em 2014 dez 30]; 38(esp):109-123. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S009>.
40. Guerra S, Albuquerque AC, Marques P, et al. Construção participativa da modelização das ações educacionais da estratégia de Planificação da Atenção à Saúde: subsídios para avaliação da efetividade. *Cad. Saúde Pública*. 2022; 38(3):e00115021.
41. Cardoso GCP, Oliveira EA, Casanova AO, et al. Participação dos atores na avaliação do Projeto QualiSUS-Rede: reflexões sobre experiência de abordagem colaborativa. *Saúde debate*. 2019; 43(120):54-68.
42. Champagne F, Brouselle A, Hartz Z, et al. A avaliação no Campo da Saúde: conceitos e métodos. Em: Brouselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, et al., organizadores. *Avaliação - conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. p. 217-38.
43. Aguiar J, Kanan LA, Masiero AV. Práticas Integrativas e Complementares na atenção básica em saúde: estudo bibliométrico da produção brasileira. *Saúde debate*. 2020; (43):1205-18.
44. Azevedo E, Pelicioni MCF. Práticas integrativas e complementares de desafios para a educação. *Trab Educ e Saúde*. 2011; 9(3):361-78.
45. Prado NMBL, Medina MG, Aquino R. Intervenção intersetorial para promoção da saúde em sistemas locais: estudo de avaliabilidade. *Saúde debate*. 2017; (41):214-27.
46. Dias MSA, Oliveira IP, Silva LMS, et al. Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2018; 23(1):103-14.
47. Vieira-da-Silva LM. Avaliação de políticas e programas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014.
48. Brasil. Casa Civil da Presidência da República; Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Avaliação de Políticas Públicas: guia prático de análise ex ante. Brasília, DF: Ipea; 2018. v. 1. 192 p. [acesso em ago 25]. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/180319_avaliacao_de_politicas_publicas.pdf.

Recebido em 06/10/2022

Aprovado em 16/01/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: a publicação deste artigo contou com o apoio financeiro da Vice-Direção de Pesquisa e Inovação da Ensp/Fiocruz para pagamento da taxa de submissão

Tensionamentos no cuidado em Saúde Mental relacionados ao uso de Substâncias Psicoativas: dificuldades identificadas por profissionais da saúde pública

Tensioning in Mental Healthcare related to Psychoactive Substance use: difficulties reported by public health professionals

Vanessa Oliveira¹, Denise Alves Guimarães¹, Carlos Alberto Pegolo da Gama¹, Vívian Andrade Araújo Coelho², Flávia Borba Paulino Coelho¹

DOI: 10.1590/0103-1104202313709

RESUMO Analisaram-se, na percepção de profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), as dificuldades no cuidado em Saúde Mental relacionadas ao uso de Substâncias Psicoativas (SPA), à luz de reflexões sobre os tensionamentos presentes na saúde pública no que se refere ao seu uso. Foi conduzido estudo exploratório qualitativo em 11 municípios da Macrorregião de Saúde Oeste do estado de Minas Gerais, com entrevistas semiestruturadas e Grupos Focais com 145 profissionais da APS. O material foi analisado a partir do referencial de Análise de Conteúdo. As principais dificuldades identificadas estavam relacionadas à organização e à gestão do trabalho em saúde, ao estigma sobre usuários com demandas relacionadas ao uso de SPA, à falta de reflexões e práticas em saúde que considerem a realidade dos usuários em uso de SPA, à ‘cultura da medicação’ e à desarticulação da Rede de Atenção Psicossocial. É fundamental o desenvolvimento de políticas e práticas que permitam aos trabalhadores e às estruturas de saúde uma maior reflexão acerca da relação entre o uso de SPA e as possibilidades de lidar com o sofrimento, expresso de diferentes formas pelos usuários dos serviços de saúde.

PALAVRAS-CHAVE Saúde mental. Atenção à saúde. Psicotrópicos.

ABSTRACT Difficulties found by healthcare professionals working at Primary Health Care (PHC) with respect to Mental Healthcare issues regarding Psychoactive Substances (PS) were analyzed considering a tensioning which pervaded those issues. An exploratory qualitative study was performed in 11 municipalities of the west macroregion of Minas Gerais state. Semi-structured interviews and focal groups with 145 PHC professionals. Data was analyzed through content analysis. The most relevant difficulties were related to health work organization and management, the stigma against users with demands related to the use of PS, the lack of reflections health practices which consider the user's reality, the ‘medicine culture’ and a disjointed Psychosocial Attention Network. It is fundamental to develop policies and practices that allow workers and health structures to reflect more on the relationship between PS use and possibilities to cope with suffering, expressed in different ways by healthcare users.

KEYWORDS Mental health. Delivery of health care. Psychotropic drugs.

¹ Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ) - Divinópolis (MG), Brasil. vanessacpoli@gmail.com

² Universidade Federal de Ouro Preto (Ufop) - Ouro Preto (MG), Brasil.



Introdução

O consumo de Substâncias Psicoativas (SPA) é um fenômeno histórico-cultural com desdobramentos de ordem médica, religiosa, econômica e política cujas determinações envolvem racionalidades diversas – terapêuticas, morais, legais e recreacionais¹. O consumo prejudicial de SPA, por sua vez, representa um problema de saúde pública em função dos impactos produzidos tanto na saúde do usuário como nos diversos espaços em que ele convive². A realidade social é complexa e repleta de contradições, inclusive ao se analisarem as definições e diferenciações entre SPA lícitas e ilícitas e a relação destas com os processos de saúde e adoecimento, a exemplo do que foi demonstrado no último relatório do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime ao revelar que a *cannabis* continua sendo a SPA ilícita mais consumida no mundo, o que não se traduz, todavia, em maior risco à saúde².

No Brasil, o consumo de SPA ilícitas está em franco crescimento³, enquanto prevalece a visão tradicional ligada ao paradigma proibicionista que criminaliza usuário, produtor e comerciante, colocando-os como inimigos em escala internacional, além da declaração de uma guerra às drogas que supõe a eliminação de determinadas substâncias e de determinados sujeitos, privilegiando o investimento no recurso militar e estratégias de encarceramento criminal ou sanitário. Além de acrescentar a perspectiva de criminalização, esse paradigma está articulado ao processo de medicalização do social e às estratégias disciplinares e de controle, lançando mão dos saberes médicos para definir campos da normalidade e da patologia⁴.

Embora a Reforma Psiquiátrica tenha uma longa história de lutas e conquistas, as políticas públicas em saúde direcionadas ao cuidado ao consumidor de SPA são relativamente recentes. Em 2002, foram previstos os Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPSad), preconizando o trabalho multidisciplinar, coordenação com a Atenção Básica (AB), planejamento terapêutico individualizado e

parceria com a família e a comunidade. Seguiu-se, em 2003, a Política de Atenção Integral ao Usuário de Drogas, que reforçou a proposta de atenção ao usuário centrada na comunidade e associada à rede de saúde, visando à reabilitação e à reinserção social, priorizando serviços extra-hospitalares de atenção psicossocial⁵. Nela, a Redução de Danos (RD) já se enunciava como método, destacando-se o papel do vínculo com os profissionais, considerados corresponsáveis na construção de percursos dos usuários⁵. Em 2011, o MS propôs a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) com o intuito de criar, ampliar e articular pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas⁶. Sua proposta está em sintonia com os princípios da atenção psicossocial, tais como o respeito aos direitos humanos; combate a estigmas e preconceito; assistência multiprofissional e interdisciplinar; desenvolvimento de atividades no território; desenvolvimento de estratégias de RD e promoção de estratégias de Educação Permanente em Saúde (EPS). É importante destacar que a inclusão da RD como paradigma para o cuidado está relacionada tanto à promoção da saúde quanto à valorização da cidadania e à garantia dos direitos humanos. Essa lógica de trabalho aponta para a valorização das escolhas do sujeito e busca não se pautar em julgamentos e posições moralistas, utilizando uma lógica muito diferente da proposta da abstenção e da proibição^{7,8}.

Embora, historicamente, as políticas públicas nacionais – pensadas no esteio da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial – preconizem propostas de cuidado pautadas na RD e na articulação entre pontos da rede como fundamentais na construção do cuidado ao usuário de SPA, observa-se uma reconfiguração importante de suas características nos últimos anos. Hoje, pode-se dizer que há divergências e ambiguidades dentro das propostas públicas com relação ao cuidado de usuários de SPA. A inclusão das Comunidades Terapêuticas (CTs), majoritariamente vinculadas a instituições

religiosas, e cuja lógica se baseia no paradigma da abstenção, é um exemplo dessa contradição. Elas foram incluídas como retaguarda para a Raps, e seu robusto financiamento público tem estimativa de crescimento – debalde as inúmeras denúncias e os relatórios apontando violações sistemáticas aos direitos humanos em sua rotina de funcionamento⁹.

Paralelamente, em todo o território nacional, apontam-se dificuldades expressas pelos profissionais e gestores da AB em lidar com a demanda relacionada aos usuários de SPA no cotidiano dos serviços. Podem-se citar, como exemplos, atendimentos rápidos com objetivo apenas de estabilizar o paciente, sem ofertas de outras ações¹⁰; falta de ações de educação em saúde para a população, bem como falta de envolvimento com a comunidade/família/usuários; falta de formação adequada para os profissionais; a inexistência de uma política de EPS; e dificuldades de diálogo com os serviços especializados em álcool e outras drogas e toda a rede SUS (Sistema Único de Saúde)^{11,12}.

É relevante destacar que a atenção ao uso de psicofármacos é ainda mais recente e incipiente no País. Em 2007, instituiu-se o Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos, e entre suas atribuições estão a proposição de marcos legais e instrumentos de regulação do setor, ações para a promoção do uso racional de medicamentos, bem como de educação em saúde quanto ao seu uso prejudicial¹³. Embora o contexto brasileiro não envolva o uso problemático de psicofármacos de forma tão dramática como na América do Norte, há inúmeros trabalhos destacando o crescente fenômeno da medicalização¹⁴, as preocupações com a construção e ampliação de propostas e ações do uso racional de medicamentos e como esse fenômeno figura como importante problema na Atenção Primária à Saúde (APS)¹⁵⁻²⁰.

Nesse contexto, pode-se afirmar que tanto as políticas públicas quanto as práticas em saúde voltadas ao uso de diferentes SPA são permeadas por contradições e pelos tensionamentos que delas decorrem. Dessa dinâmica

resultam dificuldades no cuidado em saúde, a exemplo das visões estereotipadas e estigmatizantes sobre uso e dependência, modos e motivos de uso, e a relação dos indivíduos e coletividades com as diversas SPA^{17,21-24}. Assim, buscou-se analisar, na percepção de profissionais que atuam na APS, as dificuldades no cuidado em Saúde Mental (SM) relacionadas ao uso de SPA.

Metodologia

Em parceria com a Superintendência Regional de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SRS/SES/MG), foi desenvolvida pesquisa exploratória qualitativa²⁵ em municípios da Macrorregião de Saúde Oeste de Minas Gerais, composta por 54 municípios; 70% destes com menos de 20.000 habitantes, distribuídos em 6 Regiões de Saúde (RS). A Macrorregião possuía 34 Núcleos Ampliados de Saúde da Família (Nasf) implantados, representando 62,96% do total de municípios, população estimada de 1.277.842 habitantes, sendo que, aproximadamente, 15% da população não possuía referência de Caps (Centro de Atenção Psicossocial)²⁶.

A amostra foi composta considerando-se 2 municípios de cada RS – um deles, o município-polo, e o outro definido mediante sorteio. Os municípios-polo das RS são, na maioria das vezes, maiores em termos populacionais e também possuem estrutura de saúde mais complexa. Foram incluídos apenas municípios que possuíam Nasf implantado. Em uma das RS, o município-polo não atendia a esse critério e havia somente 1 município com Nasf implantado. Consequentemente, a amostra foi composta por 11 municípios, sendo 5 municípios-polo das RS e 6 municípios sorteados. Desse total, 4 são de médio porte (população acima de 50.000 habitantes), e 7 de pequeno porte (população abaixo de 50.000 habitantes), com variação entre 3.000 a 28.000 habitantes. Entre os municípios-polo participantes desta pesquisa, 4 são de médio porte e

1 de pequeno porte. A composição da amostra buscou um panorama geral da complexidade e diversidade das realidades nas RS e não as realidades dos municípios de forma específica, uma vez que as suas particularidades exigem variadas pactuações regionais para a oferta de integralidade do cuidado²⁶.

Para a coleta de informações, foram utilizadas duas estratégias: 1) Entrevistas semiestruturadas (E)²⁵ com profissionais de referência em SM das equipes Nasf; 2) Grupos Focais (GF)²⁷ com profissionais da APS que recebiam as ações dos Nasf cujos profissionais foram entrevistados. As informações foram coletadas entre julho e dezembro de 2017 e contemplaram profissionais de 43 equipes de Saúde da Família e 11 Nasf.

Foram construídos roteiros de entrevista e condução dos GF baseados na proposta oficial do Nasf, e os tópicos abordados foram²⁶: 1) Demandas em SM identificadas pelos profissionais; 2) Dificuldades enfrentadas, estratégias e pactuações estabelecidas para lidar com elas; 3) Conhecimento sobre os princípios da Saúde Pública e Políticas de SM; Reforma Psiquiátrica; Paradigma da Atenção Psicossocial; propostas do Nasf, expectativas e dificuldades de sua implantação. Neste artigo, serão apresentados resultados relacionados aos tópicos 1 e 2, especificamente voltados ao uso de SPA. Os profissionais de referência em SM do Nasf foram indicados pelos coordenadores desses dispositivos e, nos municípios em que havia mais de uma equipe Nasf, foi realizado sorteio para definição da equipe que iria participar. Foram entrevistados nove psicólogos, um nutricionista e um terapeuta ocupacional.

Posteriormente, foram realizados 11 GF com profissionais da APS que recebiam as ações dos Nasf, num total de 134 profissionais de diferentes áreas de formação, sendo sete médicos, 23 enfermeiros, 22 técnicos de enfermagem, dois psicólogos, um nutricionista, um educador físico, 69 agentes comunitários de saúde, quatro odontologistas e cinco técnicos de saúde bucal. Os participantes dos GF foram

indicados pelos coordenadores das unidades de saúde²⁶.

As E e os GF foram gravados, transcritos, e o material foi analisado a partir do referencial de Análise de Conteúdo, mais especificamente, da análise temática ou categorial^{25,28}. Essa metodologia de análise de informações busca organizar, descrever e interpretar conteúdos expressos em mensagens para obter maior compreensão de seus significados, e para tal, recorre a um conjunto de processos: inicialmente, o texto é condensado, preservando seu significado central; a seguir, são identificadas as unidades de significado, também chamadas de núcleos de sentido, e, em seguida, esses núcleos de sentido são reunidos em categorias por sua similaridade de conteúdo ou contexto. A análise temática ou categorial parte dos conteúdos expressos nas mensagens, os organiza e analisa de modo a poder compreender outra realidade para além daquelas expressas nas mensagens iniciais. Nesta pesquisa, as mensagens textuais oriundas da transcrição das entrevistas e GF foram organizadas e analisadas pelos pesquisadores sem o uso de softwares, e as categorias reuniram núcleos de sentidos que descrevem diferentes aspectos, semelhanças ou diferenças dos conteúdos específicos do texto a que pertencem. Foram seguidas, portanto, as etapas de pré-exploração e organização das mensagens textuais (transcrição das entrevistas); leituras exaustivas; identificação e compreensão das estruturas de significação das mensagens, e análise final, na qual se buscou responder aos objetivos desta pesquisa, articulando dados analisados e referenciais teóricos²⁸. Do processo de análise, as mensagens sobre as dificuldades para lidar com demandas relativas ao uso abusivo de Álcool e outras Drogas (AD) e psicofármacos foram agrupadas em quatro categorias, em função da similaridade dos conteúdos identificados, cada uma delas contendo os núcleos de sentido que as compõem e que representam as diferentes dimensões e perspectivas a partir das quais cada um dos conteúdos específicos foi abordado, sendo estas: 1) Gestão; 2) Rede de Atenção Psicossocial; 3) Profissionais.

Para preservar o sigilo dos participantes, as categorias profissionais não aparecem identificadas nos trechos de falas e discussões que exemplificam alguns dos resultados apresentados. A opção pela apresentação dos fragmentos de falas e discussões é um recurso utilizado para explicitar as percepções dos participantes e conferir fidedignidade às sínteses realizadas pelos pesquisadores. Utilizou-se codificação de letras e números, sendo (E) para identificar as falas das Entrevistas e (GF) para identificar as discussões dos Grupos Focais; seguida da numeração correspondente ao município participante, de 1 a 11.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em pesquisa envolvendo seres humanos (CAAE 47083915.9.0000.5545) e todas as recomendações éticas foram seguidas.

Resultados e discussão

Dificuldades no cuidado com as demandas vinculadas ao uso de SPA foram identificadas e discutidas pelos profissionais de saúde em todos os municípios, tendo sido expressas por meio de questões relacionadas ao uso de AD e prescrição exacerbada de psicofármacos. De forma geral, as demandas relacionadas a AD estavam presentes entre adolescentes, adultos e idosos, nas zonas urbanas e comunidades rurais, e apareceram vinculadas, também, aos pacientes com algum tipo de sofrimento psíquico. O uso de crack foi considerado problema grave em todos os municípios. No discurso dos participantes, não houve distinção entre modos de uso das SPA ilícitas, não se diferenciando uso prejudicial de uso recreacional ou eventual.

Com relação ao uso de psicofármacos, os benzodiazepínicos figuraram como a classe de medicamentos mais prescrita pelo sistema de saúde, e para a qual os profissionais dirigiram as maiores preocupações. Seu uso foi considerado prejudicial ou intenso em todos os segmentos populacionais, e com potencial de gerar dependência. De maneira análoga, discutiram preocupações com relação ao uso de antidepressivos para adultos

e de metilfenidato para crianças encaminhadas com problemas de desempenho escolar. De forma espontânea, muitos profissionais se referiram ao fenômeno da medicalização do social como sinônimo de uso de psicofármacos, e manifestaram preocupações com relação a essa situação. No entanto, nenhum município possuía diagnóstico situacional em saúde consolidado sobre essas demandas, mas alguns haviam iniciado o processo de organização dos dados sobre o uso de psicofármacos.

De forma geral, a percepção dos profissionais estava vinculada às observações não sistematizadas do cotidiano dos serviços de saúde. As dificuldades no cuidado em SM relacionadas ao uso de SPA apareceram vinculadas à Gestão, à Raps e aos Profissionais de Saúde – dimensões que serão apresentadas e discutidas a seguir.

Gestão

Quando os profissionais de saúde foram convidados a falar sobre as dificuldades enfrentadas para lidar com as demandas relacionadas ao uso de SPA nos territórios nos quais atuavam, identificaram problemas ligados à gestão em saúde, especialmente às questões de rotatividade dos profissionais em geral e, especificamente, de médicos e coordenadores das unidades em função das mudanças político-partidárias, e o quanto essa rotatividade afetava o acompanhamento dos casos; diferenças nos vínculos profissionais (concursados e contratados) e seu impacto no trabalho em saúde; insuficiência da carga horária para o atendimento das demandas; falta de profissionais; falta de um perfil profissional que favorecesse a discussão dos casos e ausência de ações voltadas para as questões de AD. Os problemas de rotatividade são exemplificados a seguir GF4: *“Quando mudou a administração, vieram novos profissionais, o grupo mudou o foco”*.

Raps

Quando os profissionais de saúde foram convidados a falar sobre estratégias e pactuações

locais e regionais estabelecidas entre os serviços públicos de saúde para lidar com as demandas relacionadas ao uso de SPA, identificaram um conjunto de dificuldades relacionadas à implantação e articulação da Raps. Mencionaram a escassez de serviços especializados, como o CAPSad, presente apenas em um dos municípios que participaram desta pesquisa; dificuldade para encaminhamento dos casos graves para o serviço de referência em outras localidades, e problemas para o desenvolvimento do trabalho em rede devido à falta de articulação e comunicação entre serviços e profissionais. Algumas iniciativas isoladas e pontuais foram citadas e raramente figuraram como parceria entre os pontos da Raps. De forma muito pontual, foram mencionadas as parcerias entre APS, Nasf e Caps.

Ao discutirem as dificuldades da articulação da Raps no que diz respeito ao uso de psicofármacos, identificaram isolamento dos serviços, falta de comunicação e acesso às informações sobre as prescrições dos pacientes. Mencionaram que o manejo de pacientes em uso de benzodiazepínicos e antidepressivos na APS se restringia à renovação de receita. Os casos que extrapolavam a renovação eram encaminhados aos psiquiatras dos Caps ou CAPSad. O fragmento da discussão a seguir exemplifica o problema da falta de informação e de comunicação entre profissionais da APS e Caps, as implicações para o cuidado em saúde e aponta o problema da concepção de tratamento com foco no medicamento e na supressão de sintomas.

E10: De vez em quando, a gente consegue [informações] porque tá acompanhando por telefone, então isso é uma falha do sistema, do serviço. Mas ele tá sendo medicado lá [referindo-se ao Caps] e com uma dosagem alta, porque quando você não tem controle do paciente, você dopa ele e elimina os sintomas, e tá considerado satisfeito.

Com relação à atenção aos usuários de AD, afirmaram que a APS não era reconhecida como porta de entrada e que a maioria das

pessoas com tais demandas procuravam diretamente o Caps. Em muitos municípios, o encaminhamento das demandas de AD foi mencionado como único recurso da APS, seja pela impossibilidade de fazê-lo ou pelo direcionamento às CTs de caráter religioso, para os Alcoólicos Anônimos (AA) ou para Caps e CAPSad de outros municípios. As CTs foram mencionadas como única retaguarda em alguns municípios. Os exemplos a seguir demonstram as dificuldades e os limites da APS com relação aos usuários de AD:

E9: É bem raro eu ver casos de álcool e drogas na atenção primária. Chega no Caps.

GF4: Dependente químico e alcoólatra, a gente não tem nem pra onde encaminhar. Aí a gente fica perdido no sistema, né?

Profissionais

Ao discutirem as dificuldades para lidar com demandas relacionadas ao uso de SPA, muitos profissionais identificaram uma cultura da medicação que era compartilhada por usuários, comunidade e profissionais de saúde. Com relação aos usuários e à comunidade, a cultura da medicação estava relacionada à demanda frequente por tratamento medicamentoso como recurso principal ou exclusivo aos vários problemas enfrentados por indivíduos e famílias, além de avaliarem que parte da causa do uso de psicofármacos estava associada à naturalização do seu uso. Os trechos a seguir exemplificam a compreensão dos profissionais sobre a cultura da medicalização:

E8: tudo é medicalizado, o sofrimento foi medicalizado, a gente não pode mais sofrer.

GF9: ... posso falar que 80% da população jovem adulto tá tomando algum tipo de ansiolítico. Mas é na cidade inteira. Outro dia eu até brinquei, eu falei 'vai ter que por é na caixa d'água da Copasa pra vim pra todo mundo', porque todo mundo toma.

Poucos foram os profissionais que identificaram motivos econômicos e psicossociais relacionados ao uso de medicamentos. Os principais motivos de uso identificados foram: imediatismo, falta de implicação com mudanças no estilo de vida, falta de informação, resistência a outras propostas para além do uso de psicofármacos e dificuldades de lidar com problemas. Relataram que os usuários já chegavam ao médico com a demanda da prescrição de medicamentos, dificuldades em parar de tomar remédios ou recorrer a estratégias como psicoterapia, atividades físicas ou participação em atividades grupais oferecidas pela APS. O trecho a seguir exemplifica a percepção dos profissionais sobre esse tensionamento entre a demanda dos usuários por medicamento e a oferta dos profissionais e serviços de saúde por outras estratégias para ajudar os usuários a lidarem com os problemas:

GF1: *Muitas vezes, também, você faz o grupo e o pessoal acha que é só o remédio que resolve. Toma o remédio e acha que o problema tá resolvido, e na verdade não é. Precisa do acompanhamento do psicólogo.*

Com relação aos profissionais de saúde, a cultura da medicação esteve relacionada ao excesso de prescrições, ausência de diagnóstico adequado, inseguranças de prescritores da APS com relação aos medicamentos da SM e uma escuta pouco qualificada em atendimentos, em sua maioria, muito rápidos. Mencionaram a grande utilização dos benzodiazepínicos na APS e a existência de expectativas dos usuários e profissionais de saúde de que o médico mantivesse e aumentasse a prescrição. Discutiram que essa cultura de medicação estava conectada a outros problemas que, em conjunto, apontavam para a falta de condições para lidar com a complexidade das demandas, tais como sobrecarga dos profissionais da APS; sobrecarga do psiquiatra; falta de acompanhamento longitudinal dos casos, seja pela rotatividade dos profissionais ou pela dificuldade de ter acesso aos prescritores; elevado

encaminhamento aos Caps; renovação indiscriminada de receitas e falta de alternativas para o manejo de casos para além da medicação. O trecho a seguir exemplifica problemas relacionados à cultura da medicação e prática de renovação de receitas:

GF4: *“Eu acho que existe um conformismo muito grande assim, porque é”. “Ah tá, você toma fluoxetina?”, “Tomo”. “Tudo bem, então”, “Renova minha receita, doutor?”. “Renova”. “Essas mulheres que tomam esse tanto de antidepressivos, cê fica até com pena, né? Fico pensando: ô, meu Deus, podia fazer outra coisa pra não tomar, mas como planejar?”.*

Muitos profissionais mencionaram medo de lidar com situações relacionadas ao uso de AD ou de psicofármacos, por não se sentirem capacitados e pelas dificuldades em criar vínculos com os usuários. Como, de forma geral, relataram poucas experiências com essas demandas no cotidiano dos serviços e poucas ou nenhuma atividade educativa sobre elas, várias das dificuldades identificadas pelos profissionais pareciam estar relacionadas às visões estigmatizadas sobre os usuários, a comunidade e o tratamento: demandas de AD foram consideradas problemas da comunidade; manifestaram medo de lidar com usuários agressivos; usuários não queriam interromper ou diminuir o uso das substâncias; usuários e familiares tinham dificuldade de procurar e seguir o tratamento. Cabe ressaltar que as perspectivas de tratamento mencionadas pelos profissionais de saúde se relacionavam exclusivamente às estratégias para interrupção do uso das substâncias. Algumas dessas questões podem ser exemplificadas pelos trechos das discussões a seguir:

GF2: *É muito complicado você abordar, pegar, criar vínculo com o paciente. É muito difícil. Porque eles são ariscos, né? Tem medo de tudo, não quer contar a realidade da vida. Então, pra você chegar até o ponto que você precisa pra encaminhar, pra você trazer... complicado, aí eu travo.*

GF7: *não se assumem como alcoólico.*

Também foi citado que os usuários não aderiam ao tratamento de AD por vergonha e medo da exposição e que foram pontuais as falas dos participantes sobre o impacto que estereótipos e visões estigmatizadas poderiam representar para o cuidado em saúde. Quando perguntados sobre as estratégias adotadas para lidar com as dificuldades identificadas, de forma geral, não mencionaram políticas públicas, diretrizes ou ações de EPS voltadas para essas demandas. Identificaram capacitações pontuais ou discussão entre equipes e serviços de forma isolada. Ações de EPS sobre uso de psicofármacos foram mencionadas exclusivamente em município, e apenas em outro município foram mencionadas ações articuladas para prevenção do uso de AD como uma política de saúde. No entanto, de forma geral, os participantes reconheceram a necessidade de ações de EPS para lidar com essas demandas.

O conjunto de dificuldades identificadas e discutidas pelos participantes aponta o desafio de lidar com a multiplicidade de motivações, contextos, dinâmicas sociais, conflitos, contradições, condições materiais e relações de poder que levam sujeitos e coletividades a se relacionarem com alguma SPA, seja para lidar com sofrimentos inerentes à existência humana, seja para buscar prazer ou produtividade, controlar o humor ou para empreender alguma forma de expansão da consciência^{1,4,19,29,30}.

As contradições diante da relação dos indivíduos e coletividades com as SPA constituem a cultura e estão presentes, portanto, na gestão em saúde, seus trabalhadores e estrutura de serviços, gerando um permanente tensionamento entre posições divergentes e, muitas vezes, antagônicas. Se, com relação ao álcool e às SPA ilícitas, apareceram, com mais intensidade, as perspectivas terapêuticas relacionadas à abstinência e à proibição do uso, fortemente influenciadas pelo paradigma proibicionista, não se pode dizer o mesmo com relação às SPA ofertadas pela própria estrutura de

cuidado em saúde para lidar com o sofrimento psíquico, a exemplo do uso disseminado de benzodiazepínicos, que impulsiona modos de uso e prescrição que se configuram como dependência^{31,32}.

Com relação ao que foi discutido pelos participantes como uma cultura da medicação, importante destacar o fenômeno da medicalização¹⁴ como processo social e cultural amplo e complexo, que traz significativas repercussões sociais e na formação subjetiva. Em alguns casos, a medicalização pode transformar problemas que possuem origem socioeconômica em necessidades médicas, abordando-os como doenças, reduzindo a complexidade do sofrimento ao aspecto biológico e apresentando o recurso farmacológico como forma de tratamento^{16,18,20}. Entre as diversas perspectivas desse intrincado processo social, destacam-se as análises sobre seu papel na diminuição das possibilidades de ação dos sujeitos e coletividades diante da dor, do adoecimento, sofrimento e morte, desabilitando-os a tomar a saúde enquanto promoção de arranjos criativos para lidar com as adversidades^{33,34}.

No esteio das contradições sociais, não se pode deixar de chamar a atenção para o fato de que a prescrição e o uso de psicofármacos apontam para a naturalização do uso de outras SPA que alcançam o status de possibilidade terapêutica geral, fazendo com que os psicofármacos se apresentem como potentes amortecedores aos mais heterogêneos problemas da vida. Estudos têm problematizado o uso prejudicial de medicamentos relacionado ao paradigma atual de que todo conflito e sofrimento deve ser abolido, mesmo que isso implique uso ampliado dos psicofármacos, estratégia considerada válida em uma sociedade que impõe a busca de produtividade, saúde e sucesso constantes e na qual o sofrimento, como obstáculo ao alcance desses, figura como condição-alvo das intervenções^{33,34}.

Outra questão central no discurso dos participantes desta pesquisa se relacionou a percepções estigmatizantes dirigidas aos usuários de SPA, seus familiares, à comunidade

e às perspectivas de tratamento. No cenário nacional, assim como em outros contextos internacionais, o paradigma proibicionista vem atrelando o combate a algumas SPA ilícitas ao aumento da violência, a danos à saúde, mortes evitáveis, encarceramento em massa e desrespeito aos Direitos Humanos, especialmente para populações já marginalizadas, racializadas e em situação de vulnerabilidade⁴. Os estereótipos e estigmas relacionados ao uso de SPA dificultam que a gestão em saúde, seus trabalhadores e a estrutura de serviços avancem na discussão de alternativas de cuidado que considerem o cenário de desigualdade, fome, preconceito, violência, questões de gênero e raça aos quais essas questões estão circunscritas, além das diferenças relacionadas aos motivos pelos quais as pessoas e coletividades fazem uso das SPA^{17,18,20-24}.

Além disso, como o paradigma proibicionista também define campos da normalidade e patologia, muitas vezes, as abordagens dos serviços de saúde excluem o sujeito, desconsideram suas condições e história de vida, ou lançam mão delas para confirmar a visão estigmatizante com relação a esse sujeito, acabando por culpabilizá-lo por sua situação^{4,20}. Nesse sentido, vale lembrar o quanto a medicalização promoveu enorme expansão do leque de síndromes psiquiátricas e os respectivos medicamentos psicotrópicos vinculados à sua cura ou ao controle de sintomas⁴. Além disso, não se pode deixar de mencionar que tanto no cenário internacional quanto nacional crescem as investigações sobre o potencial medicinal de SPA ilícitas^{7,23} e que, contrários à perspectiva proibicionista e medicalizante, existem questionamentos com relação à concepção da dependência química como doença do cérebro relacionada a determinações genéticas e biológicas.

A ausência de uma política de EPS impactou sobremaneira todo o processo de trabalho e cotidiano dos serviços em que os participantes atuavam. A proposta da EPS está atrelada aos princípios e às diretrizes do SUS, e incorpora o aprender e ensinar na rotina do trabalho em

saúde, por meio do desenvolvimento de novas habilidades, tecnologias e estratégias para lidar com demandas e desafios apresentados, exigindo para isso o compromisso de gestores e trabalhadores em saúde^{35,36}. Pode-se perceber, por meio do que os participantes trouxeram em suas narrativas, que as dificuldades encontradas no cuidado ao usuário de SPA não eram partilhadas entre os profissionais, gestão ou Raps, de modo a buscar soluções coletivas para o desenvolvimento de novas formas de pensar fluxos ou processos de trabalho.

Considerações finais

Os profissionais de saúde lidam cotidianamente com uma série de dificuldades relacionadas às demandas de AD e ao uso de psicofármacos. Tais dificuldades tanto estão relacionadas às condições de trabalho em saúde quanto aos tensionamentos advindos das contradições sociais diante do uso de SPA. As fronteiras entre o que é preconizado como cuidado em saúde – na forma da prescrição de psicofármacos – e o que é rechaçado enquanto possibilidade terapêutica – na forma do uso de SPA ilícitas ou álcool – não parecem ser tão rígidas quanto o discurso dos participantes desta pesquisa pareceu supor.

Não parece possível que se chegue a uma forma unívoca e infalível de cuidado em saúde que possa resolver e endereçar toda a demanda relacionada ao uso de SPA, nem abolir todos os tensionamentos resultantes das contradições que permeiam territórios, sujeitos, profissionais e cotidiano dos serviços. No entanto, ressaltamos que a aposta na EPS deve ser fundamental como estratégia para a reflexão sobre o trabalho, bem como para o desenvolvimento de processos e tecnologias para modificação do trabalho em SM direcionado ao uso de SPA.

Espaços de discussão e reflexão sobre o trabalho em saúde e sua articulação com o território, sujeitos e a própria subjetividade dos trabalhadores são necessários se o objetivo é

avançar na construção de propostas de cuidado que dialoguem e se articulem com os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica.

Colaboradores

Oliveira V (0000-0001-9147-1710)* contribuiu para a análise e interpretação dos dados; escrita, revisão e edição final do artigo.

Guimarães DA (0000-0002-3539-6733)* e Gama CAP (0000-0002-6345-7476)* contribuíram para o desenho e a concepção do estudo, análise e interpretação dos dados, escrita e revisão e edição final do artigo. Coelho VAA (0000-0002-0167-5697)* contribuiu para a escrita e revisão final do artigo. Coelho FBP (0000-0003-0295-2673)* contribuiu para a interpretação dos dados; escrita e revisão final do artigo. ■

Referências

1. MacRae E. Antropologia: aspectos sociais, culturais e ritualísticos. In: Seibel SD, Toscano Jr. A. Dependência de drogas. São Paulo: Editora Atheneu; 2009. p. 25-34.
2. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2021. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2021. [acesso em 2021 jul 10]. Disponível em: https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr-2021_booklet-1.html.
3. Bastos FIPM, Vasconcelos MTL, Boni RBD, et al. III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde; 2017. [acesso em 2023 fev 10]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34614>.
4. Gomes-Medeiros D, Faria PH, Campos GWS, et al. Política de drogas e Saúde Coletiva: diálogos necessários. Cad. Saúde Pública. 2019 [acesso em 2021 jul 10]; 35(7):e00242618. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/JJ5FM4Lk4RctsyTwbhFpfdk/?lang=pt>.
5. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST/Aids. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde; 2003.
6. Gerbaldo TB, Arruda AD, Horta BL, et al. Avaliação da organização do cuidado em saúde mental na atenção básica à saúde do Brasil. Trab. Educ. saúde. 2018 [acesso em 2023 fev 10]; 16(3):1.079-1.094. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/XHgtRbmrDbLVLczX4Ymn69n/?lang=pt>.
7. Souza J, Kantorski LP. Embasamento político das concepções e práticas referentes às drogas no Brasil. SMAD – Rev. Eletrônica Saúde Mental álcool

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- drog. 2007 [acesso em 2023 jan 9]; 3(1):00. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielophp?pid=S1806-69762007000200003&script=sci_arttext.
8. Santos AM, Malheiro L, organizadores. Redução de danos: uma estratégia construída para além dos muros institucionais. In: Nery Filho A, Valério ARV. Módulo para capacitação dos profissionais do projeto consultório de rua. Salvador: Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas; 2010. p. 49-53.
 9. Conectas Direitos Humanos; Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020. São Paulo: Conectas Direitos Humanos; 2021. [acesso em 2023 fev 10]. Disponível em: <https://www.conectas.org/wp-content/uploads/2022/04/Levantamento-sobre-o-investimento-em-CTs-w5101135-ALT5-1.pdf>.
 10. Vargas D, Oliveira MAF, Luís MAV. Atendimento ao alcoolista em serviços de atenção primária. Acta Paul. Enferm. 2010 [acesso em 2023 jan 11]; 23(1):73-79. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/FhxvgcLTXrRqwnK4wyy8hhf/?lang=pt&format=pdf>.
 11. Barros MA, Pillon SC. Programa Saúde da Família: desafios e potencialidades frente ao uso de drogas. Rev. Eletr. Enferm. 2006 [acesso em 2023 fev 8]; 8(1):144-149. Disponível em: <https://revistas.ufjf.br/fen/article/view/932/1129>.
 12. Ronzani TM, Castro PM, Souza-Formigoni ML. Avaliação de um processo de implementação de práticas de prevenção ao uso de risco de álcool entre agentes comunitários de saúde. HU Revista. 2008 [acesso em 2023 fev 10]; 34(1):9-18. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/66>.
 13. Brasil. Ministério da Saúde. Contribuições para a promoção do uso racional de medicamentos. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde; 2021. [acesso em 2023 fev 10]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/contribuicoes_promocao_uso_racional_medicamentos_v2.pdf.
 14. Zorzaneli RT, Cruz MGA. The concept of medicalization in Michel Foucault in the 1970s. Interface (Botucatu). 2018 [acesso em 2021 jul 15]; 22(66):721-731. Disponível em: <https://interface.org.br/en/publicacoes/o-conceito-de-medicalizacao-em-michel-foucault-na-decada-de-1970-2/>.
 15. Monteiro ER, Lacerda JT. Promoção do uso racional de medicamentos: uma proposta de modelo avaliativo da gestão municipal. Saúde debate. 2016 [acesso em 2023 fev 10]; 40(111):101-116. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/YM7TDyGfDNrx66Q6bYxpbTc/?lang=pt&format=html>.
 16. Santos RB, Zambenedetti G. Compreendendo o processo de medicalização contemporânea no contexto da saúde mental. Rev. Salud & Sociedad. 2018 [acesso em 2021 jul 15]; 10(1):22-37. Disponível em: <https://revistas.ucn.cl/index.php/saludysociedad/article/view/2849>.
 17. Bastos FI, Mota JC, Freitas F. Uso prejudicial e dependente de psicofármacos sem prescrição/em desacordo com regimes terapêuticos definidos por profissionais de saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2020. [acesso em 2021 jul 15]. Disponível em: https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/03/PJSSaudeAmanha_Texto0040_v03.pdf.
 18. Caminha ECCR, Jorge MSB, Pires RRS, et. al. Relações de poder entre profissionais e usuários da Atenção Primária à Saúde: implicações para o cuidado em saúde mental. Saúde debate. 2021 [acesso em 2022 jul 10]; 45(128):81-90. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Scndb667PSqJsNc6ZpySQPg/>.
 19. Beserra FR, Rodrigues SE, Monteiro D. Uso terapêutico de psicodélicos: por uma perspectiva latino-americana. Platô. 2021 [acesso em 2022 jul 11]; 5(5). Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2021/12/P5-PLATO-5-FINAL-DIGITAL-3-compressed.pdf>.
 20. Tesser CD. Cuidado clínico e sobremedicalização na atenção primária à saúde. Trab. Educ. Saúde. 2019 [acesso em 2021 jul 17]; 17(2):e0020537. Disponível

- em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/QsMp6DrTxmZvNCHBCryLsNp/?lang=pt>.
21. Scheneider DR. Horizonte de racionalidade acerca da dependência de drogas nos serviços de saúde: implicações para o tratamento. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010 [acesso em 2021 jul 12]; 15(3):687-698. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/fJN7t-ZCsjCpLFSx344w3zNw/abstract/?lang=pt>.
 22. Schneider DR, Lima DS. Implicações dos modelos de atenção à dependência de álcool e outras drogas na rede básica em saúde. *Psico*. 2011 [acesso em 2021 jul 15]; 42(2):168-178. Disponível em: <https://revista-seletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/7153>.
 23. Silveira PSD, Martins LF, Ronzani TM. Moralização sobre o uso de álcool entre agentes comunitários de saúde. *Psicol. Teor. Prat.* 2009 [acesso em 2021 jul 15]; 11(1):62-75. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/JpFLqHY43XZxdn3MJMXqLgK/abstract/?format=html&lang=en>.
 24. Gomide HP, Lopes TM, Soares RG, et al. Estereótipos dos profissionais de saúde em relação a alcoolistas em Juiz de Fora - MG, Brasil. *Psicol. Teor. Prat.* 2010 [acesso em 2021 jul 15]; 12(1):171-180. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v12n1/v12n1a14.pdf>.
 25. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
 26. Gama CAP, Lourenço RF, Coelho VAA, et al. Os profissionais da Atenção Primária à Saúde diante das demandas de Saúde Mental: perspectivas e desafios. *Rev. Interface (Botucatu)*. 2021 [acesso em 2021 jul 10]; (25):e200438. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/ngR3KBLS6xBNvHGNGjscJ9S/?lang=pt>.
 27. Trad LAB. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis*. 2009 [acesso em 2021 15 jul]; 19(3):777-796. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/gGZ7wXtGXqDHNCHv7gm3srw/?format=pdf&lang=pt>.
 28. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 1. ed. Lisboa: Edições 70; 2011.
 29. Patel V, Saxena S, Lund C, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*. 2018 [acesso em 2021 nov 17]; 392(18):1553-1598. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31612-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31612-X/fulltext).
 30. The Lancet. Editorial: Brain health and its social determinants. *The Lancet*. 2021 [acesso em 2021 nov 17]; 398(1021). Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)02085-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)02085-7/fulltext).
 31. Martins IC, Silveria LC, Carrilho CA, et al. “O que não tem remédio nem nunca terá”: um estudo a partir do uso abusivo de benzodiazepínico em mulher. *Rev. Min. Enferm.* 2017 [acesso em 2021 jul 10]; (21):e-1015. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622017000100224&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.
 32. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. *Uso de Medicamentos e Medicalização da Vida: recomendações e estratégias*. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde; 2018. [acesso em 2021 jul 15]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsmis/resource/pt/mis-40061>.
 33. Rosa BPGD, Winograd M. Palavras e pílulas: sobre a medicalização do mal-estar psíquico na atualidade. *Psicol. Soc.* 2011 [acesso em 2021 jul 10]; 23(esp):37-44. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/mc8GbxhvsTdDfbPsK7PYRnc/abstract/?lang=pt>.
 34. Dantas JB. Tecnicificação da vida: uma discussão sobre o discurso da medicalização da sociedade. *Rev. de Psicol.* 2009 [acesso em 2021 jul 15]; 21(3):563-580. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fractal/a/FwQmjsZxb8Yz4KdPdNpwQkM/?lang=pt>.
 35. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. *O Tra-*

balho como fonte de formação: um movimento em construção no Ministério da Saúde – Agenda 2015 de Desenvolvimento dos Trabalhadores. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde; 2015. [acesso em 2021 jul 15]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/trabalho_fonte_formacao_movimento_construcao.pdf.

36. Pinheiro MCC, Hypólito ALM, Kantorski LP. Educação permanente no processo de trabalho em saúde

de mental. *J. nurs. Health*. 2019 [acesso em 2023 fev 10]; 9(2):e199203. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1047262/2.pdf>.

Recebido em 09/10/2022

Aprovado em 28/02/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais, Edital 01/2016, Demanda Universal processo nº CHE-APQ-02530-16

O sociodrama como estratégia de pesquisa qualitativa junto a Agentes Comunitários de Saúde

Sociodrama as a qualitative research strategy with Community Health Workers

Kaleb Eliel Ferreira Leme¹, Maria Fernanda Lirani dos Reis¹, Sulamita Gonzaga Silva Amorim¹, Rosana Teresa Onocko Campos¹

DOI: 10.1590/0103-1104202313710

RESUMO Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são atores estratégicos para os cuidados de saúde mental na Atenção Básica de Saúde (ABS), pois sua proximidade com a comunidade potencializa as condições de cuidados relativos à reabilitação psicossocial. Trata-se de um estudo exploratório de natureza qualitativa e participativo, que buscou identificar os impasses e desafios enfrentados pelos ACS no trabalho em saúde mental, utilizando o sociodrama adaptado à metodologia qualitativa, cujas técnicas foram a observação participante e os Grupos Focais. O estudo corresponde a uma Pesquisa de Implementação, ocorrida em 2019, que buscou qualificar o cuidado em saúde mental de uma rede de saúde de um município paulista de médio porte. Participaram 68 ACS do mesmo município, por meio de 5 sessões sociodramáticas, e os resultados foram analisados a partir da análise de conteúdo categorial temático. Em suma, o trabalho apontou que, embora os ACS apresentem grandes contribuições para o cuidado em saúde mental no território, ainda existem desafios importantes para a consolidação de sua prática; o sociodrama foi uma estratégia potente para acessar esses desafios, constituindo-se em uma ferramenta valiosa para captar fenômenos que envolviam a subjetividade e as relações sociais, inerentes às pesquisas qualitativas em saúde.

PALAVRAS-CHAVE Psicodrama. Saúde mental. Agentes Comunitários de Saúde. Ciência da implementação. Pesquisa qualitativa.

ABSTRACT *Community Health Workers (CHW) are strategic actors for mental health care in Primary Health Care (PHC), as their proximity to the community enhances the conditions of care related to psychosocial rehabilitation. This is an exploratory study of a qualitative and participatory nature, which sought to identify the impasses and challenges faced by the CHW in mental health work, using sociodrama adapted to the qualitative methodology, in which the techniques were participant observation and focus groups. The study corresponds to an implementation survey, occurred in 2019, which sought to qualify the mental health care of a health network in a medium-sized municipality in São Paulo. Sixty-eight CHW from the same municipality participated, through 5 sociodramatic sessions, and the results were analyzed based on thematic categorical content analysis. In short, the work pointed out that although the CHW present great contributions to mental health care in the territory, there are still important challenges for the consolidation of its practice; sociodrama was a powerful strategy to address these challenges, being a valuable tool to capture phenomena involving subjectivity and social relationships, inherent in qualitative health research.*

KEYWORDS *Psychodrama. Mental health. Community Health Workers. Implementation science. Qualitative research.*

¹Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil.
k226485@dac.unicamp.br



Introdução

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são considerados o elo entre a Unidade Básica de Saúde (UBS) e a comunidade e possuem um envolvimento desafiador quanto aos papéis que ocupam em seu trabalho¹. Eles se deparam com atividades complexas e de difícil resolução no território, ao passo que possuem pouco conhecimento técnico e suporte para lidar com a demanda de trabalho, embora se reconheçam como ‘pau para toda obra’ nos serviços². Com relação à formação dessa categoria de profissionais, há alguns anos, estudos apontam a necessidade de cursos e estratégias de educação permanente que qualifiquem suas práticas e seu trabalho em saúde^{3,4}.

No que se refere à saúde mental, espera-se que a Atenção Básica de Saúde (ABS) seja estratégica, principalmente, com uma atuação diferenciada dos profissionais que ofertam o cuidado, promovendo humanização, acolhimento e corresponsabilização dos casos de maneira articulada em uma rede intersetorial. Não somente os profissionais da unidade estão envolvidos nessa dinâmica, mas, também, as categorias chamadas a compor as equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), organizadas para subsidiar e articular o apoio das equipes locais e aproximá-las dos serviços especializados⁵.

Para Yasui, Luzio e Amarante⁶, existem importantes interfaces entre a Atenção Psicossocial (AP), a ABS e o território, uma vez que a Reforma Psiquiátrica estabelece uma nova forma de relação entre sociedade e sofrimento psíquico, que pressupõe o deslocamento do foco da doença para o sujeito, seus modos de vida e sua comunidade, valorizando o acompanhamento nos espaços onde a vida acontece, sendo, assim, o território o lócus privilegiado de práticas psicossociais. Tomam-se por território os espaços material e imaterial atravessados por relações, trocas afetivas, serviços, redes formais e informais que os sujeitos constroem para além da configuração geográfica. Cenário de acontecimentos

econômicos, hierarquias e atravessamentos políticos, o território é fruto da produção social, como conceitua Milton Santos⁷.

Nessa perspectiva, o território é espaço fundamental para o cuidado em saúde mental na lógica da APS, à medida que permite a aproximação das realidades concretas dos sujeitos, considerando “a vida como ela é”⁷⁽¹⁷⁵⁾, sendo a ABS um componente estratégico da Rede de Atenção Psicossocial (Raps). A costura da trama entre as unidades de saúde, os sujeitos e o cuidado no território revela não só potências, mas, também, desafios que abarcam o cotidiano das unidades: a relação entre a equipe, a formação dos profissionais de saúde – ainda pautada no modelo biomédico –, a organização do processo de trabalho; e as estratégias coletivas, entre outros, enfrentados, sobretudo, pelos ACS, já que são eles os responsáveis pelas conexões entre território e instituições⁶.

Lancetti⁸⁽⁵¹⁾ discorre sobre os desafios de se trabalhar com saúde mental no território, posto que os profissionais operam como “psicanalistas de pés descalços que praticam uma clínica muito mais complexa do que a do consultório”, vivenciando momentos extramuros diariamente.

Outros estudos apontam que os ACS enfrentam diversos entraves nos serviços devido à baixa qualificação atrelada à carência de formação, sobretudo nas práticas de trabalho em saúde mental⁹. Nesse sentido, Santos e Nunes¹⁰ apontam que eles podem estar mais preparados quando incentivados e capacitados, podendo aperfeiçoar suas ações tanto no território como, também, no trabalho da equipe interprofissional.

Entretanto, ao considerar o contexto político dos últimos anos, notam-se diversos retrocessos e fragilidades. Desde 2017, houve alterações na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) sobre a configuração e a formação dos trabalhadores da ABS, as quais culminam em um desamparo da população com relação aos cuidados básicos de saúde, à sua integralidade e ao acesso universal no País, com a desvalorização da formação do

ACS e a diminuição da presença da categoria nas unidades¹¹.

Apesar disso, é evidente que a participação dos ACS é essencial nas unidades, pois, além de conhecerem o ambiente ao seu redor e o funcionamento da rede de atenção à saúde, podem intervir em suas áreas, valorizando a emergência de afetos¹². Santos e Nunes¹⁰, em estudo recente, identificaram que houve, por parte dos ACS, interesse e necessidade de compreender melhor a temática da saúde mental, especialmente por eles terem uma vivência intensa acerca das necessidades dos usuários com adoecimento psíquico, seja leve ou grave.

Este estudo se inspirou na rica experiência do programa de saúde mental criado para o Projeto Qualis/PSF, coordenado por Lancetti, em 1998, o qual contava com uma ‘equipe volante’ de diversos profissionais técnicos, seguindo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e tendo como enfoque a ‘integralidade’ no território¹³. Tal projeto realizou uma formação com os ACS utilizando-se de recursos do sociodrama para dramatizar e discutir situações graves envolvendo os casos e as famílias do território. Após essa experiência, os agentes tornaram-se estratégicos no cuidado em saúde mental na comunidade⁸.

Com isso, o objetivo deste estudo foi identificar e discutir os impasses e desafios enfrentados pelos ACS nos cuidados em saúde mental, a partir da utilização da abordagem sociodramática combinada às técnicas qualitativas.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório de natureza qualitativa e participativo, realizado no segundo semestre do ano de 2019, através de um encontro com 68 ACS (79%), de um total de 86 profissionais da rede de saúde de Itatiba-SP, sendo 4 participantes do sexo masculino e 62 do sexo feminino. O critério de inclusão dos participantes foi ter mais de

18 anos, trabalhar como ACS há pelo menos 6 meses e estar fixado no quadro de funcionários da prefeitura do município. Como critério de exclusão, não foram abarcados os que estavam afastados por licença, de férias ou que se negaram a participar do estudo.

O município, considerado de médio porte, possui 120.858 habitantes (IBGE, 2019) e sua rede é composta por 19 equipes, com 6 UBS e 13 Estratégias Saúde da Família (ESF).

Este estudo fez parte do levantamento de dados acerca da realidade local da rede de saúde mental do município em questão, como um componente diagnóstico da fase de pré-implementação de uma Pesquisa de Implementação (PI)¹⁴. De acordo com Proctor et al.¹⁴, as PI são reconhecidas internacionalmente e realizadas por meio do conjunto de métodos quantitativos e qualitativos¹⁴. Além disso, devem ser aplicadas no contexto do ‘mundo real’ em que as intervenções acontecem^{15,16}.

A princípio, os ACS foram convidados a participar de uma sessão sociodramática que teve como objetivo trazer à cena determinados conteúdos e vivências dos indivíduos envolvidos, por meio de um efeito catarse que é despertado durante a encenação. Para isso, os participantes realizam um teatro dramático, e cinco elementos são indispensáveis para sua concretização: o palco, o sujeito, um diretor, um ego auxiliar e o público¹⁷.

Embora siga as instruções da teoria moreniana, oferecendo uma comunicação livre, criativa e espontânea, o termo ‘sociodrama’ refere-se a uma técnica de estímulo à participação e à intervenção em pesquisas científicas e não ao processo psicodramático, como no formato psicoterapêutico¹⁸.

Essa estratégia pode ser capaz de produzir conhecimento, contribuir para a realidade do campo e ser potencialmente eficaz para acessar conteúdos às vezes difíceis de serem verbalizados, sobretudo em contextos em que – a despeito da intenção dos pesquisadores – a verticalidade prevalece (como, por exemplo, tem sido descrito na

literatura quando há uma distância cultural ou de nível educacional muito grande entre entrevistador e entrevistado, ou na composição dos Grupos Focais – GF).

Assim, os agentes foram divididos em 5 grupos (G1, G2, G3, G4, G5), sendo conduzidos por um diretor e um ego auxiliar em cada grupo, funções desempenhadas pelos pesquisadores condutores dos grupos. Inicialmente, foi proposto um aquecimento aos participantes, para que se apresentassem e escrevessem ‘o que é trabalhar com saúde mental’; então, o diretor misturou os papéis e redistribuiu aleatoriamente a cada um deles, para que compartilhassem o escrito pelos colegas. Em seguida, eles foram convidados a pensar sobre ‘Como é ser ACS e trabalhar com saúde mental’ e a eleger uma cena representativa dessa temática.

Cada grupo dramatizou sua cena. Posteriormente, foram realizados GF para que compartilhassem aspectos que emergiram dessa vivência, contemplando os afetos, os desafios, as contradições e suas impressões sobre a realidade do campo da saúde mental.

A técnica de GF é uma dinâmica de entrevista em que as pessoas são convidadas a dialogar sobre alguma temática e estimuladas à interação grupal. No GF, as verbalizações de cada sujeito têm implicação e intervenção nos outros participantes que compõem esse conjunto, assim, o conteúdo nunca aparece isolado e de forma descritiva, mas tem a contribuição do debate gerado entre os indivíduos. As trocas também favorecem a desinibição das pessoas, que podem se sentir mais à vontade para expressar suas ideias e, conseqüentemente, fazer uma análise de maior profundidade sobre as impressões humanas¹⁹.

Nesse momento, o diretor fez a função de apoiador, e o ego auxiliar colaborou como observador participante, auxiliando com o relato das principais afetações do momento. O material de todos os GF foi audiogravado, transcrito na íntegra e organizado para a realização da análise de conteúdo categorial temático de Minayo²⁰, agrupando os textos em unidades e categorias e sendo feito o

reagrupamento analítico. Foram separadas as unidades a partir dos diálogos, relacionando-as às categorias temáticas preestabelecidas pelo roteiro, que, em seguida, foram validadas por um pesquisador diferente para formação de consenso.

Portanto, as técnicas utilizadas para a coleta de dados foram os grupos sociodramáticos, a observação participante e os GF. Ademais, foram resguardados todos os cuidados éticos de pesquisa a partir da garantia de sigilo, além da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por todos os participantes, conforme aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – Unicamp (CAAE: 00827918.8.0000.5404).

Resultados e discussão

A percepção dos ACS acerca dos usuários da saúde mental esteve relacionada a um olhar depreciativo e estereotipado, compreendendo o trabalho em saúde mental atrelado à periculosidade e sendo reconhecidos como tais aqueles sujeitos cujos diagnósticos caracterizam-se como transtorno mental grave, com destaque para a esquizofrenia. Além disso, foram identificados alguns obstáculos com relação à atuação do agente comunitário, relacionados aos aspectos estruturantes do processo de trabalho. Nesse sentido, foram criadas cinco categorias, as quais são descritas e discutidas a seguir.

Estigmatização

O estigma vivenciado pelas pessoas em sofrimento psíquico sempre esteve presente no bojo das discussões da Reforma Psiquiátrica. Apesar disso, de maneira alguma, esse tema pode ser tomado como uma questão superada, uma vez que se apresenta fortemente nos dispositivos que constroem o imaginário social, bem como nas práticas de cuidado em saúde^{21,22}.

A princípio, a estigmatização com relação aos usuários da saúde mental foi um fator de destaque, incluindo percepções que envolveram o medo e uma visão baseada em conceitos do senso comum. Waidman, Costa e Paiano⁹ também apontaram certa distorção relacionada às pessoas com transtornos mentais, que são vistas como agressivas, perigosas e incapazes de obter autonomia. Essa perspectiva de periculosidade e medo associada à imagem dos usuários da saúde mental gera prejuízos na qualidade do cuidado oferecido. De acordo com os autores, essas reflexões são relevantes e necessárias para a desconstrução de preconceitos e estigmas, visto que a ABS deve funcionar estrategicamente para a reinserção social dos usuários, com movimentos da luta antimanicomial e de desinstitucionalização^{9,21}.

Neste estudo, além de os agentes demonstrarem sentir medo dos usuários, percebiam inseguranças no ambiente de trabalho, com a sensação de risco iminente, principalmente durante as visitas domiciliares:

Eu moro no bairro e tenho receio do que pode acontecer comigo. Tenho medo de encontrar meu paciente na rua em um momento que ele esteja perturbado [...] Hoje me deu medo! O olhar dele me deu arrepio na espinha. (G1).

Foi comum a associação entre usuários da saúde mental e agressividade, destacando-se falas que apontavam a necessidade do uso de força física e de profissionais homens para contenção mecânica, identificada como o único recurso para essas situações. Assim, a fala a seguir pôde ilustrar tais eventos, após compartilharem acerca da experiência socio-dramática, que trouxe à tona as impressões da realidade do trabalho:

[...] precisamos sempre chamar o médico que tem um porte físico grande e é homem para conter ele. Já avisei todos os superiores que ele anda com faca. Nem a família quer saber mais. Não temos segurança. (G1).

Como se pode ver, os relatos demarcam a construção de uma imagem das pessoas em sofrimento psíquico fortemente estigmatizada, que reforça, também, os aspectos de exclusão social, dificuldades na construção do vínculo e barreiras no acesso à saúde. Por essa razão, o usuário carrega consigo a privação do acolhimento e dos cuidados necessários frente às situações de crise psíquica, ou seja, o sofrimento que se dá nas condições de vida psicológica, familiar e social torna-se incompreendido²³.

No campo da saúde mental, pode ser comum que o conceito 'crise' seja interpretado como uma situação perigosa que desperta o medo da loucura, uma vez que assim era percebida por muito tempo a pessoa com transtorno mental junto à sociedade. Assim sendo, principalmente nos serviços de atenção psicossocial, faz-se necessária a mudança da compreensão paradigmática para que as relações se construam mediante a corresponsabilização de profissionais para com os usuários, com o cuidado qualificado ao reconhecer com legitimidade a realidade do louco, sua cidadania e sua história²³.

Trabalho no território e território do trabalho

Os impactos, causados pelo temor dos ACS ao se depararem com a 'loucura', e por esta estar associada a um risco imaginário, também afetam a atuação no território, no qual as visitas domiciliares aos usuários da saúde mental são realizadas, como demonstrado na seguinte fala:

[...] se sentir ameaçado com o usuário em condição de surto... Eu não vou numa casa se eu sei que tem alguém nessa condição. (G4).

Esses sentimentos de ameaça e insegurança pelas Visitas Domiciliares se apresentam como uma realidade na prática dos agentes e podem estar associados aos determinantes sociais em saúde. Outros estudos também apontaram como isso prejudica o trabalho e traz inseguranças na forma de intervir e realizar

o cuidado com os usuários e suas famílias, seja pela vulnerabilidade dos locais, seja por outras questões, como aspectos sociais ou culturais, podendo ocasionar evitação às visitas domiciliares²⁴.

Com relação à atuação dos ACS no território, um estudo constatou que, devido ao fato de eles habitarem a comunidade, existe maior predisposição para serem alvos de reclamações dos usuários, ocupando a posição de mediadores entre a população e a UBS. Percebe-se que essa relação pode acarretar sofrimento psíquico aos ACS, visto que a convivência os coloca como referências sempre acessíveis para as demandas de saúde, extrapolando a jornada de trabalho²⁵. A identidade de trabalhador se sobrepõe a outros papéis significativos da vida na comunidade, como pode ser descrito a seguir:

[...] a gente já foi até no mercado, sem precisar, para desviar de alguém. As pessoas sabem onde você mora. Todo mundo já fugiu para desviar de alguém [...] Não consigo dizer 'não'... Então, a gente foge. (G4).

Como se pode ver, não se separa o rol de vizinho do de ACS:

E você tem férias? Porque se a pessoa encontrar com a gente na Argentina ou em qualquer lugar, ela vai perguntar: E aquela guia lá, será que eu perdi? Documento, dá para tirar, menina?... Aquele remédio lá, toma como? (G3).

A demanda de trabalho dos agentes é intensa, e há entraves significativos quanto às formas de delimitar fronteiras entre o trabalho e a vida pessoal; suas narrativas associavam essa relação complexa entre território de vida e de trabalho com disparadores de estresse e impactos na qualidade de vida. Nesse entremeio, muitos disseram se sentir sobrecarregados e obrigados a atender às demandas dos usuários, inclusive aos finais de semana, como o relato do evento a seguir:

Acho que o que mais cansa é o psicológico. Porque o corpo você deita e você descansa. A mente sofre, o corpo, não [...]. Eu já parei várias vezes para chorar na rua. Eu chorei na casa do paciente esses dias. (G3).

Santana, Burlandy e Mattos²⁶ mencionam que o duplo lugar do agente enquanto trabalhador e vizinho o faz ter maior confiança e familiaridade para adentrar as residências, o que facilita o vínculo e o envolvimento em momentos de maior complexidade, operando, conforme dizia Lancetti⁸⁽²¹⁾, como “amigos qualificados”. Waidman, Costa e Paiano⁹ também apontam que o fato de os ACS serem parte integrante da comunidade faz com que eles desempenhem a função de favorecer a comunicação entre os usuários e o serviço de saúde, sendo fundamentais nos atendimentos quando se trata de acompanhamento dos casos e continuidade dos tratamentos.

Isso pode ser frustrante e exaustivo, ao mesmo tempo, como se pode observar no compartilhamento acima, uma vez que podem ser alvos de protestos e também de demandas emergenciais em sua área geográfica. Essa relação ambivalente mostra a complexidade do território para os ACS como locus de trabalho e convivência e a necessidade de suporte à categoria^{5,25}. Devem-se considerar dispositivos estratégicos como o cuidado compartilhado e a problematização das práticas de trabalho entre equipes, sendo organizados por meio de programas de educação permanente em saúde mental²⁷.

Dificuldades no trabalho com a equipe

Os ACS descrevem o trabalho em equipe como pouco cooperativo nas ações em saúde mental, principalmente quanto à construção de vínculo com os usuários. Expressaram que seus trabalhos desenvolvidos fora da unidade são pouco aproveitados e valorizados pelas equipes, como pode se ver nas falas a seguir:

O momento que ele mais pede ajuda falta a sensibilidade da equipe, que acha que eles são mais um. Ele não pode ser tratado como todo mundo. (G1).

A gente ligava para o Caps e nada. Ele atirava pedras, ficava sem roupas... ele ainda não estava machucando ninguém... mesmo assim, ninguém ajudou... (G4).

Além disso, os ACS atribuem a desvalorização do seu trabalho à ausência de ensino superior: “*Aí, você faz o que, cara? Você é o único que não tem nível superior*” (G3). Essa desvalorização do trabalho dos ACS também é presente no estudo de Santana, Burlandy e Mattos²⁶, que apontam que eles não são vistos como profissionais da saúde devido à ausência de formação técnica. Nessa perspectiva, Aguirre et al.²⁸, ao analisarem o discurso dos agentes a respeito do processo de identificação e subjetivação de suas práticas, constataram que os arranjos institucionais que valorizam os espaços coletivos permitem melhor integração dos agentes às equipes.

Dessa maneira, pode-se dizer que o nível de pertencimento dos ACS à categoria ‘profissionais de saúde’ está atrelado à sua participação junto da equipe de saúde, pois, se participam de reuniões, da construção do projeto terapêutico singular, do matriciamento, entre outras ações, podem melhor se vincular como sujeitos institucionais no sistema público de saúde²⁸. Resultado semelhante foi observado por Onocko-Campos et al.²⁹.

Nota-se que o trabalho em equipe é fundamental para o ACS levar os conhecimentos que possui ao território, bem como às famílias dos usuários da saúde mental. Lancetti⁸ explica que “em vez de retirar o membro mais ‘problemático’ do núcleo familiar, propõe-se a ajudar a família para que esta ajude seus membros mais necessitados”⁸⁽²²⁾, e, com isso, “o paciente é o grupo familiar todo”³⁰⁽¹¹⁷⁾.

Contudo, destaca-se nessa categoria a contribuição da experiência sociodramática para que os ACS expressassem descontentamentos com relação ao trabalho em equipe, além

do sentimento de desvalorização enquanto profissionais de saúde. Essa ferramenta foi capaz de promover a espontaneidade e revelar a complexidade da vivência dos ACS, conforme sugerido na literatura³¹.

A qualificação do trabalho e impactos subjetivos

A demanda de saúde mental é sentida como angustiante pelos agentes, que identificaram a necessidade de formação para lidar com questões específicas dessa clínica, como a compreensão acerca dos psicotrópicos comumente utilizados, e dificuldades relacionadas às situações de crise no território: o que é crise em saúde mental? Quais manejos e articulações são possíveis nesse momento? Esse tipo de angústia vivenciada pelos ACS pode ser verificado na fala a seguir:

Nunca tive treinamento nenhum para lidar com isso, tive que aprender na marra. Eu não estou preparada para lidar com ele [o paciente]. (G1).

Relataram, sobretudo, impactos decorrentes da carência de saberes técnicos e da ausência do apoio matricial, manifestando o desejo de treinamentos que favoreçam manejos em suas situações e práticas cotidianas. No relato a seguir, os profissionais apontaram sentimentos de desamparo e dependência de outros pontos da rede, que nem sempre se apresentam como suporte, o que impacta diretamente a dificuldade de autonomia na sua atuação:

Porque a partir do momento que você sabe diagnosticar, entender, você consegue saber o seu trabalho, onde demandar, onde encaminhar, com quem falar. A partir do momento que você consegue fazer essa rede... você já tem autonomia [...] Eu não sei se é falta de capacitação. A gente fica totalmente sem noção do que fazer, de como agir, e a vontade que dá é sair correndo. (G5).

A sobrecarga de trabalho, atrelada à falta de estabelecimento claro de suas funções e de

suporte da equipe, reflete em um sofrimento psíquico que desmotiva o trabalho dos ACS e causa a sensação de desrealização profissional. Baralhas e Pereira²⁵ identificaram que a função dos agentes está vinculada a atividades excessivas, conseqüentes da ausência de delimitação de suas atribuições, e apontam que a sobrecarga e o fato de estarem mais expostos que os demais profissionais, ou seja, sem a proteção dos muros institucionais, podem ocasionar sintomas de estresse e solidão no trabalho, o que corrobora os achados desta pesquisa.

Foi evidente, também, a frustração e a impotência perante o tempo necessário para a evolução dos quadros de saúde mental, em que a clínica exige acompanhamento longitudinal e comumente de progressão mais lenta:

O que falar? - chorando [em resposta à pergunta sobre como é ser ACS e lidar com saúde mental] [...] Ele demorou 2 anos até ter uma solução. Eu tive que me preparar, me preservar, senão... você fica doente. (G1).

Nessa lógica, não só a ausência de conhecimento técnico, mas a falta de formação continuada para os profissionais ACS podem causar sofrimento psíquico no trabalho e interferir na qualificação do cuidado em saúde mental. Isto posto, é recomendável que os trabalhadores de nível superior se disponibilizem com eficiência de duas maneiras: promovendo a saúde dos usuários e impulsionando a ampliação da clínica – contribuindo para cuidar de si e do outro, levando em consideração a subjetividade dos sujeitos envolvidos entre os diferentes saberes e práticas no universo do trabalho³².

Ressalta-se, desse modo, a possibilidade de encontros e formações voltados para os Agentes, baseados em programas de educação permanente, que busquem a qualificação do cuidado em saúde mental e fomentem a lógica do cuidado compartilhado entre os diferentes níveis profissionais^{33,34}. Assim, podem ser valorizados os saberes que rodam o centro de saúde, entre eles, as habilidades relacionais, socioafetivas e interculturais presentes nos profissionais ACS⁷.

Articulação de rede

A ausência da articulação de rede apareceu como uma fragilidade que dificulta o cuidado em saúde mental, envolvendo dificuldades de comunicação e de integração entre os diversos serviços, destacando-se: falta de um fluxo estabelecido; falta de delimitação das competências e atribuições de cada componente da rede; ausência de mecanismos de comunicação entre as unidades; baixa qualificação das equipes e aspectos que afetam as condições de trabalho, como a alta rotatividade dos profissionais. A realidade dessas circunstâncias é detalhada nas falas a seguir:

O negócio é que ninguém sabe o que faz. Primário não sabe o que faz, secundário não sabe o que faz, terciário então, meu filho, aqui é só chegando morto! (G3).

Além disso, há dificuldades na comunicação e rotatividade dos profissionais do Nasf – geralmente, quando se adaptam ao trabalho, mudam-se os trabalhadores. Uma profissional relatou como isso interfere no cotidiano do trabalho:

[...] não para ninguém também. Entra um e sai, dali um mês entra outro, e você tem que discutir o caso tudo de novo com essa pessoa, e aí volta tudo. (G5).

Demonstraram, ainda, as incompatibilidades da atuação dos profissionais para as competências necessárias da ABS, com equipes pouco qualificadas para o trabalho articulado em rede, o que reflete em uma atuação falha do processo de referência e contrarreferência. Incidências relacionadas a essas dificuldades são relatadas nas falas a seguir:

Nós ouvimos do Caps que a situação só seria resolvida quando elas (pacientes) morressem. Essa foi a resposta do Caps para gente. Elas morreram! Resolvido. (G4).

Aí, você chama o Caps para intervir, e o Caps fala assim: ah, mas ele tá no seu bairro. Eles não têm preparação para trabalhar na saúde da família. (G5).

Uma das nossas brigas também é essa: o feedback do Caps pra gente. Às vezes, o paciente vai pra lá e ele fica lá, a gente não sabe o que está acontecendo. A gente não sabe a medicação que tá tomando, se o paciente tem consulta ou não marcada pra gente poder acessar esse acompanhamento, se ele tá indo, se ele aderiu ao tratamento, se não aderiu. (G1).

As dificuldades no cuidado com os usuários da saúde mental indicam ausência de articulação da Raps, demonstrando que a falta de dispositivos de articulação de rede – como o próprio matriciamento – tem impacto negativo no serviço que é ofertado à comunidade e evidenciando as lacunas existentes na comunicação entre os profissionais e no apoio entre a equipe e o restante da rede. Isso se refere aos entraves presentes hoje na Política de Saúde Mental¹¹.

Embora a literatura recomende e oriente sobre as boas práticas de atendimento comunitário e a articulação ampliada entre os vários pontos da rede de serviços, há diversas fragilidades, como a precarização do trabalho pelos serviços terceirizados e ausência de repasses financeiros necessários, o que contraria as diretrizes dessa política pública^{9,35}.

Antonacci et al.³⁶ reiteram a relevância da organização de fluxos entre os serviços para que ultrapassem a rede fixa e que permitam estabelecer conexões entre os equipamentos, a partir da interação entre os atores do processo de cuidado em saúde, sendo eles trabalhadores, usuários e gestores. A comunicação entre esses sujeitos contribui para a construção de arranjos singulares entre os serviços, a partir das necessidades apresentadas pela população, favorecendo o trabalho criativo e uma rede que seja capaz de promover a reabilitação psicossocial^{28,33}.

Cabe destacar que a rede enfrentava alta rotatividade profissional e baixa comunicação

entre os serviços, com muitos obstáculos no cuidado em saúde mental, entretanto, iniciava a contratação de mais profissionais para compor duas equipes Nasf. Nesse contexto, uma das propostas para integrar a rede de saúde mental seria aproximar o diálogo entre os profissionais da ABS e dos serviços especializados, bem como os gestores das unidades, criando dispositivos de integração de rede por meio das PI¹⁵. Com isso, sugere-se que sejam criadas estratégias para estimular a participação, aproximar os diálogos e as boas práticas das partes interessadas nos serviços³⁷.

O Apoio Matricial é um arranjo que possibilita espaços de troca entre os diferentes serviços, em especial, Nasf, ESF e os Centros de Atenção Psicossocial (Caps)³⁸. O Nasf também pode ampliar a capacidade de resposta das equipes, sendo dispositivo de suporte e de troca de conhecimentos específicos, superando a lógica da fragmentação do trabalho com reuniões e pactuações sobre os casos, a partir do encontro dos trabalhadores dos diferentes serviços^{39,40}.

Trabalhos como o de Silvia, Santos e Souza³⁸ discorrem sobre a experiência de Apoio Matricial para o ACS enquanto um espaço potente para a coprodução do cuidado em saúde, a ampliação da autonomia dos agentes no acompanhamento dos casos e a construção de um raciocínio clínico que perpassasse o acesso aos direitos e à cidadania.

Considerações finais

A ABS deve ter um papel fundamental na reinserção dos usuários da saúde mental na comunidade, porém, existem diversos desafios na articulação de rede e no oferecimento de suporte qualificado aos serviços. Percebe-se que a resolubilidade das situações-problema ou agravos em saúde mental nesse setor depende das respostas sistematizadas de queixas-conduta e está vinculada, essencialmente, à responsabilidade coletiva, com o comprometimento das equipes, da política e da gestão.

O papel do ACS mostra-se cada vez mais imprescindível no campo da saúde mental, tanto para acompanhamento dos casos quanto para proporcionar melhor resolutividade às demandas dos usuários, oferecendo um conhecimento familiar e sociocultural às unidades, haja vista sua pertença ao território. Quando conscientizados, podem combater o estigma da loucura, compreender as situações de crise e auxiliar na promoção do cuidado em saúde mental no território.

Aponta-se que as práticas de educação permanente e os programas de formação para ACS podem contribuir expressivamente para a superação dos entraves na assistência à saúde mental com suas propostas de qualificação do cuidado, por meio da implementação de dispositivos de articulação de rede, como o matriciamento, reunião de equipe, entre outros, auxiliando na execução de políticas públicas mais efetivas, inclusivas e justas.

Este estudo recomenda o sociodrama como estratégia potente para as metodologias qualitativas, sendo uma ferramenta capaz de favorecer a participação e a produção discursiva de um grupo de trabalhadores que comumente demonstra dificuldades na comunicação oral por barreiras socioculturais e educacionais. Além disso, contribuiu para a apreensão de fenômenos subjetivos, emocionais e inerentes às relações sociais.

Considera-se que a sua utilização em metodologias de pesquisa ainda é incipiente,

uma vez que não se encontrou na literatura a combinação da abordagem sociodramática com outras técnicas de pesquisa qualitativa, especialmente no campo da saúde coletiva. Contudo, para este estudo, o sociodrama, enquanto ferramenta de produção de dados em campo, permitiu mobilizar fatores subjetivos e intersubjetivos, suscitando importantes reflexões nos GF, enriquecendo, assim, a profundidade dos dados obtidos nos GF.

Portanto, recomendamos o uso dessa ferramenta com o objetivo de explicitar temáticas de difícil acesso, atravessadas por fatores subjetivos e emocionais, bem como para equalizar as discrepâncias educacionais, infelizmente, ainda existentes entre pesquisadores e sujeitos participantes das pesquisas.

Como ocorre em toda pesquisa qualitativa, os achados não podem ser generalizados empiricamente. Contudo, quando associados à literatura discutida, permitem uma contribuição ao tema da saúde mental na atenção básica à saúde e na articulação de redes assistenciais.

Colaboradores

Leme KEF (0000-0003-3582-9583)*, Reis MFL (0000-0003-1944-8502)*, Amorim SGS (0000-0003-0005-129X)* e Onocko-Campos RT (0000-0003-0469-5447)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Lancetti A, Amarante P. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, et al., organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 615-634.
2. Ávila MMM. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011; 16(1):349-360.
3. Coelho JM, Vasconcellos LCF, Dias EC. A formação de Agentes Comunitários de Saúde: construção a partir do encontro dos sujeitos. *Trab. educa. saúde*. 2018; 16(2):1143-1164.
4. Gomes KO, Cotta RMM, Mitre SM, et al. O Agente Comunitário de Saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas. *Physis*. 2010; 20(4):1143-1164.
5. Onocko-Campos R, Gama C. Saúde mental na Atenção Básica. In: Campos GWS, organizador. *Saúde Paideia*. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 220-246.
6. Yasui S, Luzio CA, Amarante P. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. *Rev. Polis e Psique*. 2018; 8(1):173-190.
7. Santos M. O País Distorcido. In: Ribeiro WC, organizador. São Paulo: Publifolha; 2002.
8. Lancetti A. Saúde Mental nas entranhas da metrópole. In: Lancetti A, organizador. *Saúde Loucura 7: Saúde Mental e Saúde da Família*. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
9. Waidman MAP, Costa B, Paiano M. Percepções e atuação do Agente Comunitário de Saúde em saúde mental. *Rev. esc. enferm. USP*. 2012; 46(5):1170-1177.
10. Santos GA, Nunes MO. O cuidado em saúde mental pelos agentes comunitários de saúde: o que aprendem em seu cotidiano de trabalho? *Physis*. 2021; 24(1):105-125.
11. Morosini MVF, Angélica F. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. *Saúde debate*. 2018; 42(esp1):261-274.
12. Saffer DA, Barone LR. Em busca do comum: o cuidado do agente comunitário de saúde em Saúde Mental. *Physis*. 2017; 27(3):813-833.
13. Gonçalves PL. A unidade de referência e a equipe volante. In: Lancetti A, organizador. *Saúde Loucura 7: Saúde Mental e Saúde da Família*. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
14. Proctor E, Silmere H, Raghavan R, et al. Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Adm. policy ment. health*. 2011; 38(2): 65-76.
15. Peters DH, Adam T, Alonge O, et al. Implementation research: what it is and how to do it. *British J. Sport. Med.* 2014; 48 (8):731-736.
16. Powell BJ, Proctor E, Glass JE. A Systematic Review of Strategies for Implementing Empirically Supported Mental Health Interventions. *Res soc work pract.* 2014; 24(2):192-212.
17. Moreno JL, Moreno ZT. Fundamentos do psicodrama. [Tradução: Moisés Aguiar]. São Paulo: Ágora; 2014.
18. Feijó N, Ferracini L. O sociodrama como metodologia da pesquisa. *Rev Bras Psicod.* 2021; 29(3):172-177.
19. Westphal MF, Bógus CM, Faria MM. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. *Boletim Ofic. Sanit. Panamá*. 1996; 120(6):472-82.
20. Minayo MCS. *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. 18. ed. Petrópolis: Vozes; 2001.
21. Melo AMC. Apontamentos sobre a reforma psiquiátrica no Brasil. *Cad. Bras. Saúde Mental*. 2013; 4(9):84-95.
22. Leão A, Lussi IAO. Estigmatização: consequências e

- possibilidades de enfrentamento em Centros de Convivência e Cooperativas. *Interface (Botucatu)*. 2021; (25): e200474.
23. Willrich JQ, Kantorski LP, Chiavagatti FG, et al. Periculosidade versus cidadania: os sentidos da atenção à crise nas práticas discursivas dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. *Physis*. 2011; 21(1):47-64.
 24. Broch D, Riquinho DL, Vieira LB, et al. Social determinants of health and community health agent work. *Rev. esc. enferm.* 2020; (54):e03558.
 25. Baralhas M, Pereira MAO. Prática diária dos agentes comunitários de saúde: dificuldades e limitações da assistência. *Rev. bras. enferm.* 2013; 66(3):358-365.
 26. Santana VG, Burlandy L, Mattos RA. A casa como espaço do cuidado: as práticas em saúde de Agentes Comunitários de Saúde em Montes Claros (MG). *Saúde debate*. 2019; 43(120):159-169.
 27. Scafuto JCB, Saraceno B, Delgado PGG. Formação e educação permanente em saúde mental na perspectiva da desinstitucionalização (2003-2015). *Comun. ciênc. Saúde*. 2017; 28(3-4):350-358.
 28. Aguirre SB, Pfeiffer CRC, Onocko-Campos RT, et al. Discursividades e processo de trabalho na relação de agentes envolvidos de saúde em espaços coletivos. *Inter. J. Develop. Research*. 2021; 11(3):45023-45027.
 29. Onocko-Campos RT, Campos GWS, Ferrer AL, et al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. *Rev Saúde Pública*. 2012; 46 (1).
 30. Lancetti A. Síntese metodológica. In: Lancetti A, organizador. *SaúdeLoucura 7: Saúde Mental e Saúde da Família*. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
 31. Nery MP, Costa LF, Conceição MIG. O Sociodrama como método de pesquisa qualitativa. *Paidéia*. 2006; 16(35):305-313.
 32. Onocko-Campos RT. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. *Ciênc. saúde coletiva*. 2005; 10(3):573-583.
 33. Chiaverni DH, organizadora. *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva; 2011.
 34. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 13 Fev 2004.
 35. Lima MCG, Tonantzin R. Apoio matricial como estratégia de ordenação do cuidado em saúde mental. *Trab. Educ. Saúde*. 2020; 18(1).
 36. Antonacci MH, Kantorski LP, Willrich JQ, et al. Estrutura e fluxo da rede de saúde como possibilidade de mudança nos serviços de atenção psicossocial. *Rev. esc. enferm. USP*. 2013; 47(4):891-898.
 37. Treichel CAS, Silva MC, Presotto RF, et al. Comitê Gestor da Pesquisa como dispositivo estratégico para uma pesquisa de implementação em saúde mental. *Saúde debate*. 2019; 43(esp2):35-47.
 38. Silva CB, Santos JE, Souza RC. Estratégia de apoio em saúde mental aos agentes comunitários de saúde de Salvador-BA. *Saúde soc*. 2012; 21(1):153-160.
 39. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 1999; 4(2):393-403.
 40. Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc. saúde coletiva*. 2000; 5(2):219-230.

Recebido em 15/07/2022

Aprovado em 28/02/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), nº do processo: 440688-3;

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp),

nº do processo: 2018/10366-6

Produção de verdades sobre a doação de sangue: uma análise na perspectiva de Foucault

Production of truths about blood donation: an analysis from the perspective of Foucault

Stela Vidigal Milagres¹, Isabela Cancio Velloso¹

DOI: 10.1590/0103-1104202313711

RESUMO Em diferentes contextos, bem como no processo de doação de sangue, as verdades vão se recriando, e o sujeito vai se constituindo, criando a si mesmo como um sujeito em transformação. A produção de verdades se reflete nas práticas de doação de sangue, por meio da profunda normalização e estigmatização dos processos que as envolvem e que repercutem na disponibilização e qualidade desse produto essencial. O objetivo deste estudo foi compreender a configuração dos regimes de verdade na conformação das práticas de doação de sangue, na perspectiva de candidatos à doação. A metodologia adotada foi de abordagem qualitativa, com coleta de dados realizada por meio de entrevista semiestruturada, com 31 candidatos à doação de repetição, submetidos a análise de discurso. Optou-se, como referência ao termo ‘verdade’, pela análise de Michel Foucault, enquanto um elemento de constituição do sujeito, produto de múltiplas práticas sociais. Concluiu-se que o processo de doação de sangue é imbuído de um forte caráter normalizador, constituindo-se em relevante elemento de condução dos comportamentos e produção de verdades, impactando as dimensões alcançadas por essas relações de poder nas práticas de doação de sangue, sob o olhar daqueles que se candidatam a fazê-la.

PALAVRAS-CHAVE Banco de sangue. Doadores de sangue. Discurso.

ABSTRACT *In different contexts, as well as in the blood donation process, truths are recreated, and the subject is constituted, creating himself as a subject in transformation. The production of truths is reflected in blood donation practices, through the profound normalization and stigmatization of the processes that involve them and that have repercussions on the availability and quality of this essential product. The objective of this study was to understand the configuration of regimes of truth in the conformation of blood donation practices, from the perspective of candidates for donation. The methodology adopted was a qualitative approach, with data collection carried out through semi-structured interviews, with 31 candidates for repeat donation, submitted to speech analysis. It was chosen, as a reference to the term ‘truth’, the analysis of Michel Foucault, as an element of constitution of the subject, product of multiple social practices. It was concluded that the blood donation process is imbued with a strong normalizing character, constituting a relevant element for conducting behaviors and producing truths, impacting on the dimensions achieved by these power relations in blood donation practices, under the gaze of those applying to do so.*

KEYWORDS *Blood banks. Blood donors. Address.*

¹Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (BH), Brasil. stela_b3@hotmail.com



Introdução

A hemoterapia, ou seja, o tratamento com propriedades curativas por meio da transfusão de sangue, assumiu importante papel terapêutico, no cenário das práticas de saúde, com o passar dos séculos. Historicamente, o sangue sempre teve grande importância no contexto social da humanidade, refletindo ideias e crenças, sendo que algumas delas perduram até os dias de hoje. Na antiguidade, o sangue era considerado um líquido vital, que podia conferir vida e juventude quando retirado de uma pessoa jovem e hígida e transfundido para outra de idade avançada e doente¹.

Após mais de três décadas da identificação do sistema ABO, em 1901, pelo médico e biólogo austríaco Karl Landsteiner, em 1940, foi descoberto o fator RH, por Karl Landsteiner e Alexander Weiner, sendo então desenvolvidas soluções anticoagulantes e conservantes do sangue, o que permitiu a sua estocagem após ser coletado². Com isso, abriu-se a possibilidade para a existência dos bancos de sangue, como são conhecidos atualmente³. O primeiro reservatório de sangue hospitalar do mundo, mais tarde nomeado 'banco de sangue', foi instituído em 1932, em um Hospital de Leningrado, cidade conhecida atualmente como São Petersburgo, na Rússia. Nessa mesma época, o médico russo Andrey Bagdasarov Arkadevich desenvolveu uma técnica utilizando garrafas, que possibilitava o armazenamento do sangue por até 21 dias^{4,5}.

Contemporaneamente, a doação de sangue tem múltiplos significados no universo

cotidiano daquele que se candidata a fazê-la. Um conjunto de ideias, mitos, medos, preconceitos e estereótipos sobre o ato da doação fortalece o imaginário social desde o motivo que leva o candidato ao hemocentro, passando pela sensibilização, a entrevista, a classificação de aptidão ou inaptidão clínica para coleta, até o possível retorno e sua fidelização à unidade⁶.

Ainda que ser um doador, ou tornar-se um doador regular de sangue, seja um gesto solidário e fundamental para a manutenção dos estoques de suprimentos hemoterápicos, esse ato não depende apenas da decisão do doador. Depende, também, da declaração de aptidão emitida após um processo de avaliação e seleção, cada vez que o indivíduo se candidata à doação. Ressalta-se que a seleção de candidatos à doação de sangue segue normas preconizadas por meio de políticas específicas de coordenação das atividades hemoterápicas, em especial, dos serviços de triagem clínica e laboratoriais de alta sensibilidade⁷.

Nesse sentido, são as normas de doação de sangue que permitem que os doadores sejam classificados como aptos ou inaptos – temporários ou definitivos – para a doação. O triagista é o profissional que conduz a entrevista e avalia as respostas do candidato à doação, a partir de um questionário padronizado, sendo facultado a ele, a partir das normas e dos protocolos que regem a prática da doação de sangue, consentir ou não a efetivação da coleta da bolsa de sangue⁶.

Os doadores podem ser classificados na condição de aptos, inaptos temporários ou inaptos definitivos⁸, conforme representado no *quadro 1*.

Quadro 1. Condição dos doadores

CLASSIFICAÇÃO	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS
Apto	O candidato atende aos requisitos técnicos e normativos, como dados pessoais, condições clínicas, laboratoriais e epidemiológicas para a doação de sangue naquele momento.
Inapto temporário	Não atende aos requisitos técnicos e normativos devido a situações que requerem a postergação da doação por um período de tempo, mas poderá se candidatar novamente após o cumprimento do interstício.

Quadro 1. Condição dos doadores

CLASSIFICAÇÃO	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS
Inapto definitivo	Está impossibilitado de realizar a doação de sangue enquanto o critério que o tenha impedido estiver vigente. Em geral, são casos de enfermidades mais graves, como doenças crônicas infectocontagiosas ou não, doenças autoimunes, doenças genéticas, entre outras.

Fonte: Brasil⁸.

Assim, a efetivação da doação de sangue está condicionada à classificação de aptidão e remete ao imaginário da pessoa saudável, de hábitos socialmente aceitáveis, ou seja, que atende aos padrões do bom cidadão, suscitando a ideia de que aptidão para doação de sangue e saúde estão relacionadas⁹.

Ainda que as restrições normativas do processo de triagem sejam imprescindíveis para a segurança transfusional, não se pode subestimar o sentido da doação de sangue para o candidato que deseja fazê-la, bem como os fatores motivacionais e os sentimentos de culpa, vergonha, medo, rejeição, estigmatização, saúde debilitada e incapacidade que a classificação de inaptidão pode provocar^{10,11}.

O entendimento de aspectos experienciais dos indivíduos, manifestados por naturezas distintas, tais como: experiências sensoriais, afetivas, físicas, cognitivas, criativas ou sociais, é importante para a criação de imagens sociais, identidades e atribuições, bem como de sentimentos de pertencimento ou de dissociação de determinados grupos de aspiração¹². Dessa forma, discutir os regimes de verdade associados à doação de sangue perpassa a compreensão de percepções e sentimentos absorvidos e reverberados com relação ao processo de doação, que subsidiam as configurações dos discursos, pensamentos, comportamentos e formas de agir dos indivíduos, após terem passado pela experiência da doação de sangue.

A palavra verdade é, em geral, associada à ideia de perenidade, àquilo que está em conformidade com os fatos ou a realidade, permanecendo inalterável a quaisquer contingências¹³. No entanto, para o filósofo francês Michel Foucault, a verdade é um elemento de constituição do sujeito, produto de múltiplas práticas sociais¹⁴.

Foucault foi um filósofo contemporâneo que incitou uma reflexão produtiva sobre as relações de poder e a influência dos discursos e comportamentos que as sustentam, contribuindo filosoficamente para a análise do poder e criando um novo quadro conceitual sobre problemas enfrentados pelas sociedades ao longo dos tempos. O filósofo analisa o controle, as resistências e o poder sobre o saber com a produção de novos significados¹⁵.

Para Foucault, as instituições e práticas que legitimam os discursos, tais como organizações do saber jurídico e do conhecimento científico, consistem em

Formas pelas quais nossa sociedade definiu tipos de subjetividade, formas de saber e, por conseguinte, relações entre o homem e a verdade que merecem ser estudadas¹⁶⁽¹⁵⁾.

Exercem uma função de controle e de regulação do corpo social, adquirindo, simultaneamente, o estatuto de verdade.

De acordo com o referencial Foucaultiano, a significação de verdade não diz respeito a algo tido como indiscutivelmente verdadeiro ou que não seja enganoso, mas refere-se ao regulamento ou, ainda, ao “conjunto de procedimentos regulados para a produção, a lei, a repartição, a circulação e o funcionamento dos enunciados”¹⁷⁽¹⁵⁾. Os procedimentos tornam-se estatutos de verdade, com efeitos de prescrição do que deve e do que não deve ser feito. Esse regime de procedimentos e práticas costuma ser aceito de forma natural e evidente a serviço de relações de poder-saber que definem o que é normal ou anormal, perigoso ou não, medicável ou não, passível ou não de ser punido¹⁷.

A linguagem dos discursos de verdade submete as pessoas, suas realidades, seus comportamentos e valores, por meio das relações constituídas de poder e, portanto, da disciplina que avalia e valida como verdade o que é legalmente instituído, produzindo o indivíduo e o conhecimento, construindo instrumentos que subjetivam e governam, por meio da relação das normas e, muitas vezes, em nome da proteção da vida¹⁸.

Assim, presume-se que a produção de verdades se reflete nas práticas de doação de sangue por meio da profunda normalização e estigmatização dos processos que a envolvem e que culminam na disponibilização e qualidade de um produto essencial – o sangue. De acordo com o Ministério da Saúde⁶, a disponibilidade do sangue impacta diversos níveis de complexidade dos serviços de assistência à saúde.

Em um processo que permeia ideias de altruísmo, de hábitos saudáveis e, ao mesmo tempo, desnuda o candidato à doação diante de situações socialmente rechaçadas, questiona-se: como se configuram as verdades instituídas que orientam modos específicos de ser e de se comportar com relação à doação de sangue? Desse modo, o objetivo deste estudo foi compreender a configuração dos regimes de verdade na conformação das práticas de doação de sangue, na perspectiva de candidatos à doação.

Material e métodos

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, cuja análise se deu por meio da Análise do Discurso (AD). Nessa perspectiva, compreende-se o discurso como uma produção socialmente controlada, selecionada, organizada e redistribuída por determinados procedimentos, com a intenção de modelar os seus poderes. O discurso é a reverberação da verdade que emerge diante das pessoas e está diretamente relacionado à forma como o saber é exercido, valorizado, distribuído e atribuído socialmente¹⁹.

O cenário do estudo foram duas Unidades de Coleta e Transfusão, situadas em Belo Horizonte, MG, que integram a rede da Fundação Hemominas, a qual é parte do sistema de saúde pública do estado de Minas Gerais. Uma dessas Unidades situa-se nas dependências de um hospital de grande porte, de abrangência regional, que recebe doadores voluntários, agendados previamente ou convidados pelo serviço de captação. A outra Unidade está localizada em um *shopping* na região norte da cidade e atende exclusivamente pelo sistema de agendamento prévio.

Os participantes foram recrutados mediante a estratégia de consulta à ficha cadastral do doador, ou candidato à doação, por meio do sistema digital Hemote Plus, que permite o gerenciamento dos serviços de hemoterapia, interligando e administrando todas as etapas do processo de doação de sangue e transfusão de hemocomponentes²⁰. Em 2011, o Ministério da Saúde publicou a Portaria Ministerial MS/GM nº 2703/11, com o objetivo de regulamentar o uso de padrões de interoperabilidade e informação em saúde para sistemas de informação no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Nessa Portaria, foi definido que o Padrão ISBT 128 (International Standard for Blood and Transplant), uma padronização internacional em serviços de hemoterapia, deveria ser adotado para a codificação de dados de identificação de produtos relativos ao sangue humano, em toda a hemorrede nacional²¹.

O Sistema Hemote Plus utiliza a codificação ISBT 128, tendo sido adquirido, em 2014, por meio de contrato entre a Fundação Hemominas e a empresa Sofis Informática Ltda. O Hemote Plus já foi implantado em 22 unidades da rede da Fundação Hemominas. Essa mudança, em substituição ao antigo Sistema de Informática do Ciclo do Sangue utilizado, permitiu a melhoria da rastreabilidade em todos os processos do Ciclo do Sangue (captação de doadores, cadastro, coleta, preparo, rotulagem e armazenamento de hemocomponentes, exames sorológicos e imuno-hematológicos, transfusão e reações transfusionais)²².

A denominação por ‘candidato à doação de sangue’ refere-se ao fato de que os dados foram coletados antes de os participantes realizarem o procedimento da triagem clínica. Foram critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 18 anos e ser candidato à doação de sangue de repetição. Das 36 pessoas convidadas a participarem do estudo, cinco se recusaram, justificando falta de tempo ou disponibilidade no momento. Compuseram a amostra 31 participantes.

A coleta de dados foi realizada no período de agosto a setembro de 2019, por meio de entrevista de roteiro semiestruturado, com as seguintes questões norteadoras: O que é, para você, ser um doador ou candidato à doação de sangue? Como você se sentiu/se sente na avaliação da triagem (entrevista e exame físico sumário)? Você considera importante ser um doador de sangue? Por quê? Como foi, para você, ser classificado como inapto para a doação de sangue?

As entrevistas foram realizadas individualmente, em local que garantisse a privacidade do participante, na própria Unidade de Coleta e Transfusão, sendo gravadas em equipamento de áudio e transcritas na íntegra. Para garantir o anonimato dos participantes, todos foram identificados por meio da letra E, seguida do número sequencial da realização da entrevista (E1, E2, E3 etc.). O encerramento da coleta de dados foi determinado por saturação dos dados, que consiste na técnica de suspensão de novos participantes na coleta de dados quando, na avaliação do pesquisador, novos dados geram redundância e repetição de informações²³. Destaca-se que não houve a intenção de esgotar a discussão sobre a produção de verdades na doação de sangue, mas de identificar nuances de relações de poder presentes no delineamento da configuração dos regimes de verdade, significados, ideias e pensamentos, constituindo os discursos como prática social.

Na perspectiva da análise do discurso, o que se analisa não são apenas os recortes transcritos das falas dos entrevistados, mas

os contextos nos quais esses discursos foram produzidos e o âmbito de observação do pesquisador durante a realização da pesquisa²⁴.

A análise dos dados foi organizada em três etapas: 1) passagem da superfície linguística para o objeto discursivo, que compreendeu a transcrição das entrevistas, com a cautela necessária para manter a fidedignidade do acontecimento discursivo a ser estudado; 2) passagem do objeto discursivo para o processo discursivo, quando, por meio de sucessivas leituras do corpus, buscou-se identificar, a fim de apreender, dispositivos analíticos, tais como polissemia, metáfora, paráfrase e interdiscurso; e 3) constituição dos processos discursivos, ou seja, a articulação do objeto discursivo com seu contexto social de produção^{25,26}.

A pesquisa foi realizada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, sob parecer nº 3.368.993, bem como do Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Hemominas, parecer nº 3.519.017.

Resultados e discussão

Dos 31 participantes do estudo, 17 eram do sexo masculino e 14 do feminino. As idades variaram entre 19 e 66 anos, com média de 37,5 anos. Quanto à escolaridade, dois tinham ensino fundamental, dez ensino médio completo e um incompleto, oito com ensino superior completo e sete incompleto, e três com pós-graduação.

Os discursos dos entrevistados mostram que os regimes de verdade socialmente produzidos, absorvidos e reverberados pelos indivíduos, com relação ao ato de doar sangue, produzem discursos e fazem circular imagens, significações, saberes e pensamentos que orientam modos específicos de compreender e de se comportar com relação à doação de sangue.

Entre as inúmeras ideias e crenças que permeiam o imaginário social sobre o sangue, algumas parecem já ser verdades inerentes ao contexto da doação, em especial, aquelas largamente difundidas pelos hemocentros. Isso

acontece por meio das instâncias educativas e mídias de informação em geral para captação de doadores, principalmente por meio de slogans, na tentativa de sensibilização dos indivíduos. Exemplos disso são discursos que levam a população a crer que, no caso de doação para uma pessoa específica, o sangue será transfundido especificamente para essa pessoa.

[...] igual a gente vê... que está tendo poucas doações. [...] a cirurgia é adiada porque não tem sangue o suficiente para aquela pessoa fazer. (E2).

[...] Eu tive que vir... não ter a correria como um empecilho, pela minha avó. Então, eu vim aqui por ela. Ela vai fazer uma cirurgia, ela precisa da doação. Então, assim, o sentimento de tentar é... de poder ajudá-la, de alguma forma. (E8).

[...] Eu vou estar salvando a vida de alguém [...] que está ali, no hospital, em uma cama de hospital, precisando, até nos últimos momentos da vida, e, pra mim, é um ato muito importante poder salvar a vida dessa pessoa [...] doar sangue, você vai estar salvando a vida de alguém, né? [...]. Saber que está salvando a vida de alguém ali, que está precisando, mesmo que seja da sua família ou não. Você vai salvar a vida de pessoas que a gente nem conhece. (E10).

Eu sou de ver pouca televisão, mas, às vezes, eu vejo, né, matérias que nos centros, tipo o Hemominas, está faltando sangue, o estoque está baixo. Quer dizer... a gente precisa alavancar isso aí, né? Trazer mais pessoas pra... pra essa doação, né? (E15).

A análise dos discursos aponta que verdades como a de que o sangue é um produto constantemente escasso nos estabelecimentos de saúde devido ao baixo número de doações fazem parte das crenças dos participantes do estudo e, de certa forma, influenciam seu comportamento. Os candidatos à doação são sensibilizados e sentem-se corresponsáveis pela garantia de acesso da população a essa matéria-prima essencial para manutenção da saúde de pessoas enfermas. A captação de

doadores está subentendida como necessária, assim como que mais pessoas precisam comparecer e se vincular aos serviços hemoterápicos de coleta de sangue para aumentar o número de bolsas disponíveis nos estabelecimentos de saúde que realizam transfusão.

É comum que os hemocentros recorram aos telejornais, com a exibição de matérias específicas, a fim de provocar um chamamento da população para a doação de sangue, em que normalmente é mencionado o baixo estoque de sangue das unidades hospitalares⁶. Além da ampla divulgação de mensagens por tradicionais meios, como a televisão, as agências de coleta de sangue também mantêm contato com seus doadores por outros meios, tais como mensagens de texto via celular e redes sociais, a fim de lembrá-los de seus agendamentos ou solicitar que façam novas doações²⁷.

Essas mensagens alcançam seus destinatários, fazendo-os assumir como verdade o fato de que o estoque de todos os tipos de sangue precisa ser aumentado. No entanto, dados relativos aos estoques de sangue divulgados e atualizados diariamente na página eletrônica do Hemominas mostram a variação dos estoques, indicando quais tipos encontram-se com o provimento adequado, estável, alerta ou crítico²⁸. Essa informação indica que, não necessariamente, o número de doadores precisa ser tão expressivo em todos os fenótipos sanguíneos quanto pressupõem os doadores. Porém, o poder da verdade produzida cria um discurso contingencial que, por sua vez, leva à incorporação do pensamento de que todos os tipos sanguíneos estão constantemente escassos, pressupondo o agravamento do quadro de saúde daqueles que têm seus tratamentos terapêuticos interrompidos pela falta do sangue.

Além do reconhecimento da alta demanda de sangue nos serviços de saúde, também se observa como verdade instituída nos discursos a ideia de que uma doação de sangue pode salvar até quatro vidas.

[...] a gente fica à mercê de uma boa vontade da pessoa, de uma pessoa saudável, que pode vir,

dedicar uma hora, uma hora e meia do tempo dela, que ela vai salvar quatro vidas, né? (E8).

Percebe-se que frases de impacto utilizadas em campanhas de doação de sangue que mencionam o número de pessoas que podem ser ajudadas são reproduzidas como verdades pelos participantes do estudo. Uma frase amplamente divulgada em campanhas de doação afirma que ‘uma doação de sangue pode salvar até quatro vidas’ e já está incorporada no discurso do doador. O jargão foi identificado em campanha realizada pelo Hemocentro da cidade de Juiz de Fora²⁹, bem como em matérias disponíveis em um site do Ministério da Saúde, argumentando ser possível o cidadão ter a sensação de dever cumprido ao incluir em sua rotina o ato de salvar 12 vidas por ano³⁰.

A ideia de que uma doação pode salvar quatro vidas pode estar associada ao fato de que, após a coleta do sangue, esse é processado e pode ser fracionado em componentes eritrocitários (concentrado de hemácias); plaquetários (concentrado de plaquetas); e plasmáticos (plasma fresco congelado e crioprecipitado), produzindo, dessa forma, até quatro componentes diferentes para atender como produto terapêutico às necessidades específicas dos pacientes⁶. Por esse motivo, acredita-se que uma das possibilidades é de que essa informação tenha se difundido como verdade instituída a partir do fato de que cada um dos quatro componentes sanguíneos pode ser utilizado por diferentes pacientes, o que torna possível, então, atender até quatro pessoas com uma doação.

Existe, ainda, outro tipo de saber produzido entre os doadores de sangue ou mesmo entre aqueles que nunca realizaram doação. Trata-se de um saber não científico, não instituído e legalizado, mas um saber popular, que faz parte do cotidiano da pessoa comum e emerge das representações coletivas:

[...] como eu faço doação frequente, já me perguntaram se eu não tenho medo de, daqui alguns anos, ter algum problema por ficar tirando sangue que

meu corpo produz. Tudo falta de informação. Mas, existe, ainda, uma questão de medo, de... de... falta de informação mesmo, que é o pior problema. (E11).

Eu acho que é medo. Muita gente tem medo, até hoje. Ah! Essa questão de muita gente antiga falar que doar sangue engorda. Que se doar sangue o sangue raleia. Esses mitos, entendeu? É o medo do pessoal com paradigmas antigos. (E19).

Pode-se refletir, a partir desses discursos, que as significações que emergem de um saber cientificamente desqualificado sobre a doação de sangue abarcam mitos, pensamentos e crenças que suas verdades produzem. Observam-se, na fala dos entrevistados, insinuações ou informações subentendidas, o que pode ser evidenciado pelo uso das expressões: “*me perguntaram*”; “*muita gente antiga fala que sangue engorda*”. Essas afirmações sugerem questionamentos acerca da verdade, mas não são, de fato, ditos e reconhecidos pelos entrevistados, que se posicionam, por vezes, como interlocutores, uma vez que responsabilizam outra pessoa pelo que supostamente é dito e aceito como produção social.

As pessoas são produto da influência de sua realidade sociocultural sobre a maneira como pensam, agem e se comunicam. A multiplicidade de significações sobre o sangue, produto historicamente estigmatizado e valorizado, e sobre a doação de sangue, que ora se apresenta como algo necessário, ora como risco, inclui saberes, crenças, costumes e valores que podem ser discrepantes quando comparados às verdades do conhecimento científico instituído. São construções simbólicas de medo, insegurança ou benefícios em realizar as doações, devido às interpretações das consequências, sejam elas benéficas ou não, após a doação sanguínea³¹. Essas significações dizem respeito à tomada de consciência da sua posição de doador de sangue, como podemos observar nas seguintes falas:

[...] eles falam que a doação também é bom pra gente, né?! Pra tá renovando o nosso sangue, né?

Me falaram isso, né? Então, assim [...], se faz bem pra saúde da gente, né?!... (E13).

Olha, pra mim, isso renova células. Eu doo com esse objetivo. Tudo aquilo que você extrai de... de... de uma fonte, você está renovando, e renovar essa fonte é doar vida, né?! É doar saúde. [...] E, pra mim, faz bem, que me deixa tranquilo. Eu fico mais ameno, menos estressado. Me provoca um estado de... é... de equilíbrio do organismo. [...] Essa reposição é sangue novo. Pressão sanguínea, principalmente arterial, melhora consideravelmente. (E17).

A diversidade e volubilidade dos discursos, sejam eles instituídos como verdadeiros ou não, margeiam sempre as regras, segundo as quais aquilo que um sujeito diz advém do que se tem por verdadeiro ou falso, a partir de sua produção contingencial. A descoberta desses critérios, que são valores criados e propostos, que regulam o modo de produção dos enunciados e das regras de produção de sua legitimidade, é o que Foucault caracteriza como ‘jogos de verdade’, dando uma ideia dinâmica de luta e de confronto³².

Em diferentes contextos, bem como no processo de doação de sangue, segundo Revel³², as verdades vão se recriando, e, por meio da instauração de novas verdades, com múltiplas interpretações, o sujeito vai se constituindo, criando a si mesmo como um sujeito histórico, em transformação.

O poder coage e controla, mas também produz efeitos de saber e verdade. Essa é a explicação pela qual o poder se mantém e é aceito. “O exercício do poder cria perpetuamente saber e, inversamente, o saber acarreta efeitos de poder”¹⁷⁽⁸⁰⁾. Para Foucault¹⁸, os efeitos do poder exercem seu domínio e delimitam essa modalidade de relação entre o saber (a verdade) e o poder, de forma nunca linear, mas mútua e circular, funcionando em cadeia entre os elementos desse sistema.

Foucault¹⁷ considera que a verdade se manifesta em diversos contextos e sociedades, transmitida sob o controle dominante de

alguns grandes aparelhos políticos e econômicos. Como consequência, diferentes regimes de verdade produzem formas de regular os discursos tidos como verdadeiros, bem como as instâncias e os mecanismos estratégicos de poder que categorizam discursos como verdadeiros ou falsos, as formas de sanção, as técnicas, os procedimentos e os estatutos dessas instâncias.

Assim, percebe-se como as verdades produzidas no contexto da doação de sangue são dependentes das circunstâncias e da configuração de práticas locais. Os participantes do estudo fazem menção à importância da doação voluntária e gratuita do sangue. Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS), apesar de não exercer poder normalizador técnico ou científico sobre os Hemocentros de qualquer país, por meio de manuais e diretrizes, faz recomendações. O guia ‘Guidelines on Drawing Blood: best practices in phlebotomy’ (Diretrizes da OMS para a Coleta de Sangue: boas práticas em flebotomia) afirma que a doação de sangue deve ser voluntária, não envolvendo coação, coerção ou remuneração³³. A questão da preocupação com a comercialização ou não de hemocomponentes é evidenciada nos discursos dos participantes. “Porque não dá prá comprar, né? Não dá pra fabricar. Então, tem que ser só pela boa vontade do próximo” (E27).

Atualmente, 57 países coletam 100% das bolsas de sangue de forma voluntária e não remunerada³⁴. No entanto, embora a não comercialização de sangue e seus derivados seja uma realidade no contexto das práticas de doação brasileiras desde a década de 1980, ainda há doação remunerada em alguns países, como, por exemplo, nos Estados Unidos. Doadores de sangue norte-americanos que recebem algum benefício pela coleta das bolsas são, obrigatoriamente, identificados como ‘doadores pagos’, o que mostra uma preocupação e estigmatização envolvendo a candidatura à doação não voluntária³⁵.

Ainda sobre o discurso da gratuidade da doação, percebe-se que a efetivação da doação

de sangue remete ao imaginário da pessoa saudável, com hábitos e costumes socialmente aceitáveis, que atende aos padrões do bom cidadão, suscitando a ideia de que a qualidade do sangue e a condição de saúde do indivíduo estão inter-relacionadas.

Porque, não tem jeito, você consegue medicamento, mas você não compra sangue, né? [...] a gente fica à mercê de uma boa vontade da pessoa, de uma pessoa saudável, que pode vir. (E8).

Percebe-se que, na doação, evidencia-se uma relação de troca, interesse e poder entre o elemento sangue e os personagens desse contexto, em especial, entre dois personagens: o candidato à doação, que tem o desejo de doar, mas precisa se enquadrar aos critérios, por um lado, e, por outro, à instituição, representada pelo triagista, que detém a norma, autoriza a doação, porém precisa desse candidato para manter os estoques de bolsas de sangue⁶. Observa-se, assim, a configuração de uma relação de poder. A implicação recíproca entre poder e saber, com consequente produção de verdades, mantém-se sempre em revezamento, com uns de um lado e outros do outro, em desequilíbrio permanente e posições espaciais diferentes, marcadas por relações de força, quebra de resistência e consequente assujeitamento, disciplinando os indivíduos e, ao mesmo tempo, produzindo um discurso de saber³⁶.

[...] eu entendi por que eu não doe. Porque ela explicou certinho, era uma médica, na época. Ela explicou. (E5). [A triagista à qual o participante se refere era, na verdade, uma enfermeira e o doador, um estudante de medicina].

[...] quando o médico fala, a gente aceita, né? O médico tem, assim, esse tipo de poder, né? A gente nem questiona. Eu mesmo não questioneei, não. [...] a gente fica muito refém ali do médico, né? Geralmente, o poder médico é muito grande, e a gente não consegue argumentar. Sempre, se ele for falar algo, a gente fica na mão mesmo, né? (E29).

A verdade está centrada nos discursos e nas organizações onde são produzidos, em um tempo e espaço específicos, sendo constituídos na contingência da história e da cultura e atribuídos a ela efeitos específicos de poder. Esses efeitos transitam entre a manutenção e reverberação dos discursos pela sociedade, a vigilância legitimada ou, ainda, o controle de determinado grupo, classificando-o, sujeitando-o e adestrando-o. Dessa forma, segundo o filósofo, a verdade não existe fora dos sistemas de poder, ligados de forma circular, onde a verdade é objeto de conhecimento, fabricada e apoiada pelo exercício do poder que ela induz e que a reproduz. “Somos submetidos pelo poder à produção da verdade e só podemos exercê-lo através da produção da verdade”¹⁷⁽¹⁰¹⁾.

Considerações finais

O processo de doação de sangue é imbuído de um forte caráter normalizador, sendo observada a presença de dispositivos de poder, utilizados em diversas situações e que aparecem, ainda que de forma velada e latente no contexto da doação de sangue, constituindo-se em relevante elemento de condução dos comportamentos e produção de verdades. Isso impacta as dimensões alcançadas pelas relações de poder nas práticas de doação de sangue, sob o olhar daqueles que se candidatam a fazê-la.

Considerando-se a onipresença das relações de poder, sua análise no contexto do serviço hemoterápico de doação de sangue constituiu-se em elemento fundamental para a compreensão de seu papel nas relações estabelecidas, com o regime de verdades instituídas perpassando todas as suas esferas. Além disso, esta análise também foi útil para o entendimento da forma como os candidatos à doação se manifestam na tentativa de se colocarem de forma mais confortável na rede de relações.

Cabe considerar que as análises aqui apresentadas são aplicáveis, especificamente, aos cenários desta pesquisa, as Unidades de Coleta

e Transfusão da Fundação Hemominas, situadas em Belo Horizonte. Assim, aplicam-se a um grupo restrito da grande amostra existente de doadores de sangue, dos diversos bancos de coleta, não sendo passíveis de generalização, apesar das similaridades que os bancos de coleta e seus processos de doação de sangue guardam entre si, de forma geral, regidos pelos mesmos protocolos dos órgãos de normalização e fiscalização, Ministério da Saúde e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), respectivamente. Da mesma forma, não se pode afirmar que os achados deste estudo não se aplicam em outros contextos.

Diante da complexidade do processo de doação de sangue, espera-se que este estudo possa subsidiar reflexões e outras pesquisas que ampliem a compreensão desse fenômeno, favorecendo uma aproximação entre profissionais dos serviços hemoterápicos e doadores de sangue. O fomento de ideias,

estratégias e mudanças nas práticas dos serviços hemoterápicos pode oferecer um serviço mais bem qualificado e que abrigue relações mais satisfatórias, na tentativa de conter os efeitos da produção de verdades instituídas, relacionadas ao simbolismo do sangue. Nesse sentido, considera-se importante a oferta de orientação assertiva e acessível para que o doador entenda, do ponto de vista técnico, o motivo da sua inaptidão e a importância dos critérios normativos. Isso pode minimizar mitos, crenças e estigmas culturais, sociais ou, até mesmo, religiosos, contemplando as discussões até aqui apresentadas.

Colaboradoras

Milagres SV (0000-0001-7989-7428)* e Velloso IC (0000-0001-5408-0825)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Serinolli MI. Evolução da medicina transfusional no Brasil e no Mundo. *Rev. Bras. Hematol. Hemoter.* 1999; 5(1):16-36.
2. Hosgood G. Blood transfusion: A historical review. *J. Am. Vet. Med. Assoc.* 1990; 197(8):998-1000.
3. Fundação Hemominas. Página Inicial. Minas Gerais: Hemominas. [acesso em 2023 jan 29]. Disponível em: <http://www.hemominas.mg.gov.br/doacao-e-atendimento-ambulatorial/hemoterapia/sangue-breve-historia>.
4. Farhud DD, Zarif Yeganeh M. A brief history of human blood groups. *Iran J Public Health.* 2013; 42(1):1-6.
5. Nikolić LJI, Ljubinka I, Ljiljana M, et al. Transfusion Medicine – Historical Background and the Legislation. *Hospital Pharmacol.* 2022; 9(1):1152-1162.
6. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de Orientações para Promoção da Doação Voluntária de Sangue. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015.
7. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Técnico em hemoterapia: livro texto. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 158, de 04 de fevereiro de 2016. Redefine o regulamento técnico

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- co de procedimentos hemoterápicos. Diário Oficial da União. 5 Fev 2016.
9. Mahon-Daly P. The embodiment of the citizenship: from good Samaritan to donor citizen. *J Cult. Soc. Anthropol.* 2019; 1(1):44-50.
 10. Ferguson E. Mechanism of altruism approach to blood donor recruitment and retention: a review and future directions. *Transfus. Med.* 2015; 25(4):2211-2226.
 11. Gemelli CN, Thijsen A, Dyke NV, et al. Emotions experienced when receiving a temporary deferral: perspectives from staff and donors. *ISBT Science Series.* 2018; 13(4):394-404.
 12. Pereira JR, Sousa CV, Matos EB, et al. Doar ou não doar, eis a questão: uma análise dos fatores críticos da doação de sangue. *Ciênc. saúde coletiva.* 2016; 21(8):2475-2484.
 13. Ibrahim E, Vilhena J. Jogos de linguagem/jogos de verdade: de Wittgenstein a Foucault. *Arq. bras. psicol.* 2014 [acesso em 2019 ago 30]; 66(2):114-127. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180952672014000200009&lng=pt&nrm=iso.
 14. Scisleski A, Guareschi N. Promete falar a verdade? *Psicol. Soc.* 2011 [acesso em 2019 ago 29]; 23(2):220-227. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010271822011000200002&lng=en&nrm=iso.
 15. Marta CB, Teixeira ER. Genealogia do cuidado na perspectiva foucaultiana. *Cuidado é fundamental.* 2016 [acesso em 2019 ago 29]; 8(3):4749-4756. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3787/pdf>.
 16. Foucault M. A verdade e as formas jurídicas. Rio de Janeiro: NAU Editora; 2003.
 17. Foucault M. Microfísica do poder. 28. ed. Rio de Janeiro: Paz & Terra; 2014.
 18. Foucault M. Vigiar e punir. 20. ed. Petrópolis: Ed. Vozes; 1999.
 19. Foucault M. A ordem do discurso. 3. ed. São Paulo: Edições Loyola; 1996.
 20. Fundação Hemominas. Página Inicial. Minas Gerais: Hemominas. 2018. [acesso em 2023 jan 24]. Disponível em: <http://www.hemominas.mg.gov.br/banco-de-noticias/29-institucional/998-novo-sistema-do-ciclo-do-sangue>.
 21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2703, de 31 de agosto de 2011. Regulamenta o uso de padrões de interoperabilidade e informação em saúde para sistemas de informação em saúde no âmbito do SUS, nos níveis Municipal, Distrital, Estadual e Federal, e para os sistemas privados e do setor de saúde suplementar. Diário Oficial da União. 1 Set 2011.
 22. Fundação Hemominas. Página Inicial. Minas Gerais: Hemominas. 2019. [acesso em 2023 jan 24]. Disponível em: <http://www.hemominas.mg.gov.br/apoio/impressao/sugestao-de-pautas/2671-hemominas-em-sete-lagoas-nao-abre-nesta-sexta-feira>.
 23. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev. Pesq. Qual.* 2017; 5(7):01-12.
 24. Velloso ISC. Configurações das relações de poder no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Belo Horizonte. [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2011. 129 p.
 25. Gomes AMT. Do discurso às formações ideológica e imaginária: análise de discurso segundo Pêcheux e Orlandi. *Rev. Enferm. UERJ.* 2007; 15(4):555-562.
 26. Lima DWC, Vieira NA, Gomes AMT, et al. Historicidade, conceitos e procedimentos da análise do discurso. *Rev. Enferm. UERJ.* 2017; 25(e12913):01-04.
 27. Williams LA, Masser B, Dongen A, et al. The emotional psychology of blood donor: a time-course approach. *ISBT Scienc. Series (Copenhagen).* 2018 [acesso

- em 2023 abr 13]; 13(1):93-100. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/voxs.12385>.
28. Fundação Hemominas. Página Inicial. Minas Gerais: Hemominas. 2019. [acesso em 2023 jan 24]. Disponível em: <http://www.hemominas.mg.gov.br>.
29. Juiz de Fora. Prefeitura. Portal de Notícias. 2015. [acesso em 2019 nov 18]. Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br/noticias/view.php?modo=link2&idnoticia2=48283>.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Blog da saúde, Serviços. 2019. [acesso em 2019 nov 19]. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/servicos/53899-e-possivel-salvar-quatro-vidas-com- apenas-uma-doacao-de-sangue>.
31. Benetti SRD, Lenardt MH. Significado atribuído ao sangue pelos doadores e receptores. Texto contexto – enferm. 2006 [acesso em 2019 nov 19]; 15(1):43-50. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072006000100005&lng=en&nrm=iso.
32. Revel J. Michel Foucault: conceitos essenciais. São Carlos: Claraluz; 2005.
33. Organização Mundial da Saúde. Diretrizes da OMS para a Tiragem de Sangue: boas práticas em flebotomia. Genebra: OMS; 2010.
34. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Caderno de Informação: sangue e hemoderivados. Dados de 2015. Brasília, DF: MS; 2017.
35. Berger M. The Value of Incentives in Blood Donation. Science. 2013 [acesso em 2019 jun 11] [acesso em 2023 abr 13]; (341):128-129. Disponível em: <http://europemc.org/article/med/23846890>.
36. Birman J. Jogando com uma verdade. Uma leitura de Foucault. Physis. 2002 [acesso em 2019 nov 20]; 12(2):301-324. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01037331200200200007&lng=en&nrm=iso.

Recebido em 21/08/2022

Aprovado em 30/01/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Medical organization doctors and policy communities' influence over Brazilian Health Workforce Policies

A influência dos médicos nas políticas de recursos humanos em saúde: conclusões a partir da experiência brasileira

Heider Pinto¹, Soraya Côrtes²

DOI: 10.1590/0103-11042023137121

ABSTRACT This article aims to analyze the influence of medical doctors as social actors on developing a policy for the medical workforce in Brazil. The analysis focuses on the years following 2003, when a seeking to include this policy within the scope of the National Health System took office at the Ministry of Health and met with resistance from medical societies. The study adopted sources were process tracing methodology, documents, and interviews. It is based on a neo-institutionalist theoretical approach. Findings reveal long-standing stability (1960-2002) in the policy and its institutional arrangement under the policy community formed by Liberal Medicine advocates (LM-PC); a period (2003-2009) when a thwarted attempt at change by the Ministry of Health met with the opposition of the LM-PC; a period (2010-2016) when such stability was undermined, and the policy was changed despite the opposition of the LM-PC; and, finally, a period when stability was recovered favoring the policy mentioned above community again, reversing several previous changes. However, the LM-PC could not implement its propositions since it faced opposition from other actors influencing the policy. Stability tended towards reproducing the status quo.

KEYWORDS Health workforce. Health policy. Medicine.

RESUMO O artigo analisa a influência dos médicos, como ator social, na produção da Política para a Força de Trabalho em Saúde no Brasil, especialmente a partir de 2003, quando assume a direção do Ministério da Saúde (MS) um grupo interessado em fazer o Sistema Único de Saúde (SUS) ordenar essa política, mas sofre a resistência das organizações médicas. Trata-se de um estudo de caso que utilizou o process tracing como metodologia, documentos e entrevistas como fontes, e o Neoinstitucionalismo como recurso teórico. Os principais resultados são a identificação de um longo período de estabilidade na política (1960-2002), devido à atuação da Comunidade de Política Defesa da Medicina Liberal (CP-M Liberal). A análise de um período (2003-2009) no qual houve tentativa de mudança por parte da direção do MS, mas sem sucesso naquilo que sofria a oposição da CP-M Liberal; de um período no qual essa estabilidade foi rompida (2010-2016); e, por fim, de um período no qual foi restaurada a estabilidade em favor da CP-M Liberal, revertendo diversas mudanças feitas no período anterior. Porém, tampouco esta comunidade conseguiu implementar suas propostas que sofriam a oposição dos demais atores que influenciam a política. A estabilidade tendeu à reprodução do status quo.

PALAVRAS-CHAVE Recursos humanos em saúde. Política de saúde. Medicina.

¹Universidade Federal da Bahia (UFBA) - Salvador (BA), Brazil.
heiderpinto.saude@gmail.com

²Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) - Porto Alegre (RS), Brazil.



Introduction

Health Workforce Policies (HWP) have been implemented in American countries since the introduction of 'mandatory civil services' in the 1930s. These policies guide the training of practitioners per the healthcare system's needs and plan the healthcare workforce by combining regulatory, economic, educational, and professional support actions to secure health service coverage for the population, particularly those residing in underserved areas^{1,2}. There are records of meaningful discussions about the HWP since the 1960s when the Pan American Health Organization (PAHO) played a significant role in disseminating HWP experiments, supporting research, and organizing Human Resources (HR) departments within the governments of its member States¹. In Brazil, the low availability of doctors' training was also the object of national policies during this period. The Military Dictatorship created the Rondon Project to encourage university students to work in underserved areas. In the wake of the Health Reform movement, the 1988 Constitution created the National Health System (SUS), establishing that it should manage the HWP. However, the analysis of the annals of National Health Conferences shows that, among HWP stakeholders, the prevailing perception is that the constitutional ruling needed to be carried out³.

Studies on health reforms in different countries and on the development of the HWP show the difficulties of promoting changes when doctors oppose them^{2,4,5}. Carapinheiro⁶ associates three main factors with the ability of medical associations to maintain their *status quo* and influence healthcare policies: the relationships they establish with dominant groups, the State's institutional arrangement, and the medical profession's level of organization and political action. Several studies address the relationships established by the medical sector and the role it plays in social production and reproduction, by performing economic, political, ideological, and biopolitical functions⁵⁻¹⁰.

This role would result from their monopoly of the most valued (both symbolically and economically) health practices and the State's delegation of powers to regulate and oversee professional activities and set guidelines for medical training and professional practice^{5-7,10}. In the Brazilian case, besides monopoly and scientific/professional autonomy, the institutional arrangement in which the HWP is developed delegates great power to medical doctors.

Besides such factors, we observed that the influence exerted by policy communities on the formulation and implementation of public policies in general, and particularly on health policies, is a decisive factor in comprehending the HWP in contemporary liberal democracies, in which the development of sectorial policies occurs within highly specialized environments that cross the State-society borders. A 'policy community' is a somewhat cohesive group of individual and collective stakeholders who specialize in an issue, the design, and outcomes of a sectorial policy, and share ideas and act coordinately to affect governmental decisions to their favor¹¹. Three policy communities have been acting to influence the HWP, namely the Health Reform Movement (HRM-PC)¹², the Liberal Medicine advocacy (LM-PC), and the Market Regulation advocacy (MR-PC)³.

The collective stakeholder HRM-PC has recently been conceptualized as an epistemic community^{13,14}. The concept refers to "a network of professionals with recognized expertise in a particular field and an authoritative claim to knowledge of rulemaking in this field"¹⁵⁽³⁾ that promotes policy changes, "spreading innovation, converting ideas, perceptions and beliefs, and creating opportunities for the realization of change"¹⁶⁽¹²⁾. The role of HRM-PC in advancing the reform of the Brazilian health system since the 1980s makes the concept suitable for this collective stakeholder rather than for the other two groups that supported the reform, often hindering changes. Therefore, we have used the concept of policy community, applicable to the three groups that consider shared beliefs among members, without referring to

the reformist drive usually associated with epistemic communities.

Components of these policy communities and their beliefs can be seen in *box 1*.

Box 1. Policy Communities

Policy Communities	Composition	Defended arguments
Health Reform Movement Community (HRM-PC)	Scholars, researchers, representatives of healthcare workers, social movements and social organizations, the National Health System (SUS) management staff, and legislators from the three government spheres.	Health Reform principles, SUS, and its principles: universality, gratuity, integrality, and equity. Training, regulation, and workforce supply should be a State responsibility, fulfilled through the health subsystem and aimed at serving the needs of the SUS and the population.
Liberal Medicine advocates Community (LM-PC)	Led by medical entities, it is also composed of individuals who operate in institutional spaces within federal education and health administration areas, in Congress, in management of healthcare services, and in universities, both in the direction of Medicine courses and as lecturers or researchers, and in the direction of medical residency programs.	Historically hegemonic principles and policy propositions regarding the medical profession aim to uphold privileges by opposing changes in the status quo of medical training, supply, and regulation. The State should control the private education market, limiting the number of schools. Conversely, it should refrain from intervening in professional practice, the scope of practices within each profession, doctors' distribution, or medical training. Doctors should enjoy autonomy regarding medical training and professional practice and regarding the guidance, through their professional organizations, of directions for medical training and regulation of medical practices. They should also be free to preserve their job market.
Community in defense of Healthcare and Higher Education Market Regulation (MR-PC)	Economic actors from the private universities and medical-industrial complex, from financial capital in health services and their supporters in media, universities, and the Executive, Legislative, and Judicial branches.	The market and its mechanisms should regulate healthcare professionals' distribution, earnings, practice scope, training, number, and profile. Private initiative in education is a constitutional guarantee, and its regulation should be left to the market. State interference should be minimal, without the imposition of extra-market professional conditions to keep market stability or control prices of medical services.

Source: Adapted from Pinto⁹ by the authors.

In this article, we analyze the influence of medical doctors as social stakeholders in developing the policy for regulation, training, and supply of doctors in Brazil. This analysis focuses on the years following 2003, when a group identified with the HRM-PC and interested in putting the HWP within the Unified Health System (SUS) scope took office at the Ministry of Health (MH). The group, however, met with resistance from the LM-PC. We argue that, due to their activities and privileged position in both the social structure and the current

institutional arrangement, doctors hindered changes in this arrangement and prevented the development of an HWP, even if wished by stakeholders who are well-positioned in the SUS hierarchy.

Material and methods

This study uses the methodological approach of process tracing¹⁷ to analyze documents, interview transcripts, and other

sources and to test a theory-derived hypothesis, to understand the actions of the Liberal Medicine policy community throughout the HWP. Considering the institutional arrangement that frames the HWP, the analysis was focused on the activities and goals of the LM-PC in keeping, changing, and recovering this policy in the 1960-2021 period. The documents examined comprise regulations of the HWP in the period (laws, decrees, ordinances, and resolutions) and materials published in the press and media outlets belonging to medical organizations.

Semi-structured interviews were conducted with 19 key informants (*table 1*) who held decision-making posts regarding the HWP in multilateral and governmental bodies during the 2003-2018 period, respectively, the starting year of the administration of the government coalition that produced significant changes in that policy – whose Ministry of Health administration was composed by members of the HRM-PC –, and the final year of the administration of another government coalition, which significantly reversed previous changes.

Table 1. Interviews

Position	2003-2010	2011-2013	2013-2018
High-ranking officials, the federal government	5	4	2
Middle-ranking officials and bureaucrats, the federal government	4	6	4
High-ranking representatives of state and municipal health secretariats	3	3	2
Members of the Senate and the House of Representatives	-	2	3
PAHO	1	-	1
Total by period	13⁽¹⁾	15⁽¹⁾	12⁽¹⁾

Source: Adapted by the authors from Pinto³.

⁽¹⁾ The total number of respondents was 19, but some held different posts in more than one period – among which a few held different posts in all three periods.

The theoretical framework that guided the analysis of the empirical material comes from the historical neo-institutionalism approach, which emphasizes historical legacies, assuming that previous events establish parameters and affect decisions, subsequent events, and the dynamics of the agent-structure relationship. It values the analysis of social stakeholders and their goals – which comprise interests and ideas – and the analysis of such stakeholders' stance on in a given institutional arrangement that allows them to manage rules and resources in order to achieve their goals¹⁸⁻²⁰. The Theory of Gradual Institutional Change (TGIC)²¹ was employed within that strand.

According to Roit and Bihan²², there is a distinction between (a) radical transformations brought about by exogenous shocks, (b)

institutional stability associated with endogenous and slow adaptations²³, and (c) change processes that can be either incremental or radical and produce continuity or discontinuity²⁴⁻²⁶. The latter, comprising TGIC, comprehend change as a rupture of current balances due to exogenous or endogenous factors and emphasize how the political context, the institutional arrangements, and the veto power of the best-positioned actors inside such arrangements can influence not only changes but also the strategy of other actors. We used TGIC due to the characteristics of our research object: the long-term participation of medical doctors in developing a policy for regulation, training, and supply of doctors in Brazil, in which there were persistent policies but also changes due to incremental and exogenous factors.

Policy analysis has shown that medical associations strongly influence health policy decisions to the extent that they can veto any proposal they oppose²⁷⁻²⁹. The literature on veto power often emphasizes the role of veto players who hold key institutional posts³⁰. However, others, such as Immergut²⁸, refer to the importance of veto points within institutional structure^{31,32} because it allows a focus on how collective stakeholders, such as medical associations, can exploit such points through lobbying, litigation, and other means.

Results

The analysis of LM-PC actions led by medical associations showed that their primary goals related to the HWP during the studied period have been: 1) to implement a law regulating medical acts, preserving or even expanding the monopoly of professional practices; 2) to hinder measures that could increase the number of doctors in the workforce (which includes those who graduated abroad, whether Brazilian or foreigners); 3) to establish a moratorium regarding expanding university slots in Medical Schools; 4) to increase their control over specialist training; 5) to reject plans for doctor supply incompatible with doctors' freedom of choice; and 6) to create a national 'medical career' for primary health care.

In Brazil, medical associations hold a privileged place in the HWP's institutional arrangement when compared with the Ministry of Health, particularly regarding doctors' regulation, training, and supply. The National Congress legislates over professions, delegating their non-statutory regulation and oversight of professional councils, which are state bodies directed by peer-elected representatives.

The Ministry of Education (MEC) rules on undergraduate and post-graduate training levels, although with considerable participation of LM-PC representatives in forums aimed at technical analysis and decisions.

In institutional spaces such as the former Department of University Hospitals and the Expert Committee, both linked to the MEC Higher Education Secretariat, members of the LM-PC could veto proposals, and this position was often upheld by the Secretary or Minister of Education (Interviews 3;5;9;12;14;17;19).

The Ministry of Health is left with the decision to assess proposed changes to legislation in Congress regarding health professions and participate in the Ministry of Education's discussion forums, within which decisions about training are taken. The influence of the Ministry of Health on the HWP is relatively negligible compared to what is observed in most countries with broad health systems, such as Canada and Cuba in the American continent^{5,10,33,34}.

The Liberal Medicine policy community has shown an action pattern since the 1960s^{35,36}: it organizes lobbies in the Executive, Judicial and Legislative branches, mainly with peers holding posts in the Executive or Legislative seats; it keeps an essential proportion of medical doctor representatives in legislatures (in the 2003-2007 legislature, 71 of the 626 incumbent and substitute legislators in the Federal House of Representatives were medical doctors – 11.3%)³⁷; it builds its presence in major media, forming opinions and is often recognized as more legitimate than government officials and other professionals when giving statements about health policies; it directs medical associations to defend what it sees as the profession's interests, and to persuade their associate members to do the same; its members hold seats in technical commissions and positions in the Government high and middle ranks with power to make decisions on 'medical subjects' that are conducted by the Health and Education ministries. The following excerpts illustrate how managers from the three levels of the Executive branch recognized LM-PC influence over the HWP from 2003 to 2018.

The medical corporation posed significant corporate barriers inside the policy establishment. There was a perception of great strength and political power in the hands of the medical category, which we never dared to confront for fear of the consequences. (Interview 6, 08-02-2019).

Medical corporations were powerful; they controlled the training apparatus, held much weight in the National Council of Education, and made the training rules regarding medical residency. (Interview 9, 08-07-2019).

We evaluated [...] which initiatives [...] had better chances vis-à-vis the medical entities. [...] We would consider the possibilities that would not drastically confront them. (Interview 17, 06-01-2019).

The interviews and the analysis of the composition of specific institutional spaces showed that the so-called 'medical corporation' exercised significant 'veto power', restricting the universe of possible policies. The former Department of University Hospitals and the Commission of Experts in the Secretariat of Higher Education, the National Commission for Medical Residency, and the National Council of Education are standing out among these spaces, all linked to the Ministry of Education. The Social Security and Family Commission of the House of Representatives also exists. Moreover, the interviews report significant political action by LM-PC members along with the Ministry of Education, the Ministry of Health, the Executive Office of the President, and the National Congress leaders to discourage measures they would oppose. Decision-makers say it was a common practice to give up measures that could meet LM-PC opposition (Interviews 3;5;8;9;12;13;15;17;19).

When a measure required a legislative act, LM-PC's influence and ability to block the measure's approval seemed even stronger since interviewed decision-makers considered that they would imply high political costs resulting from a public confrontation with the medical corporation (Interviews 3;5;6;9;12;13;15;16;17).

Such corporate power was strengthened due to the access and influence of LM-PC members on decision-makers by acting as their doctors or doctors of people around them (Interviews 2;3;6;9;12;13;16;17).

The main HWP programs implemented by the Ministry of Health from 1960 to 2002 were Project Rondon, Program of Inland Expansion of Health and Sanitation Actions (PIASS), SUS Inland Expansion Program (PISUS), and Healthcare Inland Expansion Program (PITS). These programs aimed to attract students, health technicians, and, for the latter two, doctors, nurses, and odontologists to serve primary health care in underserved areas. No action planned in their scope was contested by the LM-PC – none of them compelled doctors to work in underserved areas, altered the institutional arrangement that delegates the authorization for professional exercise to medical organizations, or even provided for the increase in the number of medical doctors in the workforce.

During the second presidential term of Fernando Henrique Cardoso (1998-2002), two initiatives defied these constraints of the LM-PC: the implementation of mandatory civil service and the permission for Cuban medical doctors to practice in Brazil – within cooperation agreements between Cuba and some Brazilian states (Acre, Pernambuco, Roraima, and Tocantins). In the first case, the federal government formulated the policy and opened it to debate, though it backed off when met with LM-PC opposition (Interviews 3;12). The second initiative allowed approximately 140 Cuban doctors to practice in 50 Brazilian cities for up to four years. However, the strong reaction of the LM-PC led the National Congress to revoke the 1974 Convention for the Recognition of Studies, Degrees, and Diplomas in Higher Education in Latin America and the Caribbean, thus interrupting and making the practice of Cuban doctors illegal^{3,36,38}.

Between 2003 and 2010, when Lula da Silva became President through a government coalition led by the Workers' Party (PT), Ministry

of Health directors – most of them members of the HRM-PC – did not have enough strength to implement measures opposed by the LM-PC. Both mandatory civil service and international cooperation agreements on mutual diploma recognition between American countries returned to the government's agenda but were abandoned. The same occurred with attempts to increase the power of the MS in training the health workforce. On the other hand, voluntary enrollment for HWP programs was implemented, free of measures opposed by the LM-PC and awarding incentives to encourage doctors to work in underserved areas, such as discounts on their student loans. Incentives were also given to medical schools and residency programs that performed curricular reforms to adjust their training to SUS needs, as were the cases of the National Program for Professional Health Training Reorientation (Pró-Saúde) and National Supporting Program for Medical Specialists Training in Strategic Areas (Pró-Residência) (Interviews 3;8;9;12;13;17).

Only two initiatives that challenged LM-PC opposition were implemented in that period: The National Exam for Revalidating Medical Diplomas Issued by Foreign Higher Education Institutions (REVALIDA), and expanding slots in medical schools at universities to a higher level than tolerated by the LM-PC. The first initiative was implemented during the last year of President Lula's second tenure. The validation of foreign medical diplomas was on the President's agenda since the beginning of his first tenure, and he demanded a solution before the end of his second term (Interviews 3;9;12;13;17). Although slot expansion in undergraduate medical courses was not a specific goal, it was an outcome of substantial slot expansion in higher education, promoted by the government and strongly supported, both politically and economically, by the policy community that advocates for market regulation (MR-PC) (Interviews 12;17;19).

Differently, though, from 2011 to 2016, when Dilma Rousseff was President of the

government coalition led by the Workers' Party, some factors made the government increasingly propose and implement measures that met with intense opposition from the LM-PC. Such factors included the aggravated shortage of medical doctors in the National Unified Health System (SUS), the increased perception of this problem by the population and political agents, the failure of previous initiatives, the managing group's conviction that the problem should be addressed despite LM-PC opposition, and a favorable political context³.

In 2011, the Government implemented the Primary Healthcare Professionals Recognition Program (PROVAB), which offered doctors incentives to work in underserved areas. In the corporation's view, the LM-PC rejected it because one of the incentives interfered with the rules for doctor selection for specialist training, limiting its ability to control selection. The National Plan for Medical Education (PNEM) was proposed in 2012. It aimed to expand medical schools' public and private offers substantially. This could affect the medical job market by increasing supply and, as a result, reducing the professional's income.

In 2013, the government created the More Doctors Program (PMM), promoting an even more significant expansion in medical courses and specialist training (medical residency) slots. The program also changed rules for undergraduate courses and residency to better adapt them to SUS needs, promoted international recruitment of medical doctors, authorized doctors with non-validated diplomas to practice in the country, and allowed the celebration of cooperation agreements and international doctor exchange without requiring approval by Congress. PMM was the policy that faced the strongest reaction from the LM-PC in the whole period studied.

From 2016 to 2021, the LM-PC regained its influence over the government, following the overthrow of President Dilma Rousseff, with the change in the government coalition since President Michel Temer's inauguration, and

finally, with the new coalition change since the election of Jair Bolsonaro as President. In Bolsonaro's tenure, LM-PC leaders got to hold posts in government ministries, such as Henrique Mandetta (Minister of Health) and Mayra Pinheiro (Ministry of Health Secretary, responsible for the HWP). In this period, programs implemented since 2010 underwent significant changes that either interrupted them – as in the case of REVALIDA, PROVAB, and PNEM – or neutralized the activities opposed by the LM-PC, as with the PMM, which was reduced to national recruitment of Brazilian doctors. Bolsonaro's government announced the replacement of the PMM for the Doctors for Brazil Program (PMPB), launched with the support of the LM-PC. However, although the law that established the program was approved in 2019, its implementation only started in the last year of the Government, already close to the elections.

It is worth noting that the LM-PC failed to implement its priority propositions, which faced opposition from the government, the HRM-PC, or the MR-PC. Such propositions included the expansion of the monopoly on professional practices and the establishment of a unique national 'medical career'. Furthermore, the aforementioned policy community could not prevent undergraduate medical school slots in private universities from experiencing their most significant expansion in history from 2016 to 2021³⁹.

Discussion

This study's results confirm national and international literature findings regarding medical doctors' influence and significance as collective social stakeholders in formulating and implementing the HWP^{1,2,4-10,35,36}. The study shows this power relates to elements widely described in literature⁵⁻¹⁰, such as the relationships the medical profession establishes within the social structure, the power delegated by the State to medical organizations, and their

political action. It also confirms the significance of other elements when explaining that influence, such as the presence and intervention of medical organizations in state spheres, mainly in the Executive and in the Legislative branches, in which they have veto power in the analysis of alternatives and policy formulation.

Three additional reasons for this influence, less explored in the literature, were observed. The study identified and analyzed the existence and operation of a policy community, the LM-PC, which has had a regular and influential action on the HWP during the last six decades. It also showed that considering the composition, operating modes, and goals advocated by this policy community helps us understand the Brazilian HWP trajectory better and anticipate measures that will – and indeed they will – face resistance from medical organizations. Secondly, the analysis of specificities of the Brazilian institutional arrangement related to the HWP helped revealed how medical associations operate to try to veto measures they oppose. Finally, it showed that formal and informal relationships established by LM-PC leaders with policy decision-makers are crucial to their influence.

The study traced some institutional spaces in which LM-PC most acted to try to veto measures contrary to its objectives. The fact, on the one hand, that acting in these spaces managed to block some policies for most of the period studied and, on the other, that overcoming this blockage involved modifying these spaces or withdrawing them from a place of decision reinforces the importance of these spaces as veto points^{21,27-32}. The work of LM-PC in the former Department of University Hospitals, in the Expert Commission, and the National Commission of Medical Residency, all linked to the Secretariat of Higher Education of the MEC, managed to prevent changes in rules that favored a more significant opening of slots for graduation and residence by government initiative. The study showed that it was central to the significant expansion of undergraduate and residency vacancies at the PMM to change

the composition of the National Medical Residency Commission, increasing government representatives, and shifting decision-making power over undergraduate slots to the Secretariat for Regulation and Supervision of Higher Education of the MEC, which LM-PC and more by MR-PC less influenced.

Another example was the creation by the PMM Law of a new and parallel process for authorizing the practice of Medicine, concentrating decision-making power on the MS. Because in all other ways – for instance, diploma validation via a public university, evaluation and approval by REVALIDA, and authorization by the Medical Councils – the privileged position of LM-PC had allowed reducing to a minimum the work of doctors trained abroad in Brazil. Containing the increase in undergraduate slots and the number of doctors trained abroad and able to work in Brazil performed by the LM-PC since the 1980s, to make the aforementioned market reserve, contributed to the situation that justified the creation of the PMM in 2013, when Brazil had a ratio of 1.8 doctors/1,000 inhabitants, an average much lower than that observed in the OECD^{3,39}.

The successful endeavors of LM-PC from 1960 to 2009 to block measures in the HWP contrary to their goals and positions is remarkable. They acted within the State, constraining the process of formulating and choosing alternatives and putting pressure on Executive and Legislative leaders to inhibit the proposition of unwanted changes. However, it is also relevant to point out that there are measures proposed by the LM-PC, which opposed proposals of the other two policy communities acting in the area – the HRM-PC and the MR-PC – that were not implemented. That is, the performance of these policy communities in the analyzed institutional arrangement showed a balance of forces that tended to institutional stability in most of the HWP trajectory.

This balance was modified from 2010 to 2016. The HRM-PC took over the MS in circumstances that allowed its action to overcome the influence of LM-PC and implement

policies opposed by the latter³. The PMM was the best example in this regard. Even so, the influence of LM-PC, and its strength in the institutional arrangement described, can once again be observed in the capacity of this community to interrupt policies and neutralize measures created between 2010 and 2016 as soon as the balance was reestablished after the deposition of President Dilma, with the consequent departure of the HRM-PC from the Ministry of Health managing board.

The analysis of this historical trajectory of the HWP, in the light of the Theory of Gradual Institutional Change, shows that there is indeed lasting institutional stability, in which actors who hold privileged posts in the current institutional arrangement act in veto points and exercise considerable power to block significant changes. It also shows that the only period of change – comprising only seven among the 60 years considered – resulted from a rupture in the institutional balance due to endogenous and exogenous factors. The HWP returned to its previous *status quo* once the balance favoring the LM-PC was reestablished.

Conclusions

This article analyzed the influence of the medical corporation organized as a policy community on the development of the HWP in Brazil, particularly from 2003 to 2018. It found that the advantageous position in both the social structure and the current institutional arrangement of a policy community that advocates for Medicine's *status quo* as a liberal profession, the way it operates in the State – acting in some decisive veto points – and in civil society by putting pressure on leaders of the Executive and Legislative branches, explains its relative success in hindering changes in the HWP they do not concur.

The trajectory of the HWP in Brazil over the last 60 years shows remarkable institutional stability in which neither this community

allowed significant changes to take place, nor it managed to impose changes in its favor that were rejected by two other policy communities that acted in the HWP – one that defends the Brazilian health reform and another that defends that it is the market that should regulate the health and education sectors. The government could implement measures that had been proposed and blocked for decades only in seven years (2010-2016) through favorable circumstances that combined endogenous and exogenous factors to the PFTS. However, part of these measures was reversed again with

the change in the federal government and the privileged repositioning of that community in the institutional arrangement.

The analysis and results developed in this research can also support the understanding and analysis of other long-term policies in Brazil.

Collaborators

Pinto HP (0000-0002-8346-1480)* and Côrtes S (0000-0003-2502-2364)* equally contributed to the elaboration of the manuscript. ■

References

1. Maciel Filho R. Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro. [thesis]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007.
2. World Health Organization. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations. Geneva: WHO; 2010.
3. Pinto HA. O que tornou o Mais Médicos possível? Análise da formação da agenda e do processo de formulação do Programa Mais Médicos. [thesis]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2021.
4. Berlinguer G, Teixeira SMF, Campos GWDS. Reforma sanitária: Itália e Brasil. São Paulo: Hucitec; Rio Janeiro: Cebes; 1988.
5. Girardi SN, Fernandes Jr H, Carvalho CL. A regulamentação das profissões de saúde no Brasil. *Espac. Saúde*. 2000; 2(1):1-21.
6. Carapineiro G. Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares. 4. ed. Porto: Edições Afrontamento; 2005.
7. Donnangelo MC. Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira; 1975.
8. Schraiber LB. O trabalho médico: questões acerca da autonomia profissional. *Cad. Saúde Pública*. 1995; 11(1):57-64.
9. Foucault M. Nascimento da clínica. 5. ed. São Paulo: Editora Forense Universitária; 1998.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

10. Machado MH. Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.
11. Côrtes SV, Lima LL. A contribuição da sociologia para a análise de políticas públicas. *Lua Nova*. 2012; (87):33-62.
12. Côrtes SV. Participação e saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
13. Costa NR. Comunidade epistêmica e a formação da reforma sanitária no Brasil. *Physis Rev. Saúde Colet*. 2014; 24(3):809-829.
14. Andrade PA, Carvalho DBB. Formulação da política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde: retrospectiva do movimento dos grupos de interesse. *Rev. Polít. Pública*. 2014; 18(2):573-585.
15. Haas PM. Introduction: epistemic communities and international policy coordination. *Inter. Org*. 1992; 46(1):1-35.
16. Neves F, Gómez-Villegas M. Public sector accounting reform in Latin America and Epistemic Communities: an institutional approach. *J. Public Adm*. 2020; 54(1):11-31.
17. Bennett A, Checkel JT, organizadores. *Process tracing: from metaphor to analytic tool*. Cambridge: Cambridge University Press; 2015.
18. Hay C. Constructivist institutionalism. In: Rhodes RA, Binder SA, Rockman BA. *The Oxford handbook of political institutions*. Oxford: Oxford University Press; 2006.
19. Fligstein N. Habilidade social e a teoria dos campos. *Rev. Adm. Emp*. 2007; 47(2):61-80.
20. Côrtes SV, Silva MK. Sociedade civil, instituições e atores estatais: interdependências e condicionantes da atuação de atores sociais em fóruns participativos. *Est. sociol*. 2010; 15(29):425-444.
21. Mahoney J, Thelen K. A theory of gradual institutional change. In: Mahoney J, Thelen K, editors. *Explaining institutional change: ambiguity, agency, and power*. Cambridge: Cambridge University Press; 2010. p. 1-10.
22. Roit BD, Bihan BL. Cash for long term care: Policy debates, visions, and designs on the move. *Soc. Policy & Adm*. 2019; (53):519-536.
23. DiMaggio P, Powell WW. The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. *Am. Soc. Review*. 1983; (48):147-160.
24. Hacker J. 2004. Privatizing risk without privatizing state. The hidden politics of social policy retrenchment in the United States. *Am. Polit. Scienc. Review*. 2004; (98):243-260.
25. Pierson P. *Politics in time: History, institutions, and social analysis*. Oxford: Princeton University Press; 2004.
26. Streeck W, Thelen K. *Beyond continuity. Institutional change in advanced political economics*. Oxford: Oxford University Press; 2005.
27. Immergut E. Institutions, Veto Points, and Policy Results: A Comparative Analysis of Health Care. *J. Public Policy*. 1990; 10(4):391-416.
28. Immergut E. *Health Politics: Interests and Institutions in Western Europe*. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 1992.
29. Immergut E. Western Europe Studies: Health. In Smelser NJ, Baltes PB, editors. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*. Amsterdam: Peramon; 2001. p. 16479-16484.
30. Tsebelis G. *Veto Players: How Political Institutions Work*. Princeton: Princeton University Press; 2002.
31. Huber E, Ragin C, Stephens J. Social Democracy, Christian Democracy, Constitutional Structure, and the Welfare State. *Am J. Sociol*. 1993; (3):711-49.
32. Coen D. Empirical and Theoretical Studies in EU Lobbying. *J Europ. Public Policy*. 2007; (3)333-45.

33. Feuerwerker LCM. Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados. São Paulo: Hucitec; 2002.
34. Dias HA, Lima LD, Teixeira M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. *Ciênc. saúde coletiva*. 2013; 18(6):1613-1624.
35. Campos GWS. Os médicos e a política de saúde. São Paulo: Hucitec; 1988.
36. Gomes LB. A atual configuração política dos médicos brasileiros: uma análise da atuação das entidades médicas nacionais e do movimento médico que operou por fora delas. [thesis]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2016.
37. Portal Câmara dos Deputados. Quem são os Deputados. [accessed 2022 Mar 7]. Available in: <https://www.camara.leg.br/deputados/quem-sao/resultado?search=&partido=&uf=&legislatura=52&sexo=&pagina=16>.
38. Entini CE. Tocantins contratou médicos cubanos em 1998. Estado de São Paulo. 2013 Aug 25. [accessed 2022 Mar 7]. Available in: <https://acervo.estadao.com.br/noticias/acervo,tocantins-contratou-medicos-cubanos-em-1998,9219,0.html>.
39. Pinto HA, Oliveira FP, Soares R. Panorama da implementação do Programa Mais Médicos até 2021 e comparação com Médicos pelo Brasil. *Rev. Baiana Saúde Pública*. 2022; 46(1):32-53

Received on 09/30/2022

Approved on 02/28/2023

Conflict of interests: non-existent

Financial support: non-existent

Expansão e privatização dos cursos de medicina e a integração ensino-serviço: o caso do estado de Pernambuco

Expansion and privatization of medical courses and teaching-service integration: the case of the state of Pernambuco

Heloisa Maria Mendonça de Moraes¹, Rafaela Gomes Ribeiro de Sá², Maria do Socorro Veloso de Albuquerque¹, Raquel Santos de Oliveira¹

DOI: 10.1590/0103-1104202313713

RESUMO A investigação problematizou os desafios decorrentes da expansão dos cursos de medicina públicos e privados no estado de Pernambuco, considerando os pressupostos da integração ensino-serviço no âmbito da rede especializada de saúde. O estudo é descritivo e exploratório, tipo estudo de caso, com utilização de técnicas combinando abordagens de pesquisa quantitativa e qualitativa. O processo de privatização no estado ocorreu mais lentamente do que no País. No ano 2000, existiam tão somente 290 vagas em duas instituições públicas. Em apenas duas décadas, atinge-se o total de 1.350 vagas, estando 1.130 delas localizadas no setor privado. A investigação destacou políticas e ações concernentes à centralidade programática da integração ensino-serviço, do que se sobressaíram a preocupação com o caráter descomedido da expansão dos cursos com repercussão imediata na alocação dos alunos nos campos de estágio e a falta de planejamento integrado entre o aparelho formador, os serviços de saúde e a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, à intencionalidade do setor público de ordenar a presença crescente do setor privado no ensino médico não tem correspondido a disponibilidade de decisões políticas respeitantes à integração ensino-serviço, constituindo-se a não implementação do Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (Coapes) um caso paradigmático.

PALAVRAS-CHAVE Serviços de integração docente-assistencial. Educação médica. Universidades. Privatização.

ABSTRACT *The research explored the challenges arising from the expansion of public and private medical courses in the state of Pernambuco, based on the premise of teaching-service integration within the specialized health network. The study is a descriptive-exploratory case study that uses techniques which combine quantitative and qualitative research approaches. The privatization process in the state took place at a slower pace than nationwide in the Country. In the year 2000, there were only 290 vacancies in two public institutions. In only two decades, a total of 1.350 have been reached, with 1.130 of them located in the private sector. The research highlighted policies and actions related to the programmatic centrality of teaching-service integration, from which the concern with the immoderate nature of the expansion of courses with immediate repercussion on the allocation of students to training vacancies and the lack of integrated planning between the educational apparatus, health services, and SUS (Unified Health System) management stood out. Thus, the intention of the public sector to bring order into the growing presence of the private sector in medical education has not been matched by political decision-making regarding teaching-service integration, turning the non-implementation of the Public Health Action Organizational Contract (COAPES) into a paradigmatic case.*

¹Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Recife (PE), Brasil.
heloisa.morais@uol.com.br

²Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde (Sevs) – Recife (PE), Brasil.

KEYWORDS *Teaching Care Integration Services. Education, medical. Universities. Privatization.*

Introdução

No Brasil, nas últimas três décadas, vem ocorrendo um crescimento importante de cursos superiores, em um contexto de intensa privatização da educação superior no País. Nesse cenário, este artigo problematiza as repercussões desse crescimento na rede especializada de atenção à saúde do estado de Pernambuco sob os pressupostos da integração ensino-serviço.

O processo de privatização foi intensificado na década de 1990, quando um conjunto de dispositivos legais possibilitou a flexibilização do seu marco regulatório, ganhando destaque a Lei de Diretrizes e Bases (LDB) de 1996 (Lei nº 9.394/96 e o Decreto nº 2.306/97)¹⁻³.

Posteriormente, o Decreto nº 3.860/2001 viabilizou a “diversificação das formas de organização das instituições de ensino superior”⁴⁽¹³⁾, determinando a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão para as universidades, podendo as demais instituições, denominadas estabelecimentos não universitários, dedicarem-se apenas à função de ensino⁵.

Outros dispositivos legais que devem ser destacados para a compreensão do fenômeno da privatização do ensino superior referem-se à transferência do fundo público para o setor privado, seja o considerado lucrativo ou o sem fins lucrativos, tais como as instituições comunitárias, as confessionais ou as filantrópicas^{4,6,7}.

Esse fomento à iniciativa privada vem ocorrendo por meio do Fundo de Financiamento Estudantil (Fies), estabelecido pela Lei nº 10.260/2001, e do Programa Universidade para Todos (Prouni), instituído pela Lei nº 11.096/2005. O Fies concede financiamento para o pagamento de mensalidades, e o Prouni outorga bolsas de estudo, integrais e parciais, sendo ambos os programas destinados a estudantes matriculados em instituições privadas de ensino superior⁸.

Vários estudos atestam que tais medidas vêm contribuindo para a ampliação do acesso ao ensino superior por meio do fortalecimento das instituições privadas, em detrimento das

públicas^{1,6,7,9,10}. Por outro lado, cabe considerar que o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni), instituído pelo Decreto nº 6.096/2007, promoveu a expansão das universidades públicas federais. Os efeitos dessa iniciativa podem ser percebidos pelo percentual de crescimento, da ordem de 60%, do número de matrículas públicas entre os anos de 2003 e 2011⁵.

Para o caso específico da expansão dos cursos de medicina, o Programa Mais Médicos (PPM) – instituído pela Lei nº 12.871/2013 – deve ser introduzido nesse debate. Isso porque um dos seus eixos norteadores referia-se à expansão do número de vagas de graduação em medicina e de especialização/residência médica¹¹.

Outro aspecto introduzido pelo PPM foi a criação dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (Coapes), posteriormente instituídos pela Portaria Interministerial nº 1.127/2015, a qual define as diretrizes para o fortalecimento da integração ensino-serviço no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)¹².

Dal Poz, Couto & Franco¹³, ao tratarem do caráter privatista do ensino superior nos cursos de saúde, demonstraram o acréscimo da participação privada nas matrículas presenciais, as quais passaram de 53%, em 1993, para 73%, em 2013.

Quanto ao curso de medicina, até o ano de 2004, as 33.864 matrículas no setor público ainda eram superiores às 31.101 do setor privado. Entretanto, a partir de 2006, esse cenário é revertido quando o setor privado passa a responder por 51,4% dessas matrículas^{14,15}. Em outubro de 2020, o Brasil contava com 357 escolas médicas, com 37.823 vagas. Assim, 84% das vagas disponibilizadas, nos últimos dez anos, pertenciam ao setor privado¹⁶.

A questão da integração ensino-serviço, enquanto objeto desta investigação, tem sido fortemente afetada por essa expansão do ensino privado na saúde. De acordo com o art. 200 da Lei nº 8.080/90¹⁷, a ordenação da formação dos

médicos e dos demais profissionais da saúde é uma das atribuições do SUS. Assim, o processo formativo desses profissionais depende das capacidades física e pedagógica da infraestrutura assistencial disponibilizada para as atividades de ensino, pesquisa e extensão nos três níveis de atenção à saúde.

A formação médica e dos demais profissionais deve estar dirigida para as demandas da comunidade, de modo que esse processo pedagógico esteja orientado para a problematização e transformação da realidade e, simultaneamente, para a qualificação profissional, o que comporia os pressupostos da integração ensino-serviço. Sob essa perspectiva, impõe-se o diálogo permanente entre instituições de ensino, gestão do SUS, trabalhadores da assistência, estudantes/residentes e usuários, com o objetivo de alcançar o planejamento integrado das ações em desenvolvimento nos distintos cenários das práticas e mais qualidade no processo formativo^{12,18,19}.

Nessa mesma direção, as novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), de 2014, para o curso de medicina, reforçam a necessidade de uma formação crítica, reflexiva e ética, com habilidades gerais em todos os níveis de atenção à saúde²⁰.

A preocupação com mudanças pedagógicas no ensino médico visando à sua aproximação com os serviços de saúde foi traduzida na formulação de projetos anteriores ao SUS desde meados dos anos 1970. Em 1981, ganharam destaque o Programa de Integração Docente-Assistencial (IDA) e, em 1993, já sob a vigência do SUS, o Projeto Uma Nova Iniciativa (UNI)^{21,22}.

As iniciativas mais recentes implementadas no âmbito da integração ensino-serviço advieram da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e da articulação do Ministério da Saúde (MS) com o Ministério da Educação (MEC). Destaques especiais devem ser dados à instituição do Coapes, já citado anteriormente, e à versão mais recente da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)²³.

Outro documento que deve ser referido é a Resolução nº 350/2005, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), ao definir e fundamentar um conjunto de critérios técnico-educacionais e sanitários relativos à abertura e ao reconhecimento de novos cursos na área da saúde. Entre esses critérios, destaca-se que a regulação da abertura e o reconhecimento de novos cursos deve prever a demonstração da oferta de vagas coerente com a capacidade instalada dos serviços, a aptidão didático-pedagógica de seus trabalhadores e a quantidade de docentes²⁴.

Entretanto, tem-se observado que a abertura dos cursos na área da saúde não leva em consideração esses condicionantes imprescindíveis à formação dos profissionais, orientada pela integração ensino-serviço. Nesse sentido, Oliveira, Lima e Pereira¹⁵ ressaltam a existência da pressão do aparelho formador sobre as redes municipais/estaduais de saúde para assegurar a oferta de campos de prática.

Considerando as questões acima expostas, o artigo se justifica pela relevância do tema da integração ensino-serviço para a formação médica ao analisar um conjunto de dificuldades para seu desenvolvimento. E problematiza os desafios identificados, especialmente aqueles decorrentes da expansão dos cursos de medicina, sobre a capacidade instalada da rede especializada de serviços de saúde no estado de Pernambuco.

Material e métodos

Foi realizada uma pesquisa exploratória, com utilização das técnicas quantitativa e qualitativa do tipo estudo de caso²⁵. No âmbito da pesquisa qualitativa, foram selecionados cinco hospitais da rede especializada de serviços de saúde do SUS, mediante três critérios de inclusão: representação da gestão direta e indireta, hospitais com maior número de leitos e com núcleo de ensino e serviço em funcionamento. Os hospitais com gestão direta foram o Hospital da Restauração, Hospital Otávio de Freitas e Hospital Agamenon Magalhães; os

hospitais de gestão indireta foram o Hospital Metropolitano Oeste – Pelópidas Silveira e o Hospital Metropolitano Sul – Dom Hélder Câmara.

No âmbito das Instituições de Ensino Superior (IES), fizeram parte da investigação os dois cursos de medicina das Universidades Públicas da Região Metropolitana do Recife (RMR) – Universidade de Pernambuco (UPE) e Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – e os dois cursos de medicina das faculdades privadas mais antigas localizadas, também, na RMR – Faculdade Pernambucana de Saúde e o Centro Universitário Maurício de Nassau (Uninassau).

Foi incluído, ainda, um representante da Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde (SES). Os sujeitos entrevistados eram profissionais que compunham as estruturas decisórias da integração ensino-serviço das referidas instituições e que se encontravam há pelo menos 2 anos na função de coordenação dessas estruturas.

Foram realizadas nove entrevistas de forma remota, pelo Google Meet, e uma entrevista na modalidade presencial. Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. Foi criada uma codificação específica para cada um(a) dos(as) entrevistados(as): coordenador de ensino de IES pública (CEp); coordenador de ensino de IES privada (CEpv); coordenadores dos núcleos de integração ensino-serviço dos hospitais da rede de atenção especializada (CS); representante da Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde da SES (CES).

Para a abordagem quantitativa, o cenário de expansão dos cursos de medicina públicos e privados foi obtido a partir de dados secundários provenientes do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep/MEC) e, a partir do ano de 2010, do Sistema e-Mec²⁶. As variáveis estudadas foram: número de cursos, números de vagas e natureza jurídica das IES no Brasil e no estado de Pernambuco. Os dados quantitativos

foram trabalhados por meio da estatística descritiva utilizando-se frequências absolutas e relativas para construção de gráficos e tabelas confeccionadas no Microsoft Office Excel.

Para a análise documental, tomou-se como referência a lei do PMM^{11,12}; a Portaria Ministerial do Coapes¹²; a Resolução nº 350 do CNS²⁴; a Portaria Normativa nº 16 do MS²⁷; a PNEPS²⁸; e o Programa de Formação do Sistema Único de Saúde (FormaSUS)²⁹, bem como o material extraído das entrevistas. Na análise dos dados das entrevistas e da pesquisa documental, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo³⁰.

Esta investigação obedeceu aos preceitos éticos da Resolução nº 466/12 do CNS e foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFPE, conforme o parecer nº 4.598.126. Ela integra o projeto ‘O Processo de Expansão dos Cursos de Saúde no Estado de Pernambuco – Enfermagem, Medicina e Odontologia – seu impacto sobre a rede pública de serviços e sobre a formação profissional para o Sistema Único de Saúde’, financiado pelo Edital Universal 2018.

Resultados e discussão

O processo de flexibilização do marco regulatório do ensino superior tem resultado na criação de instituições restritas ao ensino, desde então denominadas estabelecimentos não universitários^{4,31}. Assim, no estado de Pernambuco, os cursos de medicina atualmente em funcionamento apresentam distintos formatos organizacionais: seis deles estão em universidades públicas; um, em universidade privada sem fins lucrativos; dois, em centros universitários (um com fins lucrativos e um sem fins lucrativos); seis, em faculdades privadas (uma sem fins lucrativos e cinco com fins lucrativos)²⁶. Ou seja, a permissividade de uma legislação facilitadora de diferentes arranjos institucionais para o ensino superior vem contribuindo para a expansão de cursos privados que ofertam ensino, sem que, necessariamente, estejam comprometidos com a pesquisa e a extensão.

No caso particular da expansão dos cursos médicos, deve ser conferido grande destaque à criação do PMM/2013 (governo Dilma Rousseff), o qual foi estruturado em três eixos de ações. O primeiro consistiu no investimento para melhoria da infraestrutura da rede de saúde; o segundo, na ampliação e em reformas educacionais dos cursos de graduação em medicina e da residência médica, e o terceiro, na provisão emergencial de médicos para territórios mais vulneráveis do País¹¹.

É dentro do segundo eixo que deve ser compreendida a expansão de escolas médicas para

Priorizar regiões de saúde com menor relação vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos¹¹.

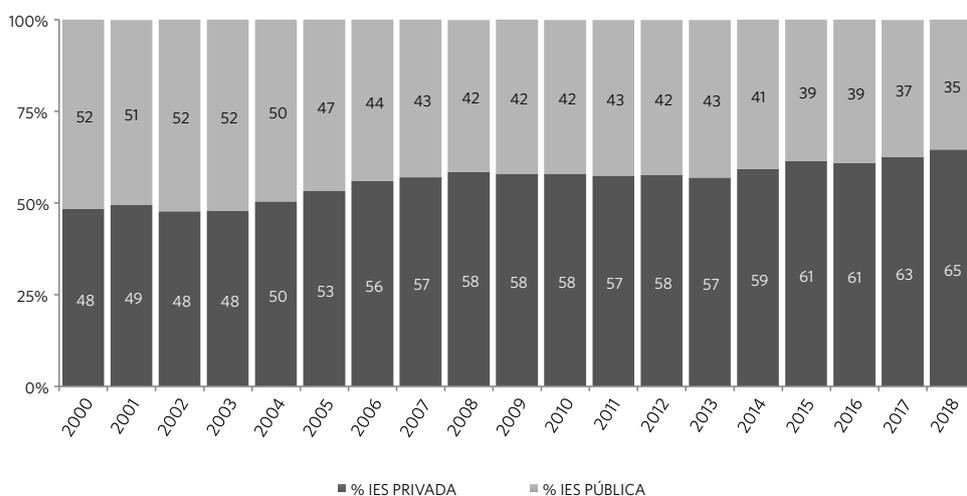
Entretanto, persistem as razões estruturais que explicam a extrema desigualdade da distribuição de médicos no País, quer sejam comparadas as grandes regiões, unidades da Federação, capital e interior de um mesmo

estado ou grupos de municípios segundo estratos populacionais¹⁶.

Enquanto política pública, a implementação dos eixos do PMM encontrou dificuldades de ordem político-conjuntural com as quais se defrontou o governo federal, inclusive pressões advindas do setor privado da educação. Desse modo, o Programa não logrou alterar o cenário de desigualdade distributiva dos médicos brasileiros. Ao permitir a expansão de vagas via cursos privados de medicina, terminou por fomentar o aparecimento desses cursos em quaisquer localidades, faltando mecanismos de regulação pública que obrigassem as IES a levar em conta a relevância e a necessidade social da oferta dos cursos.

No Brasil, os cursos médicos privados passaram a ser maioria em relação aos públicos desde 2005. A partir daquele ano, verifica-se uma aceleração de seu crescimento, caracterizando um movimento expansionista que assumirá o caráter de uma privatização intensiva em contexto de plena mercantilização do ensino médico (*gráfico 1*).

Gráfico 1. Percentual de IES de graduação em medicina segundo natureza jurídica (pública e privada) Brasil, 2000-2018



Fonte: MEC/Inep - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira²⁶.

No estado de Pernambuco havia, em 2018, 11 cursos de medicina, os quais ofertavam 1.490 vagas. Desse total, 510 (34,3%) estavam no setor público e 980 no privado (65,7%), e até aquele ano todas as vagas privadas estavam localizadas na RMR, enquanto as públicas estavam tanto na RMR (290) quanto no interior do estado (220). O processo de privatização no estado ocorreu mais lentamente do que no País, considerando que o primeiro curso privado foi criado apenas em 2006, tornando-se essa modalidade predominante a partir de 2014²⁶.

Entre 2019 e 2022, período de apenas quatro anos, chama a atenção o surgimento de quatro cursos privados no interior. Portanto, se desde

a criação dos cursos públicos no estado na primeira metade do século vinte, até o ano 2000, existiam tão somente 290 vagas públicas, em apenas duas décadas, o total de vagas atingiu 1.760, das quais, 1.250 encontram-se alocadas no setor privado²⁶.

Desse modo, tal como no Brasil, o fenômeno da interiorização dos cursos de medicina¹⁶ também vem ocorrendo no estado. Assim, entre 2004 e 2014, foram instalados no interior quatro novos cursos públicos, e, a partir de 2019, mais quatro privados. Atualmente, existem no estado quinze cursos autorizados pelo MEC, sendo seis públicos e nove privados (*quadro 1*).

Quadro 1. Distribuição de instituições de ensino de medicina no estado de Pernambuco

Instituição (IES)	Categoria Administrativa	Data início funcionamento	Município
IES Medicina - RMR			
Universidade Federal de Pernambuco	Pública federal	1920.2	Recife
Universidade de Pernambuco	Pública estadual	1951.1	Recife
Faculdade Pernambucana de Saúde	Privada sem fins lucrativos	2006.1	Recife
Centro Universitário Maurício de Nassau	Privada com fins lucrativos	2012.2	Recife
Universidade Católica de Pernambuco	Privada sem fins lucrativos	2014.2	Recife
Faculdade de Medicina de Olinda	Privada com fins lucrativos	2015.2	Olinda
Faculdade Tiradentes de Jaboatão Dos Guararapes	Privada com fins lucrativos	2018.1	Jaboatão dos Guararapes
IES Medicina - Interior			
Fundação Universidade Federal do Vale Do São Francisco	Pública federal	2004.2	Petrolina
Universidade de Pernambuco	Pública estadual	2011.2	Garanhuns
Universidade de Pernambuco	Pública estadual	2013.2	Serra Talhada
Universidade Federal de Pernambuco	Pública federal	2014.1	Caruaru
Faculdade de Medicina do Sertão	Privada com fins lucrativos	2020.2	Arcoverde
Faculdade Paraíso Araripina	Privada com fins lucrativos	2021.1	Araripina
Faculdade de Medicina de Garanhuns	Privada com fins lucrativos	2022.1	Garanhuns
Faculdade Tiradentes de Goiana	Privada com fins lucrativos	2021.2	Goiana

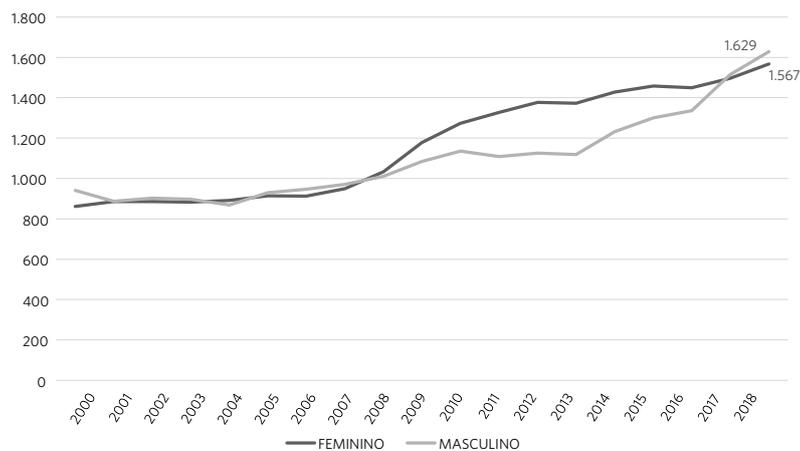
Fonte: Ministério da Educação – Sistema e-MEC²⁶.

A primeira fase do Reuni teve grande importância para a interiorização do ensino superior público federal com a criação de novas IFES e seus *campi*. Porém, no caso de Pernambuco, o início do processo foi anterior ao Reuni, ainda que tenha sido por ele incrementado. Decorreu, também, da abertura de cursos em instituições do governo estadual.

A questão da feminização presente nos cursos de medicina do Brasil está bem registrada na literatura^{16,32-35}. Em todo o País, há uma

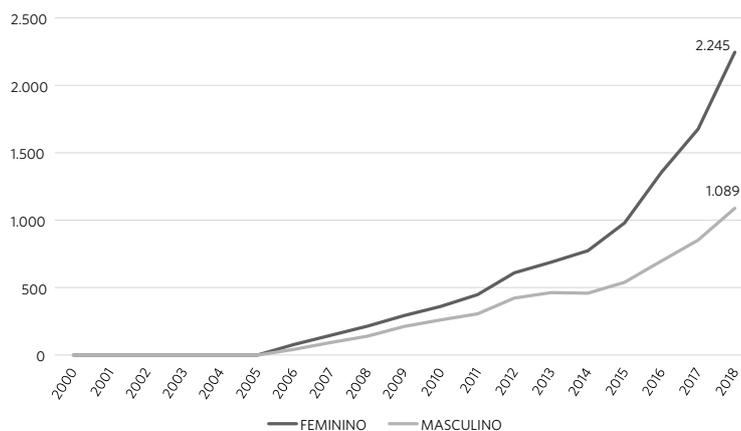
clara tendência de crescimento no número de matrículas entre as mulheres, que, em 2018, eram 30.115 nas IES públicas e 68.953 nas privadas. Em Pernambuco, desde o ano de 2017, as matrículas masculinas têm alcançado um discreto aumento nas IES públicas em relação às privadas, sendo 1.629 versus 1.567, respectivamente. Já nas IES privadas, o número de matrículas femininas era de 2.245 para 1.089 masculinas²⁶ (*gráficos 2 e 3*).

Gráfico 2. Número de matrículas por gênero em IES públicas em Pernambuco, 2000-2018



Fonte: MEC/Inep - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira²⁶.

Gráfico 3. Número de matrículas por gênero em IES privadas em Pernambuco, 2000-2018



Fonte: MEC/Inep - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira²⁶.

Entre os estados com maior número de matrículas, em Minas Gerais, por exemplo, parece estar se desenhando, também no setor público, uma tendência de crescimento das matrículas masculinas em relação às femininas. Contudo, essas observações iniciais deverão ser acompanhadas nos próximos anos²⁶.

Repercussões da expansão e da privatização dos cursos de Medicina sobre o processo de integração ensino-serviço

Nesta investigação, foram destacadas políticas e ações concernentes à centralidade programática da integração ensino-serviço para a reorientação do ensino em saúde no País e suas repercussões em Pernambuco^{11,12,19,27,28}. No estado, destaca-se, ainda, a Lei do FormaSUS/2013, que instituiu as contrapartidas para o setor privado, tendo em vista o uso dos serviços públicos enquanto campo de estágio²⁹.

Essas políticas e ações fazem parte do arcabouço legal que recomenda a articulação de um trabalho coletivo e pactuado, direcionado à integração ensino-serviço com o objetivo de transformar a formação dos profissionais de saúde. Todas essas condições devem estar articuladas sob as bases de um planejamento integrado, o qual é compartilhado entre as instituições de ensino, os serviços de saúde e a gestão do SUS, considerando as necessidades dos serviços e dos trabalhadores e visando à integralidade na formação³⁶.

Ao contrário do que está preconizado, as falas de atores participantes do processo de ensino revelam que não há correspondência entre o que se propõe como parte do planejamento integrado e os fatos como eles acontecem.

É como eu comentei, eu acho que esse planejamento ele podia ser mais claro, ele podia ser exposto para todos nós, porque esse serviço ofertou x, y, z vagas; muitas vezes, o centro de estudo eles

também não se aproximam nessa discussão. Eu acho que as coisas estão fragmentadas, não existe um processo colaborativo, a gente recebe, pronto, e a gente precisa aceitar. (CEpv 1).

Segundo Cavalcante et al.³⁷, o planejamento deveria acompanhar, apoiar as práticas, identificar demandas, criar estratégias, realizar e incentivar novas ações de desenvolvimento na rede de serviços de saúde em associação com os programas de ensino. Necessário se faz, contudo, que haja uma convergência de intencionalidades entre esses diversos atores para que o esforço do planejamento alcance seus objetivos. Entretanto, os entrevistados apontam para uma clara restrição do espaço de discussão, sobretudo, limitado ao quantitativo de vagas disponíveis para estágios nos serviços.

O estado pede os setores que a gente pode receber e a quantidade que o setor é capaz de absorver de cada área, quantos estudantes podemos receber e preceptorar. Essa informação a gente compila e encaminha para a Secretaria de Saúde. Não existe uma mesa para negociar quem vai receber, em qual área. As vagas são todas disponibilizadas pela SES, a SES faz essa conversa com instituições e manda para gente já as vagas determinadas. (CS 3).

[...] confesso a vocês que muitas vezes é melhor não falar nada, vai que a gente fala, e aí tira uma vaga nossa ... acho que a gente poderia ter um processo muito mais ativo, participativo, organizado e com critérios. (CEpv 2).

Nessas condições, as ações dirigidas ao planejamento ficariam reduzidas à distribuição de vagas, quando deveriam estar orientadas, prioritariamente, para os objetivos do ensino-aprendizagem e para as necessidades da assistência, sob o enfoque da avaliação pedagógica contínua dos campos de estágio. Inclusive, revisitando as DCN do curso de graduação em medicina (2014), encontra-se que o planejamento deve fazer parte do próprio processo de formação, nele incluído o desenvolvimento de competências e a autonomia do estudante.

Desse modo, limitar o planejamento integrado à distribuição de vagas termina por retirar qualidade da integração ensino-serviço, reduzindo-a ao mero compromisso das formalidades instituídas, o que compromete tanto a atenção à saúde quanto a formação profissional.

Uma decisão política estratégica para o fortalecimento da integração ensino-serviço foi a criação do Coapes. Pela Portaria nº 1.127/2015, ficaram estabelecidas as diretrizes voltadas

à celebração dos compromissos das instituições de ensino, programas de residência em saúde e gestões municipais e estaduais de saúde para o desenvolvimento das atividades de ensino-aprendizagem e formação no âmbito do SUS¹²⁽¹⁾.

Entretanto, chama a atenção o desconhecimento de alguns dos entrevistados a respeito desse instrumento contratual, quando enunciam que ele deve ser realizado entre as prefeituras e os serviços.

Mas a discussão do Coapes é só com Prefeituras, que eu lembre, está certo? Prefeitura de Recife, de Jaboatão, não sei se foi São Lourenço ou foi Camaragibe, não lembro mais, mas de certeza a de Recife, sim. Mas Coapes para Secretaria Estadual eu não participei. (CEpv 1).

Até o presente momento, não há registro de celebração de Coapes envolvendo a SES/PE ou a Secretaria Municipal de Saúde do Recife. “Aqui no Estado, a gente fez uma discussão é época que saiu o Coapes” (CES). A importância do Coapes para as instituições de ensino deve-se ao fato de que ele assegura a inserção dos estudantes no SUS por meio de uma pactuação transparente e com mais estabilidade, por se constituir em um dispositivo importante para a implementação das DCN, além de ser considerado um indicador de avaliação das instituições de ensino e dos cursos de saúde no Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes)²³. Por todas essas razões, é,

no mínimo, estranha a inexistência de qualquer movimento institucional em direção à construção de um Coapes local (estadual).

Essa parece ser uma situação que predomina em quase todo o País, levando em conta que numa Oficina de Experiências sobre os Coapes, realizada pela SGTES/MS, em 2017, apenas dezenove dessas Experiências estiveram presentes. Aliás, como se encontra registrado no texto da PNEPS, não tem sido simples o processo de construção dos Coapes, porquanto a efetivação do diálogo interinstitucional se faz acompanhar de obstáculos de distintas naturezas (jurídicas, administrativas, sociais, de concepções, de ideologias e de práticas diversas), não estando isenta de disputas e conflitos²³.

Considerando que, entre 2011 e 2020, no Brasil, foram abertas 21.132 vagas novas de graduação em medicina e que 84% dessas vagas foram disponibilizadas por instituições privadas¹⁶, a não priorização da inserção das IES públicas nos cenários de práticas, conforme os preceitos do SUS¹⁹, e tal como prescrita pelo Coapes, deve ser interpretada no contexto das disputas e dos conflitos presentes no diálogo interinstitucional.

Nesse sentido, apesar de o Coapes ser um instrumento orientador para a formação de um espaço integrado ensino-serviço, ele não considera esse notável crescimento dos cursos de medicina, em particular, no setor privado, ao omitir não apenas as dificuldades já existentes relativas à escassez de vagas para os campos de estágios como, também, aquelas que necessariamente estariam por vir em decorrência da expansão.

A propósito, em municípios que celebraram o Coapes, como São João del-Rei (MG) e um outro de médio porte do noroeste paranaense, os gestores de instituições de ensino e dos serviços identificaram a necessidade de novos ajustes e contratualizações devido ao crescimento do número de cursos no ensino superior de saúde^{38,39}.

Em um contexto no qual os impedimentos para a efetivação do Coapes têm predominado,

o estado de Pernambuco criou o FormaSUS²⁹. Tanto que a representante da SES/PE, ao ser indagada sobre a existência ou não do Coapes, mencionou: “A gente já tem uma Lei estadual, que é a Lei do Programa de Formação do Sistema Público de Saúde – FormaSUS – Lei Nº 15.065/2013”.

O texto legal do FormaSUS se restringe à definição de contrapartidas para o setor privado do ensino superior na área da saúde pelo uso dos serviços públicos como campo de estágio. A liberação de vagas para estágios na rede estadual está subordinada à oferta de bolsas integrais pelas IES privadas, bolsas essas que deverão corresponder a 10% (dez por cento) das vagas disponibilizadas pela Secretaria de Saúde no primeiro ano de adesão ao convênio e a 7,5% (sete e meio por cento) para os quatro anos subsequentes²⁹.

Já para as IES públicas, o FormaSUS menciona a garantia de vagas de campo de estágio sem deixar claro tanto o quantitativo como a forma de distribuição²⁹. Contudo, mesmo com a existência desse instrumento supostamente ‘garantidor de vagas para o setor público’ (art. 4º), um coordenador de curso de uma IES pública menciona a dificuldade para inserção dos alunos.

Quando a Secretaria começou a fazer esse mapeamento, colocou o Hospital Maria Lucinda também. Hoje em dia, por exemplo, eu nem consigo mais mandar aluno para lá, porque esse hospital começou também a ter um convênio com uma instituição particular, e aí a prioridade passou a ser eles. (Cep 3).

Portanto, o FormaSUS, ao não enfrentar a insuficiência da rede de serviços frente à demanda dos cursos públicos e, sobretudo, dos privados, não tem correspondido às proposições contidas no Coapes. Nesse sentido, não se pode afirmar que ele seja um instrumento adequado para a integração ensino-serviço no estado de Pernambuco.

Todavia, as contrapartidas, definidas tanto no FormaSUS quanto no Coapes, são

entendidas pelo setor privado enquanto diretrizes que terminam por onerar esse setor. No caso do FormaSUS, pela obrigação com a oferta de bolsas; com relação ao Coapes, pelo encargo de investir na melhoria dos serviços, mediante o financiamento de reformas na estrutura física dos serviços, na aquisição de equipamentos etc.

A gente está numa instituição privada, normalmente já tem um custo alto para inserir o aluno no serviço; como a instituição consegue também fazer essas contrapartidas? É complexo, nosso custo é elevadíssimo. Os profissionais eles têm um custo elevado, e a gente precisa financeiramente estar saudável para se manter e ofertar o serviço de qualidade. Então, é complicado a instituição privada fazer essas duas frentes, tanto uma contrapartida quanto a implementação de alguma coisa lá. (CEpv 1).

Não se trataria, contudo, de contrapor o Coapes à Lei do FormaSUS. Enquanto a Lei tem como objetivo exclusivo a definição das contrapartidas, o alcance do Coapes vai além, ao fundamentar os processos participativos para formação e desenvolvimento profissional de acordo com os princípios e as diretrizes do SUS.

Por outro lado, na perspectiva do setor público, o Coapes pode favorecer o setor privado ao facultar às respectivas IES a realização de investimentos na aquisição de equipamentos, material permanente e outros bens para o beneficiamento dos serviços públicos de saúde¹⁹.

Quando começou a ficar muito embate, muitas universidades privadas na reunião geravam meio que um mal-estar, daqueles assim: por que não conseguimos a vaga nesse serviço? E eles têm o poder de convencimento maior. Eles podem dar uma contrapartida em materiais, em melhorias do serviço, e nós não temos isso. (CEp 4).

Aliás, a Portaria Normativa nº 16²⁷, que antecede a criação do Coapes e está dirigida exclusivamente aos cursos privados de medicina, em

seu art 3º, estabelece as contrapartidas a serem oferecidas ao SUS por essas instituições na negociação do número de vagas por estágios.

No processo de disputa por vagas entre as IES, decorrente de insuficiências e/ou dificuldades outras da rede de serviços do SUS, resulta que o setor privado, ao ter facultado pela legislação a possibilidade de utilizar recursos materiais no processo de negociação com os gestores locais, termina por acumular vantagens frente ao setor público. Não seria demais sugerir o risco de esse processo vir a se configurar enquanto um 'balcão de negócios'.

Portanto, se, de um lado, o surgimento quase concomitante desses instrumentos legais pode aventar a intencionalidade do setor público de ordenar a presença crescente do setor privado no ensino médico, por outro, a estratégia desses arranjos de negociação também pode ser interpretada enquanto intenções facilitadoras, mas nem sempre explicitadas, para a expansão do setor privado. Por último, não se deve descartar o interesse da gestão pelas contrapartidas providas pelo setor privado, em cenário permanente de desfinanciamento do SUS.

Por todas essas razões, faz todo sentido a fala de um dos coordenadores de curso do setor público, quando expressa claramente seu entendimento de que as IES privadas dispõem de um poder de convencimento muito maior. E avalia, enquanto proposta para o enfrentamento do problema, a criação de projetos de lei que pudessem orientar o poder público nesse movimento de distribuição de vagas de estágio, sobretudo para as IES públicas.

Por isso que eu penso que a gente deveria ter a priorização das vagas do estado para as escolas públicas, porque é pago pelo povo. A gente precisa levar um projeto de lei para a assembleia para aprovar a prioridade das vagas do público, no público. Aí resolve! (Cep 3).

Os resultados dessa investigação não autorizam afirmar que se encontre em curso no estado de Pernambuco uma experiência

concreta de integração ensino-serviço, seja pelos depoimentos dos entrevistados ou por quanto eles possibilitaram constatar o não cumprimento da legislação em vigor, apesar de algumas contradições que lhe são implícitas.

Considerações finais

No período recente (2005-2018), a expansão do ensino médico no Brasil é relevante, pelo aumento expressivo no número de instituições privadas, as quais passam a sobrepujar as públicas, e consolida-se um processo expansionista que tem assumido características de intensiva privatização.

Nesse sentido, o que se constatou estar ocorrendo no estado de Pernambuco, ao mesmo tempo que se coaduna com o panorama nacional, traz à cena um conjunto de preocupações para educadores das instituições públicas e privadas locais, bem como para os gestores do SUS.

Ainda que estejam disponíveis instrumentos legais voltados à regulação da abertura de cursos, não há evidências de que as diretrizes concernentes a esses instrumentos se constituam enquanto fundamento da integração ensino-serviço.

Além das dificuldades atuais para se assegurar uma efetiva regulação do setor educacional privado, tendo em vista seu redirecionamento para as finalidades do SUS, mantida a atual tendência de crescimento, pode-se prever a intensificação do processo de privatização do ensino médico fazendo-se acompanhar de intensa disputa pelos campos de estágio.

Simultaneamente, ajunta-se a esse contexto o destacado crescimento e a progressiva complexidade organizacional alcançados pelos setores privados da saúde e da educação, nas duas últimas décadas em todo o País, os quais pleiteiam sem reservas ocupar espaço na agenda de formulação dessas políticas setoriais. Considerando serem inconciliáveis os interesses públicos e privados, quando está em jogo um projeto intensivo de acumulação capitalista, pode-se antever um cenário

de aprofundamento dos conflitos e disputas hoje presentes no processo da integração ensino-serviço.

Colaboradoras

Morais HMM (0000-0001-8244-6601)*, Albuquerque MSV (0000-0002-1520-700X)*

e Oliveira RS (0000-0002-6189-1543)* contribuíram igualmente para a elaboração inicial do projeto, do desenho da pesquisa, revisão bibliográfica, análise e redação crítica, revisão final. Sá RGR (0000-0001-7183-7949)* contribuiu para a participação do desenho da pesquisa, coleta e análise dos dados, revisão bibliográfica, padronização de normas e revisão final. ■

Referências

1. Sguissardi V. Regulação estatal e desafios da expansão mercantil da educação superior. *Educ. Soc.* 2013 [acesso em 2022 jul 5]; 34(124):943-60. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0101-73302013000300015>.
2. Brasil. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. 1996. *Diário Oficial da União*. 20 Dez 1996.
3. Brasil. Decreto nº 2.306, de 19 de agosto de 1997. Regulamenta, para o Sistema Federal de Ensino, as disposições contidas no art. 10 da Medida Provisória nº 1.477-39, de 8 de agosto de 1997, e nos arts. 16, 19, 20, 45, 46 e § 1º, 52, parágrafo único, 54 e 88 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 20 Ago 1997.
4. Saviani D. A expansão do ensino superior no Brasil: mudanças e continuidades. *Poiesis Pedagógica*. 2011 [acesso em 2022 jul 5]; 8(2):4-17. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/mod/resource/view.php?id=1663074>.
5. Brasil. Decreto nº 6.096. Institui o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais – REUNI. *Diário Oficial da União*. 24 Abr 2007.
6. Chaves VL. Política de financiamento e a expansão da educação superior no Brasil: o público e o privado em questão. *ETD – Educ. temat. Digit.* 2015 [acesso em 2022 jul 5]; 17(2):427. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/etd/article/view/8635212>.
7. Paula MD. Políticas de democratização da educação superior brasileira: limites e desafios para a próxima década. *Avaliação (Campinas)*. 2017 [acesso em 2022 jul 5]; 22(2):301-15. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-40772017000200002>.
8. Salata A. Ensino Superior no Brasil das últimas décadas: redução nas desigualdades de acesso? *Tempo Social*. 2018 [acesso em 2022 jul 5]; 30(2):219-53. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/0103-2070.ts.2018.125482>.
9. Chaves VL, Amaral NC. Política de expansão da educação superior no Brasil – o Prouni e o Fies como financiadores do setor privado. *Educ. rev.* 2016 [acesso em 2022 jul 6]; 32(4):49-72. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-4698162030>.
10. Chaves VL, Santos MR, Kato FB. Financiamento público para o ensino superior privado-mercantil e a financeirização. *J Polit. Educ.* 2020 [acesso em 2022 jul

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- 6]; 14(8):1-20. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/jpe.v14i0.70063>.
11. Brasil. Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. Diário Oficial da União. 8 Jul 2013. [acesso em 2023 abr 19]. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=MPV&numero=621&ano=2013&ato=882kXR61ENVpWTcf7>.
 12. Brasil. Ministério da Educação; Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.127, de 04 de agosto de 2015. Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, DF: MEC; MS, 2015.
 13. Poz MR, Couto MH, Franco TD. Innovation, development, and financing of institutions of Higher Education in health. *Cad. Saúde Pública* 2016 [acesso em 2022 jul 6]; 32(supl2). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00139915>.
 14. Haddad AE, Morita MC, Pierantoni CR, et al. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. *Rev. Saúde Pública*. 2010 [acesso em 2022 jul 6]; 44(3):383-93. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0034-89102010005000015>.
 15. Oliveira BL, Lima SF, Pereira MU, et al. Evolução, distribuição e expansão dos cursos de medicina no Brasil (1808-2018). *Trab. educ. Saúde*. 2019 [acesso em 2022 jul 6]; 17(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00183>.
 16. Scheffer M, Cassenote A, Guerra A, et al. *Demografia Médica no Brasil, 2020*. São Paulo: FMUSP; CFM; 2020. 312 p.
 17. Brasil. Lei nº 8.080, 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.
 18. Ceccim RB, Feuerwerker LC. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis* (Rio J.). 2004 [acesso em 2022 jul 7]; 14(1):41-65. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312004000100004>.
 19. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa Mais Médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília, DF: MS; 2015. [acesso em 2023 abr 19]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_mais_medicos_dois_anos.pdf.
 20. Meireles MA, Fernandes CD, Silva LS. Novas diretrizes curriculares nacionais e a formação médica: expectativas dos discentes do primeiro ano do curso de medicina de uma instituição de ensino superior. *Rev. bras. educ. Med*. 2019 [acesso em 2022 jul 7]; 43(2):67-78. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n2rb20180178>.
 21. Ellery AE, Bosi ML, Lioioli FA. Integração ensino, pesquisa e serviços em saúde: antecedentes, estratégias e iniciativas. *Saúde Soc*. 2013 [acesso em 2022 jul 7]; 22(1):187-96. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902013000100017>.
 22. Dias HS, Lima LD, Teixeira M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. *Ciênc. saúde coletiva*. 2013 [acesso em 2022 jul 8]; 18(6):1613-24. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1413-81232013000600013>.
 23. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? 1. ed. rev. Brasília, DF: MS; 2018.
 24. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 350, de 09 de junho de 2005. Aprova critérios de regulação para a autorização e reconhecimento de cursos de graduação da área da saúde. Diário oficial da união. 9 Jul 2005.

25. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
26. Brasil. Ministério da Educação, Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Dados obtidos através do Acesso à Informação. Brasília, DF: MEC; 2021.
27. Brasil. Ministério da Educação, Gabinete do Ministro. Portaria Normativa nº 16, de 25 de agosto de 2014. Estabelece os parâmetros para a contrapartida a ser oferecida ao Sistema Único de Saúde – SUS para implantação e funcionamento de cursos de graduação em Medicina, por instituição de educação superior privada. Diário Oficial da União. 16 Ago 2014.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União. 13 Fev 2004.
29. Pernambuco. Lei nº 15.065, de 4 de setembro de 2013. Institui o Programa de Formação do Sistema Único de Saúde – FORMASUS. Diário Oficial do Estado de Pernambuco. 4 Set 2013.
30. Kvale S. Interviews: An introduction to qualitative research. 1. ed. Thousand Oaks, UK: Sage; 1996.
31. Fávero M, Sguissardi V. Quantidade/qualidade e educação superior. Rev. edu. Quest. 2012 [acesso em 2022 de jul 8]; 42(28). Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/educacaoemquestao/article/view/4053>.
32. Machado H. Os médicos e sua prática profissional: as metamorfoses de uma profissão. [tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa do Rio de Janeiro; 1996. 215 p.
33. Minella LS. Medicina e feminização em universidades brasileiras: o gênero nas interseções. Rev. Estud. Fem. 2017 [acesso em 2022 jul 9]; 25(3):1111-28. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9584.2017v25n3p1111>.
34. Scheffer MC, coordenador. Demografia médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades. São Paulo: FMUSP; CFM; 2011. 117 p.
35. Scheffer M, coordenador. Demografia Médica no Brasil 2018. São Paulo: FMUSP; CFM; Cremesp; 2018. 286 p.
36. Pizzinato A, Gustavo AD, Santos BR, et al. A integração ensino-serviço como estratégia na formação profissional para o SUS. Rev. bras. educ. med. 2012 [acesso em 2022 jul 9]; 36(1supl2):170-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0100-55022012000300025>.
37. Cavalcante LM, Almeida TC, Martins ELR, et al. Formação de profissionais para o SUS: contexto em Pernambuco. In: Pernambuco. Governo do Estado. Secretaria de Saúde. Experiências em educação permanente em saúde no estado de Pernambuco: formação que se constrói em rede/Pernambuco. Recife: Secretaria de Saúde; 2019. p. 35-54.
38. Castro L, Moreto F, Pereira T. Política, planejamento e gestão em saúde. Ponta Grossa: Atena; 2020.
39. Aquiles GJ, Baldissera VDA, Tome L, et al. Trabalho interprofissional em saúde na construção do COA-PES – relato de experiência de educação permanente de trabalhadores gestores. J Manag Prim Health Care. 2018 [acesso em 2022 jul 9]; 8(3):83-4. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/679>.

Recebido em 11/10/2022

Aprovado em 10/03/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento

Científico e Tecnológico (CNPq). Edital MCTIC/CNPq N°

28/2018. Processo N° 422177/2018-0

Morbidade hospitalar e mortalidade por Doença de Parkinson no Brasil de 2008 a 2020

Hospitalization and mortality from Parkinson's Disease in Brazil from 2008 to 2020

Paula Renata Olegini Vasconcellos¹, Maria Lucia Frizon Rizzotto¹, Marcelo Taglietti¹

DOI: 10.1590/0103-1104202313714

RESUMO A Doença de Parkinson é irreversível e afeta o sistema nervoso central. Como a doença acomete principalmente idosos, é fundamental a atenção e estratégias para prevenção e cuidados para as pessoas vulneráveis à doença, através da exposição de dados que demonstrem a situação. O objetivo foi analisar a morbimortalidade da doença e a distribuição por estados e regiões do Brasil de 2008 a 2020. Trata-se de estudo epidemiológico, retrospectivo, utilizando-se o banco de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Encontrou-se uma média de internações de 875±166 por ano, com queda em 2020. A faixa etária mais acometida foi entre 60 e 79 anos, em homens, mas observou-se aumento dos casos em pessoas mais jovens. A mortalidade encontrada foi de 3333±759 ao ano, com crescimento da curva ao longo do tempo estatisticamente significativa e maiores taxas no Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro. Pode-se concluir que tanto as taxas de internamento quanto de mortalidade tiveram predomínio nos idosos e no sexo masculino, sendo a região Sul com maior taxa de mortalidade.

PALAVRAS-CHAVE Doença de Parkinson. Hospitalização. Mortalidade. Indicadores de morbimortalidade. Brasil.

ABSTRACT Parkinson's Disease is irreversible and affects the central nervous system. As the disease mainly affects the elderly, attention and strategies for prevention and care for people who have the disease are essential, making it possible through the exposure of data that demonstrate the situation. The objective was to analyze the morbidity and mortality of the disease and the distribution by states and regions of Brazil from 2008 to 2020. This is an epidemiological, retrospective study, using the database of the Department of Informatics of the Unified Health System. An average of 875±166 hospitalizations per year was found, with a decrease in 2020. The most affected age group was between 60 and 79 years old, in men, but there was an increase in cases in younger people. Mortality found was 3333±759 per year, with statistically significant growth of the curve over time and higher rates in Rio Grande do Sul and Rio de Janeiro. It can be concluded that both the hospitalization rate and the mortality rate were predominant in the elderly and in males, with the South region having the highest mortality rate.

KEYWORDS Parkinson Disease. Hospitalization. Mortality. Indicators of morbidity and mortality. Brazil.

¹ Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) - Cascavel (PR), Brasil.
paula.vasconcellos@hotmail.com

Introdução

A Doença de Parkinson (DP) é progressiva e irreversível, afeta o sistema nervoso central, sendo uma das doenças neurológicas que mais acomete indivíduos no mundo, atingindo entre 1 e 3% na população mundial com mais de 60 anos¹. Foi descoberta em 1817, pelo médico James Parkinson que identificou tremores em seus pacientes. Alguns anos depois a fisiopatologia da doença foi aprofundada e trouxe à tona os sinais clássicos desta como: bradicinesia, tremor de repouso, rigidez e instabilidade postural².

Atualmente sabe-se que os indivíduos com a doença apresentam degeneração na substância negra, com diminuição da produção de dopamina³. Ela tem origem multifatorial, combinando fatores genéticos e ambientais, cujo diagnóstico ocorre por meio da identificação dos sintomas clínicos e exclusão de outras doenças neurológicas².

A DP foi considerada uma doença rara, contudo, nos últimos anos, tem aumentado o número de indivíduos acometidos. As taxas de prevalência da DP cresceram em todo mundo, com projeção, para 2040, de mais de 12 milhões de indivíduos com DP no planeta⁴. No Brasil, a notificação da doença não é obrigatória; estima-se que existam 220.000 indivíduos com DP⁵.

Como a DP acomete geralmente adultos mais velhos, acima de 60 anos, e considerando o processo de envelhecimento populacional, é necessário maior atenção e busca de estratégias de prevenção e cuidado para as pessoas potencialmente vulneráveis à doença^{3,6}. A falta da notificação compulsória no Brasil impede um levantamento assertivo das ocorrências, mas acredita-se que haja de 100 a 200 casos da doença por 100 mil habitantes. Importante ressaltar também que o custo com a doença influencia diretamente no sistema de saúde e, com poucas informações sobre a temática, há dificuldade de estimar as despesas futuras com a mesma^{5,7}. Assim, definiu-se como objetivo deste trabalho analisar a morbimortalidade por DP no Brasil e a distribuição por estados e regiões de 2008 a 2020.

Material e métodos

Trata-se de um estudo epidemiológico, retrospectivo, de série temporal, utilizando-se como fonte o banco de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DataSUS). Definiu-se o período de 2008 a 2020 pela disponibilidade para extração dos dados de internação no referido sistema⁸. Para o desfecho de mortalidade, os dados foram obtidos no Departamento de Análise em Saúde e Vigilância das Doenças não Transmissíveis – Painel de Monitoramento da Mortalidade CID-10⁹. A pesquisa não precisou ser submetida ao Comitê de Ética, já que utilizou um banco de dados de domínio público.

Os indivíduos com DP foram identificados considerando as variáveis sexo, idade no ano da internação ou do óbito. Dentre as informações disponíveis no site, foram inseridos os seguintes filtros para a busca de internações hospitalares: informações de saúde; epidemiológicas e morbidade; morbidade hospitalar do Sistema Único de Saúde – SUS (Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS); geral por local de internação a partir de 2008; abrangência geográfica Brasil por município; lista morbidade CID-10 (Doença de Parkinson); faixa etária (30 a 80 anos); sexo (feminino- masculino). Para busca de óbitos foram utilizados os seguintes filtros: ano de referência; local de registro (óbito por ocorrência); abrangência (unidade de federação); indicador (G20 Doença de Parkinson); grupo etário (30 a 80 anos); sexo (feminino-masculino).

Para a análise estatística os dados numéricos foram testados quanto a distribuição de normalidade pelo teste de Kolmogorov-Smirnov, sendo apresentados em média e desvio padrão. As variáveis qualitativas foram organizadas em frequências absolutas e porcentagem. Para avaliar as frequências das variáveis qualitativas como gênero, idade e local de residência, foi utilizado o teste de qui-quadrado. A taxa de internação

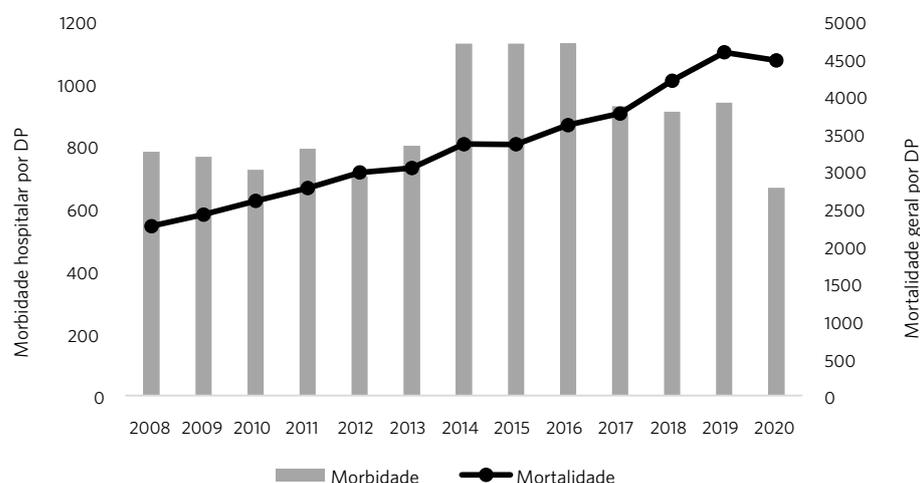
hospitalar e mortalidade por região foi calculada de acordo com o Censo Demográfico de 2010¹⁰ ('número de internações' ou 'óbito' dividido por 'número de habitantes', multiplicado por 100 mil).

Foram calculadas as medidas de associação entre a morbidade hospitalar e a mortalidade da doença ao longo do tempo por meio da correlação de Pearson (r). As análises estatísticas foram realizadas no programa SPSS[®] versão 22.0 e o nível de significância aplicado de 5% ($P < 0,05$).

Resultados

Entre os anos de 2008 e 2020, 11.369 pessoas foram internadas com DP no Brasil, com uma média de 875 ± 166 internações por ano, com mais de 1.000 internamentos entre 2014 e 2016 ($p = 0,000$), e queda no ano de 2020. A mortalidade por DP durante o período estudado totalizou 43.334 óbitos no Brasil, com média de 3.333 ± 759 óbitos ao ano, evidenciando um crescimento da curva de casos com o passar dos anos estatisticamente significativa ($p = 0,000$) (gráfico 1).

Gráfico 1. Morbidade hospitalar e mortalidade geral por DP entre 2008 e 2020 Brasil



Fonte: DataSUS[®].

A idade das pessoas internadas com DP foi predominante na faixa de 60 a 79 anos ($n = 6.166$; 54,24%), embora tenha se observado um número significativo de internações de pessoas com menos de 60 anos ($n = 3.123$; 27,47%; $p = 0,000$). Do total de internações com DP no período estudado, 4.916 pacientes (43,24%) eram do sexo feminino e 6.453 pacientes (56,76%) do sexo masculino, com diferença estatística significativa entre as frequências ($p = 0,000$). Apenas

na faixa superior a 80 anos a maioria das internações foi do sexo feminino ($n = 1.128$; 22,94%). A soma dos óbitos se concentrou em pessoas com idade superior a 60 anos em ambos os sexos ($n = 42.311$; 97,64%; $p = 0,000$), com destaque para a idade acima de 80 anos ($n = 24.933$; 57,54%). Em todas as faixas etárias predominou o sexo masculino ($n = 23.790$; 54,90%), com exceção para 80 anos ou mais em que o sexo feminino foi superior ($n = 12.618$; 64,56%) (tabela 1).

Tabela 1. Morbidade hospitalar e mortalidade por DP, segundo faixa etária e sexo de 2008-2020, Brasil

Faixa etária	Morbidade hospitalar				Mortalidade			
	feminino		masculino		feminino		masculino	
	n	%	n	%	n	%	n	%
30-39	102	2,07	161	2,50	1	0,01	10	0,04
40-49	350	7,12	485	7,52	52	0,27	92	0,39
50-59	697	14,18	1.328	20,58	309	1,58	559	2,35
60-69	1.158	23,56	1.778	27,55	1.363	6,97	2.541	10,68
70-79	1.481	30,13	1.749	27,10	5.201	26,61	8.273	34,78
80 ou mais	1.128	22,94	952	14,75	12.618	64,56	12.315	51,76
Total	4.916	100,00	6.453	100,00	19.544	100,00	23.790	100,00

Fonte: DataSUS^{8,9}.

A avaliação da morbidade hospitalar por estados brasileiros e Distrito Federal, evidenciou três estados com maiores taxas de internamento entre 2008 e 2020: Rio Grande do Sul (14,20/100mil), Santa Catarina (11,73/100mil) e Distrito Federal (10,00/100mil). No que se

refere a mortalidade por estado e Distrito Federal, observa-se que o estado do Rio Grande do Sul também teve a maior taxa de mortalidade (39,87/100mil), seguido pelo Rio de Janeiro (32,61/100mil) e Espírito Santo (31,15/100mil) (tabela 2).

Tabela 2. Morbidade hospitalar e mortalidade por DP por estado e Distrito Federal, entre 2008-2020, Brasil

Estado	morbidade (n)	Taxa de Internação/100 mil habitantes	mortalidade (n)	Taxa de mortalidade por 100 mil habitantes
RS	1.519	14,20	4.264	39,87
RJ	825	5,16	5.214	32,61
ES	87	2,48	1.095	31,15
SC	733	11,73	1.683	26,93
SP	2.957	7,17	10.948	26,53
PR	880	8,43	2.698	25,83
MG	1.220	6,23	5.039	25,71
DF	257	10,00	660	25,68
MS	57	2,33	527	21,52
CE	726	8,59	1.744	20,63
GO	233	3,88	1.174	19,55
RN	53	1,67	612	19,32
SE	19	0,92	395	19,10
PB	32	0,85	690	18,32
PE	407	4,63	1.542	17,53
PI	70	2,24	516	16,55
MT	101	3,33	436	14,37
TO	50	3,61	179	12,94
BA	501	3,57	1.778	12,68

Tabela 2. Morbidade hospitalar e mortalidade por DP por estado e Distrito Federal, entre 2008-2020, Brasil

Estado	morbidade (n)	Taxa de Internação/100 mil habitantes	mortalidade (n)	Taxa de mortalidade por 100 mil habitantes
RO	152	9,73	191	12,22
AL	9	0,29	324	10,38
PA	61	0,80	652	8,60
MA	298	4,53	564	8,58
AC	28	3,82	59	8,04
AM	79	2,27	269	7,72
RR	10	2,22	34	7,55
AP	5	0,75	47	7,02

Fonte: DataSUS^{8,9}.

Quando os estados foram agrupados de acordo com as regiões do País, observa-se maiores taxas de internação e mortalidade nas regiões Sul (11,44/100mil e 31,57/100mil)

e Sudeste (6,33/100mil e 27,74/100mil). Os menores valores se encontram na região Norte com taxa de internação de 2,43/100mil e mortalidade de 9,02/100mil habitantes (*tabela 3*).

Tabela 3. Morbidade hospitalar e mortalidade por DP, segundo regiões, entre 2008 e 2020, Brasil

Região	Habitantes (n)	Internação hospitalar 2008-2020 (n)	Taxa de Internação/100 mil hab.	Mortalidade 2008-2020 (n)	Taxa de mortalidade por 100 mil hab.
Sul	27.386.891	3.132	11,44	8.645	31,57
Sudeste	80.364.410	5.089	6,33	22.296	27,74
Centro-Oeste	14.058.094	648	4,61	2.797	19,9
Nordeste	53.081.950	2.115	3,98	8.165	15,38
Norte	15.864.454	385	2,43	1.431	9,02

Fonte: DataSUS^{8,9}; IBGE¹⁰.

Discussão

Neste estudo, observou-se uma média de internações no período estudado de 875±166 por ano, com queda do número em 2020, provavelmente devido à pandemia de Covid-19, cujo atendimento hospitalar se concentrou nos casos da doença, gerando uma diminuição do número de internações hospitalares por outras enfermidades. As internações no SUS tiveram uma queda de 14% em todas as regiões brasileiras no período da pandemia, mas ainda são escassas, na literatura, informações deste

impacto sobre a assistência médica no Brasil, sobretudo nos portadores de doenças crônicas¹¹. Almeida et al.¹² afirmam que ocorreu uma redução acentuada no número de consultas ambulatoriais e internações hospitalares em diversas áreas médicas, suscitando uma preocupação do quadro clínico dos pacientes portadores de doenças crônicas que não fizeram acompanhamento durante o período.

A pirâmide etária no Brasil acompanha o comportamento observado no restante do mundo, com alterações no perfil populacional, pelo aumento da expectativa de vida, com

repercussão no número de pessoas com DP³. A prevalência da DP com o aumento da idade, acarreta maior gravidade dos sintomas e maior risco de mortalidade pela doença². No presente estudo observou-se uma forte associação entre o aumento das internações e a mortalidade por DP, isso pode ter relação com o processo de envelhecimento que ocorre no País.

Houve uma diferença significativa dos números de internamentos (11.369) e mortalidade (43.334), que pode ser justificada pela doença não ser de notificação compulsória no Brasil e muitas vezes não ser o motivo principal da internação, como também o número de internamentos caracterizar apenas atendimentos pelo SUS, com registro no SIH/SUS, e a mortalidade representar a totalidade nacional. Macleod et al.¹³ relatam em uma metanálise que idosos mais frágeis ou com comorbidades muitas vezes não são encaminhados a especialistas por suspeita de DP. Os idosos podem apresentar os primeiros sintomas e não relatam aos familiares ou procuram atendimento, por associar um sintoma leve ao processo natural do envelhecimento. Considera-se também a dificuldade de um diagnóstico mais preciso em idosos, diferente do que ocorre em pessoas mais jovens, que procuram os serviços quando apresentam os primeiros sintomas.

Já em relação aos óbitos, Benito-Leon¹⁴ afirma que os óbitos por DP, em todo o mundo, podem ser subnotificados, haja visto a baixa confiança nos diagnósticos do que levou a óbito e a doença aparecer esporadicamente como causa básica nas declarações de óbito.

A DP pode ser classificada como a idiopatia mais comum no mundo. O início dos sintomas acontece após os 60 anos de idade e o seu desenvolvimento está relacionado a fatores ambientais. Há também um subgrupo de DP de início jovem, com ligação de mutações genéticas, que ocorre entre 21 e 40 anos, podendo variar até os 50 anos. Cabe ressaltar que no presente estudo, 9,66% dos internamentos possuíam entre 30 e 50 anos. Nos casos de DP com início precoce, deve-se levar em consideração

que se trata de um grupo de pessoas em fase produtiva, que demandam cuidados específicos da equipe multidisciplinar^{15,16}.

Em relação a faixa etária e sexo dos indivíduos internados, observa-se semelhança com a revisão sistemática realizada por Hirsch e colaboradores⁶, que encontraram predomínio de pessoas entre 60 e 79 anos, maior presença de homens, com exceção da faixa etária de maiores de 80 anos, na qual havia mais casos em mulheres. Isso corrobora com estudo do genoma de indivíduos de países da América Latina – entre eles Uruguai, Brasil, Colômbia, Peru e Chile – realizado pelo Latin American Research Consortium on the Genetics of Parkinson's Disease (Large-PD), que relatou que os casos de DP eram 53% do sexo masculino e tinham idade média de 61,7 anos e idade média de início de 54,1 anos¹⁷. O predomínio nos homens pode ser explicado devido a fatores laborais considerados como fatores de risco para a doença, além das mulheres terem um fator neuroprotetor, o hormônio estrogênio, que reduz o risco de desenvolver DP. A influência no desenvolvimento da doença pode estar ligada a fatores demográficos, como idade, sexo, etnia, condições de vida, como também fatores ambientais: exposição ocupacional ou residencial a agrotóxicos e metais pesados, sendo capaz de repercutir na contagem crescente de casos no decorrer dos anos².

O fato das mulheres com DP serem maioria entre as pessoas com mais de 80 anos pode ser explicado por elas viverem mais que os homens. O Brasil está passando por uma transição demográfica, com aumento da expectativa de vida e mais pessoas chegando à velhice⁵. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a expectativa de vida ao nascer, em 2019, era de 80 anos para mulheres e de 73 anos para homens¹⁸. O aumento da expectativa de vida tem relação com o desenvolvimento social e econômico do País, com avanços na tecnologia e cuidados em saúde, melhorias de saneamento básico, educação e nutrição, sendo relevante a diminuição do número de doenças infecciosas⁵.

Alguns fatores como aumento da idade e a presença de demência em pacientes com DP estão associados ao aumento da mortalidade¹⁹. A DP aumenta em 1,5 vezes o risco de mortalidade e os primeiros sintomas com idade mais tardia acarretam a diminuição da sobrevivência, com uma média de 11 anos até a morte do indivíduo^{19,20}. A expectativa de vida de indivíduos com diagnóstico de DP é menor do que em relação a idosos sem a doença²¹.

É importante analisar as taxas de internação em indivíduos com DP, principalmente se os pacientes já passaram por hospitalizações anteriores, acarretando uma deterioração e aumento dos sintomas durante a internação, que na maioria dos casos não regride e aumenta o risco de mortalidade, já que o paciente tem uma progressão da doença após a internação, não retornando ao seu estágio de saúde anterior²². Os fatores de risco para hospitalização como infecções, quedas da própria altura e fraturas, carecem de medidas preventivas, ponderando que o manejo da DP é complexo, através da rotina de consultas médicas, havendo necessidade de atendimentos multidisciplinares afim de prevenir complicações motoras e não motoras²²⁻²⁴.

A região Sul teve a maior taxa de mortalidade por DP, 31,57/100mil habitantes. Esta região, que tinha uma economia essencialmente agrícola, passou no decorrer dos anos por um processo de industrialização, que refletiu em elevados níveis de renda per capita e aumento no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)^{25,26}. Outro fato relevante é que a região Sul tem os estados com maiores expectativas de vida do País, como no estado Paraná de 77,9 anos, Rio Grande do Sul de 78,5 anos e Santa Catarina, com a maior expectativa do País, de 79,9 anos¹⁸, o que poderia explicar as taxas mais altas de mortalidade por DP, uma vez que elas ocorrem, em sua maioria, em pessoas com mais de 80 anos.

Destaca-se também a região Sudeste com a segunda maior taxa de mortalidade, 27,74/100mil habitantes. Esta região é apontada como uma das economicamente mais

desenvolvidas no Brasil, com a soma de 42,5% da população brasileira e com um dos maiores PIBs (Produto Interno Bruto), sendo a mais industrializada e populosa, podendo tender a maiores problemas ambientais e maior exposição a agentes tóxicos que podem gerar a DP²⁷. Com maior crescimento industrial em tecnologia e oferta de empregos, é considerada a região com mais setores complexos da estrutura produtiva nacional²⁸.

O Brasil é um país com grande extensão territorial, enorme heterogeneidade regional, apresentando importantes desigualdades no desenvolvimento socioeconômico, no número de pessoas, no acesso a bens e serviços de saúde e mesmo na expectativa de vida, interferindo nos distintos padrões de envelhecimento⁵, o que pode refletir nas diferenças regionais encontradas nesse trabalho.

Uma questão a ser levantada é a variação entre grupos com diferenças socioeconômicas ou étnicas, que afetam a incidência da morbidade e mortalidade por DP. Acredita-se que estas diferenças, principalmente na mortalidade, podem refletir as desigualdades no acesso médico, com mais barreiras socioeconômicas para consultar um especialista, diminuindo a chance do diagnóstico precoce da doença²⁹.

Essa disparidade de diagnóstico e tratamento é comum em países de baixa-média renda, onde há maior restrição de acesso a medicações e formas de tratamento para DP. Comparação realizada entre pacientes europeus e africanos, mostrou que estes últimos desenvolvem a forma da DP mais grave, por demorarem mais tempo para iniciar a medicação levodopa, essencial para o controle da doença³⁰. Já as populações latinas têm contribuições na sua genética de ancestrais africanos, europeus e nativos americanos, sendo que a ascendência africana está significativamente associada ao menor risco da DP¹⁷.

O Brasil é um dos maiores consumidores de agrotóxicos no mundo, tendo uma crescente curva de comercialização ao longo dos anos^{31,32}. A região Centro-Oeste foi a que teve o maior aumento de consumo de agrotóxicos (205%)

nos últimos anos. Porém as regiões Sudeste e Nordeste também tiveram um crescimento exponencial na comercialização do produto – em 2009 foram 71.785,68 e 18.822,50 toneladas, respectivamente. Já em 2020, a região Sudeste comercializou 143.665,39 toneladas e a região Nordeste 64.086,57 toneladas, o que poderá refletir nos casos de DP no futuro³³⁻³⁵.

A manifestação da doença pode estar associada ao uso de agrotóxicos, que aumenta a chance de degeneração do sistema nervoso e gera disfunções nas mitocôndrias, levando aos primeiros sintomas da DP³⁶. O uso de alguns inseticidas, herbicidas e fungicidas estão associados a DP, tais como: paraquate, glifosato, atrazina, maneb e rotenona³⁷⁻⁴¹. Estudo realizado na região Sul do Brasil⁴² revelou uma associação positiva entre mortalidade por DP e exposição a agrotóxicos. Na região Oeste do Paraná, pesquisa com pacientes com DP atendidos em um hospital universitário revelou que 74,98% dos casos tinham sido expostos a agrotóxicos ao longo da vida, corroborando com possível associação entre a DP e a exposição a agrotóxicos⁴³.

A região Nordeste vem se expandindo no cenário do agronegócio, aumentando a produção agrícola e, por consequência, o número de casos de intoxicação aguda e efeitos crônicos pela exposição aos agrotóxicos. Na última década houve maior taxa de letalidade por intoxicação a agrotóxicos de uso agrícola, trazendo à tona a importância do conhecimento e controle de fatores de risco para diminuir as taxas de desenvolvimento da DP⁴⁴.

A quantidade de homens e mulheres com mais de 60 anos que morreram de DP aumentou ao longo do tempo no Brasil. No estudo de Rossi et al.⁴⁵, nos Estados Unidos da América, há projeções para a ampliação da DP, com um aumento de 56% da população com DP entre 2005 e 2040, o que traz à tona os custos em saúde com as doenças crônicas, que tendem a elevar e impor uma carga significativa para o Estado e familiares.

Como limitação do estudo, destaca-se a dificuldade de apresentar dados do panorama geral das pessoas internadas com DP no Brasil, pois uma parcela pode ser atendida no setor de saúde privado que não são contabilizados nas internações do SUS, como também o sub-registro devido a pessoa ser internada ou ter falecido com outro diagnóstico.

Conclusões

Pode-se concluir que as taxas de internamento hospitalar foram superiores nos idosos, na faixa entre 60 e 79 anos, com predomínio do sexo masculino. Em relação a mortalidade, houve um aumento das taxas no decorrer dos anos, principalmente na faixa etária de 80 anos ou mais, em que a maioria dos óbitos eram homens e grande parte na região sul. Destaca-se também que na amostra de internados havia uma parcela de indivíduos entre 30 e 50 anos.

A DP é uma doença incurável e o número de indivíduos acometidos vem aumentando gradativamente, refletindo na demanda de serviços de saúde e medicamentos que são de uso contínuo, gerando maiores custos assistenciais para o SUS, como também maior probabilidade de hospitalização.

O desfecho dos internamentos hospitalares e sobretudo de mortalidade são importantes para contribuir nas tomadas de decisões das políticas públicas sobre doenças neurodegenerativas, traçando planos para a assistência em saúde conforme as tendências observadas. Recomenda-se futuros estudos de caso controle ou coorte a fim de examinar relações causais.

Colaboradores

Vasconcellos PRO (0000-0003-0984-1458)*, Rizzotto MLF (0000-0003-3152-1362)* e Taglietti M (0000-0003-3650-3905)* contribuíram igualmente para a elaboração do artigo. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- Chien HF, Barsottini OGP. *Movement Disorders Rehabilitation*. Switzerland: Springer International Publishing; 2017.
- Ball N, Teo W-P, Chandra SJ, et al. Parkinson's Disease and the Environment. *Front. Neurol.* 2019; 10(218):1-8.
- Silva ABG, Pestana BC, Hirahata FAA, et al. Doença de Parkinson: revisão de literatura. *Braz. J. Dev.* 2021; 7(5):47677-47698.
- Dorsey ER, Sherer T, Okun MS, et al. The Emerging Evidence of the Parkinson Pandemic. *J Parkinsons Dis.* 2018; (8):S3-S8.
- Bovolenta TM, Felício AC. How do demographic transitions and public health policies affect patients with parkinson's disease in brazil? *Clin Interv Aging.* 2017; (2):197-205.
- Hirsch L, Jette N, Frolkis A, et al. The Incidence of Parkinson's Disease: A Systematic Rev. *Meta-Analysis. Neuroepidemiol.* 2016; (46):292-300.
- Silva SLO, Quelhas OLG, Vieira Neto J, et al. Estudos de custo da Doença de Parkinson no Brasil: uma lacuna científica evidente. *Res., Soc. Dev.* 2021; 10(15):1-11.
- Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Brasília, DF; 2021. [acesso em 2021 maio 20]. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/datasus>.
- Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância das Doenças não transmissíveis. Painel de Monitoramento da Mortalidade CID-10. 2021. [acesso em 2021 maio 20]. Disponível em <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/cid10/>.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010. [acesso em 2021 maio 20]. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=8>.
- Albuquerque C. Pandemia diminui número e muda perfil de internações no SUS em 2020. Observatório de Política e Gestão Hospitalar. [acesso em 2021 maio 20]. Disponível em <http://www.observatorio-hospitalar.fiocruz.br/debates-e-opinioes/pandemia-diminui-numero-e-muda-perfil-de-internacoes-no-sus-em-2020>.
- Almeida ALC, Espírito Santo TM, Mello MSS, et al. Repercussões da Pandemia de COVID-19 na Prática Assistencial de um Hospital Terciário. *Arq. Bras.* 2020; 115(5):862-870.
- Macleod AD, Henery R, Nwajiugo PC, et al. Age-related selection bias in Parkinson's disease research: are we recruiting the right participants? *Parkinsonism Relat. Disord.* 2018; (55):128-133.
- Benito-León J. Epidemiología de la enfermedad de Parkinson em España y su contextualización mundial. *Rev Neurol.* 2018; 66(4):125-134.
- Mehanna R, Jankovic J. Young-onset Parkinson's disease: Its unique features and their impact on quality of life. *Parkinsonism Relat.* 2019; (67):74-89.
- Post B, Van Den Heuvel L, Van Prooije T, et al. Young Onset Parkinson's Disease: A Modern and Tailored Approach. *J Parkinsons Dis.* 2020; (10):S29-S36.
- Loesch DP, Horimoto ARVR, Heilbron K, et al. Characterizing the Genetic Architecture of Parkinson's Disease in Latinos. *Ann. Neurol.* 2021; 90(3):353-365.
- Instituto Brasileiro de Geografia. Ministério da Economia. Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2019. Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. [acesso em 2021 maio 20]. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/3097/tcmb_2019.pdf.
- Macleod AD, Taylor KSM, Counsell CE. Mortality in Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis. *Mov. Disord.* 2014; (29):1615-1622.

20. Fernandes GC, Socal MP, Schuh AFS, et al. Clinical and Epidemiological Factors Associated with Mortality in Parkinson's Disease in a Brazilian Cohort. *Parkinsons Dis.* 2015; 1-6.
21. Dommershuijsen LJ, Heshmatollah A, Darweesh SKL, et al. Life expectancy of parkinsonism patients in the general population. *Parkinsonism Relat. Disord.* 2020; (77):94-99.
22. Shahgholi L, De Jesus S, Wu SS, et al. Hospitalization and rehospitalization in Parkinson disease patients: Data from the National Parkinson Foundation Centers of Excellence. *Plos One.* 2017; 12(7):1-10.
23. Muzerengi S, Herd C, Rick C, et al. A systematic review of interventions to reduce hospitalisation in Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat.* 2016; (24):3-7.
24. Fujita T, Babazono A, Kim S, et al. Effects of physician visit frequency for Parkinson's disease treatment on mortality, hospitalization, and costs: a retrospective cohort study. *BMC Geriatrics.* 2021; 21(707):1-12.
25. Pereira D, Garrett C. Fatores de Risco da Doença de Parkinson: Um Estudo Epidemiológico. *Acta Med Por.* 2010; 23(1):15-24.
26. Almeida RS. A industrialização e a questão ambiental na região sudeste do Brasil. *Caminhos Geog.* 2004; 5(11):53-66.
27. Portal Brasil. Região Sudeste. 2022. [acesso em 2022 jan 22]. Disponível em http://www.portalbrasil.net/regiao_sudeste.htm.
28. Leal CFC, Linhares L, Lemos C, et al. Um olhar territorial para o desenvolvimento: Sudeste. Rio de Janeiro: BNDES; 2015.
29. Siddiqi B, Koemeter-Cox A. A Call to Action: Promoting Diversity, Equity, and Inclusion in Parkinson's Research and Care. *J Parkinsons Dis.* 2021; (11):905-08.
30. Ben Joseph A, Marshall CR, Lees AJ, et al. Ethnic Variation in the Manifestation of Parkinson's Disease: A Narrative Review. *J Parkinsons Dis.* 2020; (10):31-45.
31. Aloizou A-M, Siokas V, Sapouni E-M, et al. Parkinson's disease and pesticides: Are microRNAs the missing link? *Sci. Total Environ.* 2020; (744):1-14.
32. Rigotto RM, Vasconcelos DP, Rocha MM. Pesticide use in Brazil and problems for public health. *Cad. Saúde Pública.* 2014; (30):1360-62.
33. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Relatório Nacional de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos - Agrotóxicos na ótica do Sistema Único de Saúde. 2018. [acesso em 2021 maio 20]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_nacional_vigilancia_populacoes_expostas_agrotoxicos.pdf.
34. Instituto Brasileiro do Meio Ambiente; Ministério do Meio Ambiente. Boletins anuais de produção, importação, exportação e vendas de agrotóxicos no Brasil. 2009. [acesso em 2021 maio 20]. Disponível em: <http://www.ibama.gov.br/agrotoxicos/relatorios-de-comercializacao-de-agrotoxicos#>.
35. Instituto Brasileiro do Meio Ambiente; Ministério do Meio Ambiente. Boletins anuais de produção, importação, exportação e vendas de agrotóxicos no Brasil. 2020. [acesso em 2021 maio 20]. Disponível em: <http://www.ibama.gov.br/agrotoxicos/relatorios-de-comercializacao-de-agrotoxicos#>.
36. Islam S, Azim F, Saju H, et al. Pesticides and Parkinson's disease: Current and future perspective. *J. Chem. Neuroanat.* 2021; (115):1-9.
37. Balestrino R, Schapira AHV. Parkinson disease. *Eur. J.* 2020; (27):27-42.
38. Liu C, Liu Z, Zhang Z, et al. A Scientometric Analysis and Visualization of Research on Parkinson's Disease Associated with Pesticide Exposure. *Front. Public Health.* 2020; 8(91):1-14.
39. Wang A, Costello S, Cockburn M, et al. Parkinson's disease risk from ambient exposure to pesticides. *Eur. J. Epidemiol.* 2011; 26(7):547-555.

40. Langston JW. The MPTP story. *J Parkinsons Dis.* 2017; (1):11-22.
41. Caballero M, Amiri S, Denney JT, et al. Estimated Residential Exposure to Agricultural Chemicals and Premature Mortality by Parkinson's Disease in Washington State. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2018; 15(2885):1-11.
42. Medeiros MS, Reddy SP, Socal MP, et al. Occupational pesticide exposure and the risk of death in patients with Parkinson's disease: an observational study in Southern Brazil. *Environm. Health.* 2020; 19(68):1-8.
43. Vasconcellos PRO, Rizzotto MLF, Obregón PL, et al. Exposição a agrotóxicos na agricultura e doença de Parkinson em usuários de um serviço público de saúde do Paraná, Brasil. *Cad. saúde colet.* 2020; 28(4):567-578.
44. Araújo IMM, Oliveira AGRC. Agronegócio e agrotóxicos: impactos à saúde dos trabalhadores agrícolas no nordeste brasileiro. *Trab. Educ. Saúde.* 2017; 15(1):117-129.
45. Rossi A, Berger K, Chen H, et al. Projection of the prevalence of Parkinson's disease in coming decades: revisited. *Mov Disord.* 2018; 33(1):156-159.

Recebido em 31/08/2022

Aprovado em 10/03/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (Capes). Cód de financiamento: 001

Políticas farmacêuticas: fatos políticos produzidos pelo Legislativo Federal entre 2016 e 2020

Pharmaceutical policies: political facts produced by the Federal Legislative Branch between 2016 and 2020

Lina Valéria dos Santos Souza¹, Tatiane de Oliveira Silva Alencar¹

DOI: 10.1590/0103-1104202313715

RESUMO O estudo tem o objetivo de analisar fatos políticos produzidos pelo Poder Legislativo Federal com relação às políticas farmacêuticas no período de 2016 a 2020. Trata-se de um estudo explicativo, fundamentado em pesquisa documental, utilizando como fontes de dados os sites da Câmara dos Deputados e do Senado Federal, com o termo de busca 'medicamento'. Foram incluídos quatro tipos de documentos (projetos de lei, projetos de lei complementar, medidas provisórias e propostas de Emenda à Constituição) referentes às políticas farmacêuticas, originadas no período de janeiro de 2016 a dezembro de 2020. A busca foi realizada por dois revisores, obtendo-se um total de 330 atos, organizados por meio da técnica de análise de conteúdo, em três categorias (assistência farmacêutica, regulação farmacêutica e controle sanitário de medicamentos), das quais analisou-se um fato político de cada uma. O Legislativo atuou de forma expressiva sobre as políticas farmacêuticas no período estudado, produzindo fatos políticos com interação de diferentes atores e que impactam no acesso a medicamentos e em seu uso racional.

PALAVRAS-CHAVE Poder legislativo. Legislação farmacêutica. Preparações farmacêuticas.

ABSTRACT The study aimed to analyze the performance of the Federal Legislative Branch in relation to pharmaceutical policies in the period from 2016 to 2020. This is an explanatory study, based on documentary research, using as data sources the websites of the House of Representatives and the Federal Senate, with the search term 'medicamento'. Four types of documents (bills, supplementary bills, provisional measures and proposed amendments to the Constitution) were included, referring to pharmaceutical policies, originated from January 2016 to December 2020. The search was performed by two reviewers, obtaining a total of 330 acts, organized, through the content analysis technique, into three categories (pharmaceutical assistance, pharmaceutical regulation and health control of medicines), of which one political fact from each was analyzed. The Legislative acted in an expressive way on pharmaceutical policies in the studied period, producing political facts with the interaction of different actors and that impact on access to medicines and on their rational use.

KEYWORDS Legislative. Legislation, pharmacy. Pharmaceutical preparations.

¹Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) – Feira de Santana (BA), Brasil.
linavaleriasouza@gmail.com



Introdução

A atuação do Legislativo Federal nas políticas farmacêuticas se articula com o direito à saúde e o direito à Assistência Farmacêutica integral, responsabilidades do Estado brasileiro asseguradas por meio de políticas públicas. Apropriando-se do conceito de política de saúde proposto por Paim, considera-se política farmacêutica como uma decisão (ação ou omissão) do Estado com relação à questão dos medicamentos¹. Essa questão envolve aspectos ligados ao acesso e ao uso racional de medicamentos, à sua vigilância sanitária e à ciência, tecnologia e inovação, configurando diferentes dimensões de análise ao medicamento, analisadas por Alencar² como dimensões tecnológica, sanitária, econômica, simbólica, ideológica e política.

Na formulação de tais políticas, há esforços de vários atores da sociedade, mas elas são debatidas e decididas, especialmente, pelos poderes Legislativo, Executivo e Judiciário. A criação ou alteração dessas políticas é feita, majoritariamente, por meio de suas proposições e discussões no âmbito legislativo, o qual tem como representação, no nível federal, o Congresso Nacional, composto pela Câmara dos Deputados e pelo Senado Federal³.

Diante da complexa composição social, demonstrada na diversidade dos grupos que compõem a sociedade, pode-se esperar a inexistência de neutralidade dos envolvidos na concepção dessas políticas públicas de saúde, incluindo as farmacêuticas, tornando-as idealizações e formulações governamentais para atender a demandas, por vezes, manifestadas e mediadas por grupos de interesse e permeadas por conflitos^{4,5}.

A literatura tem evidenciado essa característica nos estudos sobre a atuação do Legislativo na questão da saúde, em geral⁶⁻⁸, e relativos aos medicamentos, em particular⁹. Analisando relatórios das comissões parlamentares publicados pelo Congresso Federal, Cesário⁸ descreveu a rede de influência e os diversos grupos de interesse nesse ambiente, e afirma que 93% desses grupos estão interligados de alguma forma.

O estudo aponta que sindicatos, associações, indústria e organizações políticas podem, ainda, estabelecer relações cooperativas ou competitivas entre si, criando redes de intervenção locais, regionais ou nacionais, que operam em interlocução com autoridades políticas.

De grande impacto para o interesse público é a atuação da indústria da saúde no Congresso Nacional, que promoveu mudanças significativas no cenário político e econômico a partir de 1990, mas cuja intervenção data desde a entrada das multinacionais ao Brasil, a contar da década de 1960. Tais intervenções se dão, basicamente, por intermédio do financiamento de campanhas e da aprovação da chamada agenda legislativa da indústria¹⁰⁻¹².

Tomando como base notícias divulgadas em *sites* institucionais, um estudo⁹ analisou a atuação do Estado sobre os medicamentos, a vigilância sanitária e a assistência farmacêutica, e acompanhou a participação dos três Poderes na formulação de políticas farmacêuticas no período de quatro anos (2014-2018). Os resultados do estudo demonstraram que o Poder Legislativo, especificamente, agiu de forma relevante sobre o acesso aos medicamentos, a regulação sanitária e o financiamento da assistência farmacêutica, e destacam a expressiva participação social no desenvolvimento e aprovação de muitas dessas ações.

Entendendo as contradições imbricadas no processo de formulação de políticas farmacêuticas, inerentes às características das políticas públicas de saúde, bem como a importância desse processo para a garantia de direitos constitucionais, objetivou-se analisar a atuação do Poder Legislativo Federal com relação às políticas farmacêuticas no período de 2016 a 2020.

Metodologia

Trata-se de um estudo explicativo, fundamentado em pesquisa documental¹³, a partir de fontes de dados primárias, de domínio público, que consistiram em documentos

disponibilizados nos *sites* da Câmara dos Deputados (CD) (<https://www2.camara.leg.br/>) e do Senado Federal (SF) (<https://www12.senado.leg.br/hpsenado>).

O processo de coleta de dados foi feito por dois revisores, em julho de 2021, utilizando-se a expressão ‘medicamentos’ na barra de pesquisa do campo ‘propostas legislativas’, contido na seção ‘atividade legislativa’, nos *sites* referidos, aplicando-se o filtro ‘tipo de proposta’ e selecionando os itens projeto de lei, projeto de lei complementar e medida provisória; o filtro temporal foi aplicado individualmente para cada ano, como permite a plataforma, então fez-se o mesmo processo, repetindo-se os filtros anteriores para cada um dos anos estudados.

Consideraram-se como critérios de inclusão: atos legislativos do tipo projetos de lei, projetos de lei complementar, medidas provisórias e propostas de emenda à Constituição; atos que tratassem de políticas farmacêuticas; e que fossem originados no período de janeiro de 2016 a dezembro de 2020, abrangendo duas legislaturas com diferentes contextos políticos e um recorte temporal ainda não explorado, conforme revisão do estado da arte realizada. Foram excluídos, por sua vez, atos que não tratavam sobre políticas farmacêuticas; atos originados fora do período estabelecido; e outros tipos de atos legislativos. A partir desses critérios, foi obtido um total de 330 atos legislativos. As dúvidas existentes sobre inclusão ou exclusão foram resolvidas por consenso entre os revisores.

Para o tratamento e a análise desses dados, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo adaptada por Minayo¹⁴. A pré-análise do material foi realizada com base em quadro de análise contendo as informações sobre título, ano, ementa, síntese do conteúdo situação do autor, filiação partidária e formação do proponente, que possibilitaram a descrição sistemática do conteúdo do texto das proposições, as leituras flutuante e transversal. Essa fase

revelou que as proposições possuíam um assunto principal, permitindo agrupá-las em três grandes categorias (Assistência Farmacêutica; Regulação Farmacêutica; e Controle Sanitário de Medicamentos), orientando a fase de exploração do material. Esta compreendeu a primeira etapa do estudo e foi definida, didaticamente, como ‘Caracterização das propostas encontradas nos *sites* da Câmara dos Deputados e Senado Federal’. Com base nas categorias originadas nessa primeira etapa e fundamentando-se no quadro teórico eleito, deu-se início à segunda etapa, momento no qual foram delimitados os ‘principais fatos políticos relativos às políticas farmacêuticas’ para cada uma delas.

Com base nos elementos teóricos apresentados anteriormente, para delimitação dos fatos políticos de cada categoria analítica, foram adotados os seguintes critérios: fatos que intervieram estrategicamente para produzir mudanças em processos já regulamentados no cenário das políticas de saúde; que resultaram na criação de normativas; que propuseram a criação de programas farmacêuticos; e que resultaram em interação com sujeitos sociais de distintos interesses.

Esses critérios foram aplicados para todas as propostas incluídas no estudo, de cada categoria, analisada separadamente. Para subsidiar a delimitação dos fatos políticos, foram consultados documentos eletrônicos de acesso livre selecionados na literatura cinzenta a partir da busca, utilizando-se o título da proposta e filtrando-se os resultados publicados no ano de apresentação da proposta no Legislativo e no ano seguinte a ele, obtendo-se, para aqueles definidos como fatos políticos: notas oficiais de entidades e autarquias (conselhos de categorias profissionais, Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa, sindicatos e federações etc.) que se manifestaram sobre a proposição em questão; e petições públicas e declarações de grupos da sociedade (associações, fundações, institutos, organizações não

governamentais etc.) que interagiram com assuntos abordados nas decisões da Câmara e do Senado.

Para análise aprofundada do teor da discussão trazida por cada fato político delimitado, estudaram-se, além do texto original da proposta, na íntegra, os resultados da consulta pública indexada à proposta nos *sites* da CD e do SF, e a transcrição oficial do discurso do parlamentar emitido na plenária na qual foi apresentada. Este último documento também está disponível para consulta, ainda na seção ‘atividade legislativa’, mas no campo ‘discursos e debates’, no *site* da CD, e ‘sessão plenária’, no *site* do SF. Para acessá-lo, é necessário pesquisar pela data de apresentação da proposta. Todo o trâmite das propostas, incluindo as datas e decisões, é disponibilizado para consulta.

Além dos critérios mencionados, para subsidiar a delimitação dos fatos políticos, foram consultados documentos eletrônicos selecionados na literatura cinzenta a partir do título da proposta, obtendo-se: notas oficiais de entidades e autarquias (conselhos de categorias profissionais, Anvisa, sindicatos e federações etc.) que se manifestaram sobre a proposição em questão; e petições públicas e declarações de grupos da sociedade (associações, fundações, institutos, organizações não governamentais etc.) que interagiram com assuntos abordados nas decisões da Câmara e do Senado. Para tanto, fez-se uma pesquisa livre, utilizando-se o nome do proponente (obtido no próprio documento legislativo), a palavra-chave descrita para a proposta, seu número e filtrando resultados publicados no ano de apresentação da proposta no Legislativo.

As biografias dos proponentes estavam contidas nos *sites* da CD e SF, disponibilizando informações sobre escolaridade, profissão, histórico de atividades partidárias e parlamentares, cargos públicos, atuação em sindicatos, e outras importantes para conhecê-los civilmente e auxiliar na compreensão de aspectos que pudessem

influenciar a elaboração da proposta. Não se propôs, porém, uma análise do posicionamento dos atores.

Alguns referenciais teóricos fundamentaram a análise proposta. O ciclo da política, pensado por Kingdon¹⁵, apresenta-se como um dos modelos teóricos disponíveis para a compreensão sobre o processo de formulação de políticas. Diversos autores¹⁶⁻¹⁸ utilizaram e adaptaram esse modelo para diferentes realidades, inclusive a brasileira, entendendo-o em diferentes fases: identificação do problema, formação da agenda, formulação, tomada de decisão, implementação, avaliação e extinção. A fase de formulação é de atribuição do Poder Legislativo, na qual são propostas soluções para os problemas, considerando as limitações, restrições de recursos e de legislação, e o apoio político de cada proposta¹⁹.

A partir da categorização de Kingdon¹⁵, no processo de tomada de decisão, pode-se ter atores visíveis (atuam de forma diretamente relacionada ao processo político) e invisíveis (demais componentes da sociedade que não participam diretamente do processo de tomada de decisão – acadêmicos, empresários, sindicatos e associações –, mas que podem influenciar as atividades e escolhas dos atores visíveis).

Nessa dinâmica de formulação de políticas, evidenciam-se, então, os fatos políticos, entendidos como fatos sociais produzidos da interação de atores com objetivos e interesses que convergem ou divergem entre si, que geram mudanças moleculares no processo de transformação social², como o que acontece na criação de proposições legislativas. Estudar esses fatos, portanto, contribui para a compreensão de como esses elementos (atores, interesses e proposições) posicionam o Legislativo perante as políticas farmacêuticas.

A compreensão de que o processo de tomada de decisões para que um assunto entre na agenda decisória é conflitivo²⁰ também auxilia nas respostas aos objetivos delimitados para este artigo, já que isso precisa ser considerado na análise das decisões em saúde, incluindo as decisões quanto às políticas farmacêuticas.

Resultados e discussão

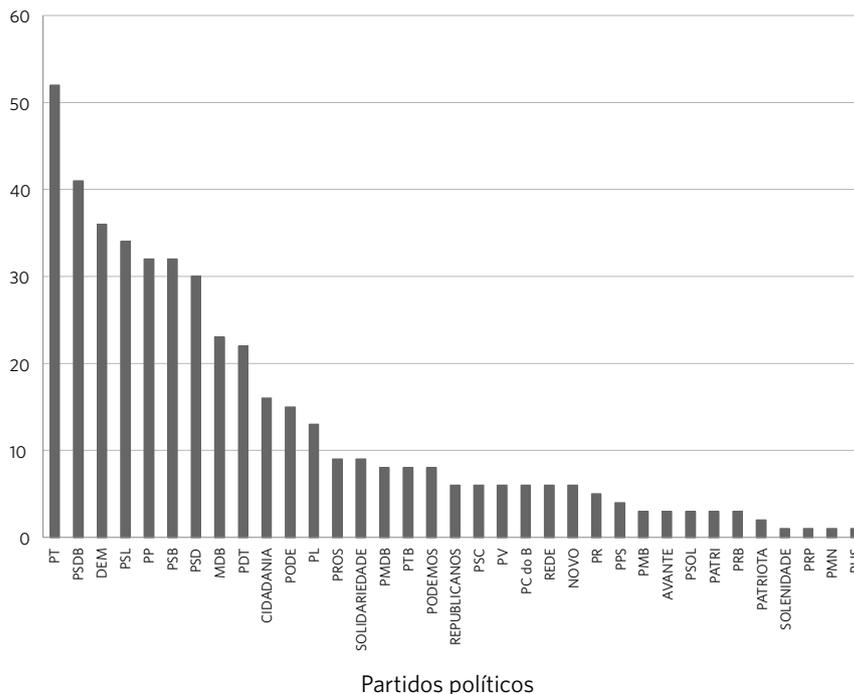
Caracterização das propostas encontradas nos sites da Câmara dos Deputados e do Senado Federal

A pesquisa no *site* da CD gerou 596 resultados referentes a propostas legislativas datadas de 2016 a 2020. Destes, 330 eram de propostas repetidas ou apresentavam assunto divergente do objetivo da pesquisa, e, portanto, foram excluídos da análise. Das 281 restantes, 273 corresponderam a Projetos de Lei (PL), 4 a Projetos de Lei Complementar (PLP), 3 a Medidas Provisórias (MPV) e 1 a Proposta de Emenda à Constituição (PEC).

O SF, por sua vez, apresentou 74 propostas. A análise dos resultados gerados pela busca no *site* do SF excluiu 25 propostas pelos mesmos motivos encontrados no *site* da CD. Das 49 que foram selecionadas, 47 foram projetos de lei, 1 proposta de emenda à Constituição e 1 medida provisória. Entre Câmara e Senado, totalizaram-se 330 propostas.

Os propositores foram profissionais de áreas diversas (profissionais de saúde, educadores, advogados, empresários, militares etc.) e com graus de escolaridade distintos; filiados a partidos políticos de diferentes unidades da federação, inclusive com filiação a outros partidos políticos ao longo do período analisado. O quantitativo de propostas relativas a políticas farmacêuticas, apresentadas por partido político, é ilustrado no *gráfico 1*.

Gráfico 1. Quantitativo de propostas relativas a medicamentos apresentadas por partido político, no Poder Legislativo, entre 2016 e 2020



Fonte: elaboração própria.

No *gráfico 1*, as autorias foram agrupadas por partido. Muitas delas são atribuídas a mais de um parlamentar, filiados ao mesmo partido ou não; há outras que são apresentadas por comissões internas, a exemplo da Comissão de Seguridade Social e Família e de Finanças e Tributação. Essas comissões são compostas por deputados e apreciam propostas referentes a assuntos de suas *expertises* individuais. Dos 35 partidos com atividade legislativa sobre políticas farmacêuticas, os três mais expressivos, em número de propostas, foram: o PT

(52 propostas); PSDB (41 propostas) e DEM (36 propostas).

As propostas foram organizadas em três grandes categorias temáticas e suas respectivas subcategorias, correspondentes a assuntos específicos a elas relacionados: Assistência Farmacêutica; Regulação Farmacêutica; e Controle Sanitário de Medicamentos. A categoria predominante foi 'Assistência Farmacêutica', apresentando um total de 12 subcategorias e 172 propostas, conforme pode ser verificado no *quadro 1*.

Quadro 1. Caracterização dos atos legislativos e fatos políticos, no período de 2016 a 2020, selecionados por categoria de análise

CATEGORIA		SUBCATEGORIA		DESCRIÇÃO DO FATO POLÍTICO SELECIONADO POR CATEGORIA
NOME	PROPOSIÇÕES POR CATEGORIA		SUBCATEGORIAS E QUANTIDADES DE PROPOSIÇÕES	—
	N	%		
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	172	52.1	Uso de medicamentos (17: 16 PL + 1 PLP) Preço de medicamentos (16: 13 PL + 13 MPV) Doação de medicamentos (7 PL) Tributação fiscal sobre medicamentos (19: 16 PL + 2 PLP + 1 PEC) Judicialização de medicamentos (5: 4 PL + 1 PEC) Incorporação de medicamentos ao SUS (9 PL) Acesso a medicamentos (82: 81 PL + 1 PLP) Compras públicas de medicamentos (5 PL) Financiamento de serviços de saúde (7: 6 PL + 1 MPV) Regulação do SUS (2 PL) Dispensação de medicamentos (2 PL) Educação em saúde e Uso Racional de Medicamentos (1 PL)	Tipo e número da proposta: PL 4639/2016; Subcategoria: Uso de medicamentos; Proponentes: Deputados: Adelmo Carneiro Leão - PT/MG, Arlindo Chinaglia - PT/SP, Carmen Zanotto - PPS/SC, Eduardo Bolsonaro - PSC/SP, Antônio Jácome - PMN/RN, Diego Garcia - PHS/PR, Conceição Sampaio - PP/AM, Laura Carneiro - PMDB/RJ, Flavio Nogueira - PDT/PI, Celso Russomanno - PRB/SP; Situação: Transformado na Lei Ordinária 13269/2016; Atores convergentes: Associação ativista na área oncológica: https://www.amucc.org.br/mobilizacao-pela-liberacao-da-fosfoetanolamina-sintetica-continua/ Atores divergentes: ANVISA e CFM
REGULAÇÃO FARMACÊUTICA	18	5.5	Funcionamento de farmácias (14 PL) Atuação farmacêutica (4 PL)	Tipo e número da proposta: PL 8617/2018; Subcategoria: Atuação farmacêutica; Proponente: Deputado Domingos Neto - PSD/CE; Situação: Retirada pelo autor após discussão com atores sociais; Atores divergentes: Fenafar, Sinfarce

Quadro 1. Caracterização dos atos legislativos e fatos políticos, no período de 2016 a 2020, selecionados por categoria de análise

CATEGORIA	PROPOSIÇÕES POR CATEGORIA		SUBCATEGORIA	SUBCATEGORIAS E QUANTIDADES DE PROPOSIÇÕES	DESCRIÇÃO DO FATO POLÍTICO SELECIONADO POR CATEGORIA
	N	%			
CONTROLE SANITÁRIO	140	42.4	Registro sanitário de medicamentos (18 PL)		Tipo e número da proposta: PL 545/2018;
			Pesquisa, desenvolvimento e produção de medicamentos (36 PL)		Subcategoria: Controle e venda de medicamentos;
			Prescrição de medicamentos (18: 17 PL + 1 MPV)		Propositor: Senador Guaracy Batista da Silveira;
			Resíduos de Serviços de Saúde (11 PL)		Situação: Em tramitação;
			Propaganda de medicamentos (6 PL)		Estratégia divergente:
			Rotulagem de medicamentos (22 PL)		Plano Global para enfrentamento da resistência bacteriana;
			Controle e venda de medicamentos (22 PL)		Plano de Ação Nacional para Prevenção e Controle da Resistência aos Antimicrobianos do Brasil (PAN-BR);
			Segurança do paciente (3 PL)		Atores divergentes: CRF-RJ e CRF-AL
			Importação de medicamentos (8 PL)		
TOTAL DE PROPOSIÇÕES	330	100	—	—	—

Fonte: elaboração própria.

PL = PROJETO DE LEI; PLC = PROJETO DE LEI COMPLEMENTAR; PEC = PROPOSTA DE EMENDA À CONSTITUIÇÃO; MPV = MEDIDA PROVISÓRIA; FENAFAR = FEDERAÇÃO NACIONAL DOS FARMACÊUTICOS; SINFARCE = SINDICATO DOS FARMACÊUTICOS DO ESTADO DO CEARÁ; CRM = CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Por sua vez, as propostas legislativas da categoria ‘Assistência Farmacêutica’ tratam de ações sobre o medicamento, sendo este objeto das atividades da Assistência Farmacêutica (AF), que se iniciam com a seleção dos medicamentos e seguem até a sua utilização e descarte²¹. No geral, as propostas têm como efeito, direta ou indiretamente, caso aprovadas, modificações ou complementações à logística do medicamento no Sistema Único de Saúde (SUS), como insumo e tecnologia de saúde largamente utilizados nos serviços oferecidos e em todos os níveis de complexidade.

A subcategoria ‘acesso a medicamentos’ reúne propostas que interferem diretamente no acesso, e foi a mais numerosa deste estudo. São 81 projetos de lei e um projeto de lei complementar, originados em ambas as casas parlamentares, que preveem a instituição de programas e políticas nacionais de assistência no tratamento de doenças e a oferta de medicamentos para condições específicas

de saúde, tais como epilepsia, fibromialgia, mucopolissacaridose, psoríase, câncer, entre outros.

Essas propostas descrevem, ainda, os responsáveis pela oferta dos medicamentos (União, estados, municípios ou iniciativa privada), bem como quem teria acesso aos medicamentos e equipamentos incorporados. Algumas mencionaram, também, a criação de centros especializados no cuidado aos pacientes, distribuídos pelo País. Essas iniciativas têm lacunas, no aspecto financeiro da justificativa, pois não abordam impacto orçamentário ou análises de custo e custo-benefício das ofertas, elementos fundamentais para garantia de sua exequibilidade, haja vista que o acesso a medicamentos no Brasil por meio do SUS envolve problemas, principalmente com as dificuldades enfrentadas pelos usuários para terem acesso aos medicamentos já cobertos²².

A categoria ‘Regulação Farmacêutica’, por sua vez, trata do medicamento no contexto

da regulação das farmácias e da profissão farmacêutica. Esses dois aspectos dão forma e nome às duas subcategorias, e os projetos de lei foram assim agrupados, pois apresentavam objetivos diferentes para um mesmo nicho, a farmácia comunitária.

A subcategoria ‘regulação das farmácias’ reúne propostas de alterações no âmbito do estabelecimento, reforçando o conceito de farmácia como estabelecimento de saúde; aumentando a lista de serviços farmacêuticos a serem disponibilizados; e obrigando-o a disponibilizar uma relação de medicamentos ofertados pelos SUS, tanto em meio impresso quanto digital. São propostas cujos objetivos são diretamente ligados à farmácia, para regulamentar suas ações com relação a medicamentos e outros produtos e serviços de saúde. Já no que se refere à regulação da profissão, as propostas têm como objetivo a atuação do farmacêutico nas farmácias, por um lado, enfatizando a importância desse profissional para assegurar a qualidade dos serviços prestados nesses locais, e, por outro, tornando-o dispensável em farmácias de municípios pouco povoados.

Da categoria ‘Controle Sanitário’ destaca-se, quantitativamente, a subcategoria ‘pesquisa, desenvolvimento e produção de medicamento’, que agrupou 36 propostas. Destas, 18 foram apresentadas em 2020, e 15 se debruçaram sobre aspectos relativos à pandemia do Sars-CoV-2. Diante do cenário pandêmico, a CD interveio propondo: alterações em normativas de produção de medicamentos; incentivando financeiramente pesquisas nacionais sobre tratamentos para a Covid-19; decretando percentuais para produção nacional de insumos farmacêuticos; autorizando quebras de patentes de medicamentos essenciais, entre outras ações, justificadas devido ao estado de calamidade pública instalado no Brasil em 2020 e à falta de medicamentos tanto para o tratamento da Covid-19 quanto os já utilizados em outras patologias.

Principais fatos políticos relativos às políticas farmacêuticas

Foram analisados três fatos políticos, um de cada categoria, delimitados a partir da metodologia exposta. Estão dispostos didaticamente em ordem cronológica. No que se refere à categoria ‘Assistência Farmacêutica’, a subcategoria ‘uso de medicamento’ engloba 17 propostas legislativas. Entre elas, uma trata do uso terapêutico de uma substância cuja eficácia regeu debates de diversas entidades políticas e científicas no Brasil: a Fosfoetanolamina – discutia-se seu potencial antineoplásico. A CD propôs, em 2016, o PL nº 4639/2016, que autorizava o uso da fosfoetanolamina sintética por pacientes diagnosticados com neoplasia maligna²³. Esse assunto passou a ser objeto de discussão na CD desde 2015, motivado pelo destaque, na mídia, das demandas judiciais e da atuação da Universidade de São Carlos – SP na produção e distribuição desse produto para pacientes com câncer.

O PL, redigido por 18 parlamentares, tramitou sob regime de urgência pela CD e pelo SF, sendo aprovado e encaminhado para o Executivo, levando à sanção da Lei Ordinária nº 13.269, de 13 de abril de 2016²⁴, pela então presidenta Dilma Rousseff (PT). Algumas organizações da sociedade, a exemplo da Associação Brasileira de Portadores de Câncer (AMUCC), comemoraram a aprovação da proposta²⁵. Contudo, a Anvisa manifestou não haver solicitação, por parte dos pesquisadores, para o uso da substância²⁶. No mesmo sentido, o Conselho Federal de Medicina recomendou que os médicos não prescrevessem a fosfoetanolamina até que mais estudos fossem apresentados, mesmo com a publicação da Lei nº 13.269/2016²⁷.

A aprovação da proposta na forma da Lei nº 13.269/2016 denota o interesse da temática, no âmbito do Legislativo, a despeito da polarização que permeava esse cenário diante da possibilidade de *impeachment* da presidenta Dilma Rousseff. Para Firmino²⁸⁽²²⁾,

“o Legislativo Federal agiu num campo descoberto de qualquer referencial institucional em meio à crise econômica e política que já açoitava o Brasil”.

Também houve manifestação da Associação Médica Brasileira (AMB), junto ao Supremo Tribunal Federal, sob o argumento de que houve a intervenção de terceiros (Legislativo e Executivo) no processo de controle sanitário e uso de medicamentos; além de não ter sido verificada a relevância da representatividade e da contribuição do Estado nesse processo²⁹. O STF deferiu o requerimento, e a Lei está suspensa desde então.

Tal fato político, e seu desdobramento, aponta como a atividade legislativa pode interferir em processos e protocolos pré-estabelecidos com o uso de medicamentos que, aqui no Brasil, devem ser autorizados pela Anvisa e dependem de comprovações clínicas robustas, e em que escala a interação entre atores visíveis e invisíveis (com objetivos convergentes ou divergentes) pode alcançar as decisões sobre acesso a medicamento e seu uso racional. Vale considerar, contudo, que esses debates em torno da regulação de medicamentos pelo Legislativo não são incomuns, haja vista o caso dos anorexígenos, que marcou, especialmente, o período de 2011 a 2014, expondo conflitos entre o mercado, o Estado e a sociedade³⁰. Ou seja, a dimensão sanitária do medicamento não foi priorizada nessa pauta, que esteve mais articulada às dimensões ideológica e política.

A categoria ‘Regulação Farmacêutica’ é, das três, a que apresenta menor volume de proposições. São 18 projetos de lei, e também abrange apenas duas subcategorias. Seu conteúdo, no entanto, expõe fatos políticos como o que foi proposto com o PL nº 8.617/2017, de autoria do deputado Domingos Neto (PSD-CE), que considerava desnecessária a obrigatoriedade da presença e atuação do farmacêutico em farmácias caracterizadas como microempresas, em todo o horário de funcionamento, alegando que a manutenção desse profissional pode acarretar dificuldades financeiras aos proprietários ou inviabilizar a

abertura de farmácias em cidades de pequeno porte, principalmente no interior do País³¹. Tal PL confronta com a Lei nº 13.021/2014, que dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas, determinando a obrigatoriedade do farmacêutico em todo horário de funcionamento de farmácias comunitárias de qualquer porte³².

Ao ser apresentado à CD, o PL foi destaque nos debates entre as entidades farmacêuticas, como a Federação Nacional dos Farmacêuticos (Fenafar), que considerou a proposta como um ataque à Lei nº 13.021 e ao que foi conquistado por meio dela^{33,34}. A Fenafar e o Sindicato dos Farmacêuticos do Ceará – Sinfarce (estado pelo qual Domingos Neto é deputado), então, mobilizaram-se para intervir na decisão. Essas entidades se reuniram com o autor da proposta e solicitaram a não alteração da referida lei, esclarecendo a sua importância. Propuseram, ainda, a formação de uma comissão para auxiliar na formulação de uma normativa que não afligisse os direitos já conquistados³⁵. Após essa articulação das organizações profissionais farmacêuticas, o deputado retirou a proposta³⁶, que foi arquivada no mesmo ano de sua proposição. Nessa disputa, portanto, venceu a dimensão sanitária do medicamento, a partir da articulação das organizações profissionais com o Legislativo.

No ano seguinte, o mesmo deputado apresentou o PL nº 9919/2018, para propor a criação do Programa de Fortalecimento e Interiorização da Assistência Farmacêutica visando a promover e incentivar o funcionamento de farmácias em cidades interioranas. O programa se basearia em linhas de crédito e desonerações tributárias. Para o proponente, essas condições adicionais poderiam diminuir as dificuldades financeiras, apontadas na proposta anterior (o PL nº 8.617/2017), quanto à manutenção do farmacêutico, garantindo-se o pagamento de seus honorários, além de outros benefícios ao estabelecimento³⁷. O discurso do deputado mudou de perspectiva e encontrou uma alternativa para o impasse apontado no primeiro PL, que, posteriormente, foi apensado

ao PL nº 8.301/2017³⁸, propondo mudanças com relação ao programa ‘Farmácia Popular do Brasil e Aqui tem Farmácia Popular’. Este, por sua vez, até o momento de finalização deste artigo, encontrava-se pronto para pauta na Comissão de Seguridade Social e Família.

Analisando as propostas da categoria ‘Controle Sanitário’, identificou-se como fato político o PL nº 545/2018, originado no SF, de autoria de Guaracy Batista da Silveira (PSL-TO), propondo que, em locais nos quais não haja serviço de saúde pública regular, o receituário de medicamentos antimicrobianos não seria exigido para sua venda³⁹.

Para o senador, a proposta procura atenuar a dificuldade financeira da população na aquisição desses medicamentos, já que, para o parlamentar, o fato de arcar financeiramente com uma consulta médica para aviamento da prescrição impacte negativamente o acesso à saúde, e aponta para a ineficiência do SUS nesse processo³⁹.

Cabe problematizar que o acesso aos medicamentos antimicrobianos, em farmácias privadas ou públicas, no Brasil, é viabilizado mediante apresentação de prescrição aviada por médico ou cirurgião-dentista, em duas vias e com validade de 10 dias, no máximo, conforme dispõe a RDC nº 20, de 5 de maio de 2011, vigente naquele momento e, atualmente, revogada pela RDC nº 471/2021, de 23 de fevereiro, mas sem alterações substanciais com relação ao seu objeto^{40,41}.

A despeito de quase uma década dessa política para racionalização do uso de antimicrobianos, o texto do PL se ancora na dimensão econômica que envolve o acesso a esses medicamentos e não considera as consequências sanitárias dessa medida, desprezando o entendimento de que o uso irracional de antimicrobianos colabora a seleção de micro-organismos patogênicos resistentes a essas substâncias⁴².

Frisa-se, ainda, que, no Brasil, estratégias para conter a resistência antimicrobiana são traçadas desde 1998 e receberam acréscimos de diversas frentes ao longo dos anos,

com destaque para a RDC nº 20/2011, no controle da dispensação desses medicamentos⁴³ e da adesão ao Plano de Ação Global para o Enfrentamento à Resistência aos Antimicrobianos da Organização Mundial da Saúde (OMS)⁴⁴. Portanto, esse PL foi de encontro aos esforços mundiais para o controle da resistência antimicrobiana.

As críticas ao projeto vieram de entidades das categorias médica e farmacêutica, reafirmando a preocupação mundial crescente acerca da resistência microbiana aos antimicrobianos existentes⁴⁵⁻⁴⁷. Mais uma vez, o Legislativo interfere num processo estruturado e normatizado, sem argumento científico ou sanitário, com consequências sobre o acesso a medicamentos e seu uso racional. A participação de diferentes sujeitos e organizações impactou o alcance da discussão, mas o PL foi arquivado em dezembro de 2022.

Ressalta-se que nessa categoria houve fatos sociais importantes relativos à atuação do legislativo frente à pandemia. Contudo, esses fatos não implicaram maiores enfrentamentos por parte de diferentes sujeitos, já que teriam como consequência intervenção positiva no cenário da pandemia. Por esse motivo, não foram considerados como fatos políticos, respeitando os critérios delimitados para esse estudo.

A análise desses três fatos denota a dinâmica do processo de decisão do Legislativo, envolvendo diferentes sujeitos e atores sociais, interesses e conflitos latentes no contexto das proposições. Interagindo com entidades científicas, civis e estatais, a CD e o SF propõem ações em processos e protocolos pré-estabelecidos da cadeia do medicamento, desde o registro até a dispensação e uso desse recurso terapêutico. Contudo, vê-se que, de forma nem sempre coerente com os propósitos da saúde coletiva, considerando o acesso às políticas farmacêuticas numa abordagem restrita, não necessariamente repercutirá em melhoria para a sociedade.

Tais intervenções ilustram como a agenda decisória do Legislativo é acessível e

penetrável. Já os posicionamentos públicos e os questionamentos feitos pela sociedade tornaram essas decisões conflitantes, não só sob a perspectiva da sua heterogeneidade, mas, também, pelos interesses atrelados. Tal dinâmica denota que as ações relativas às políticas farmacêuticas, no âmbito do Legislativo, em particular, aquelas inerentes ao acesso, priorizam a dimensão política e simbólica do medicamento, em detrimento da dimensão tecnológica e sanitária.

Ademais, fica evidente como as ações da Anvisa têm sido objeto de interferência por parte do Legislativo, colocando sob ameaça a sua capacidade regulatória. Esse discurso de descrédito, contudo, não foi exclusivo do período estudado, e também pôde ser identificado por Alencar² em períodos anteriores, quando a pauta para decisão era o controle sanitário dos anorexígenos; a intercambialidade de medicamentos; e o gerenciamento de resíduos de medicamentos. Segundo a autora, tais ameaças representam um prejuízo social importante, haja vista que a atual organização da Anvisa representa uma conquista importante para o movimento sanitário e para a saúde coletiva.

É importante ressaltar que as agências reguladoras, como a Anvisa, têm parte de sua composição submetida ao crivo do Poder Legislativo. A elas, são atribuídos poderes normativos específicos, com objetivo de descentralizar o poder parlamentar sobre a regulação de um setor, considerando, assim, que esse ator do Estado não pode ser o conhecedor maior das diversas áreas sobre as quais incidem as regulações⁴⁸. Desta forma, as ações da Anvisa têm gênese na própria organização do Estado, recebendo a incumbência de regular, a partir de seu saber especializado, áreas específicas da saúde no Brasil, devendo

ser autônoma para tal, já que se constituiu em uma autarquia.

Considerações finais

O estudo traçou um panorama da atuação do Legislativo sobre as políticas farmacêuticas no período estudado e da sua dinâmica, a partir da análise de proposições entendidas como fatos políticos. As categorias analíticas e o quantitativo de proposições identificadas em cada uma delas demonstram a relevância da pauta das políticas farmacêuticas no âmbito do Legislativo e, em certa medida, como essa pauta expõe diferentes atores sociais, conflitos e interesses, reiterando a pertinência das dimensões de análise do medicamento² que orientaram a análise dos dados da pesquisa.

A despeito da limitação decorrente de os fatos políticos terem sido identificados e interpretados a partir de uma única fonte de dados, a pesquisa documental mostrou-se adequada ao objetivo proposto, ainda que outros recursos e abordagens, em investigações futuras, possam produzir maiores detalhamentos a respeito da dinâmica do processo de formulação das políticas farmacêuticas. Pondera-se que os resultados encontrados foram discutidos a partir dos referenciais, da seleção dos fatos políticos e das categorias de análise adotadas no estudo, as quais podem ser replicadas em outras investigações e úteis para triar novos fatos no âmbito do legislativo.

Colaboradoras

Souza LVS (0000-0001-9632-0671)* e Alencar TOS (0000-0001-6257-5633)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- Teixeira C, Silveira, P. Glossário de análise política em Saúde. Salvador: Edufba; 2016. [acesso em 2021 jul 15]. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/22110/4/glossario%20em%20saude.pdf>.
- Alencar TOS. A Reforma Sanitária Brasileira e a questão medicamentos/assistência farmacêutica. [tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2016. [acesso em 2021 jul 15]. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/21619/1/Tese.%20Tatiane%20Alencar.%202016.pdf>.
- Bem IP, Sanchez MN. Observatório da Saúde no Legislativo: as proposições em saúde no âmbito do Congresso Nacional. Brasil (2011-2012). Cad. Ibero-Am. Dir. Sanit. 2014 [acesso em 2021 jul 15]; 3(2):110-124. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/am/icit/40991/2/ve_Ivan_Bem_et al.pdf.
- Bernier NF, Clavier C. Public health policy research: making the case for a political science approach. Health Promot Int. 2011 [acesso em 2021 jul 17]; 26(1):109-16. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21296911/>.
- Fernandes FMB, Ribeiro JM, Moreira MR. Reflexões sobre avaliação de políticas de saúde no Brasil. Cad. Saúde Pública. 2011 [acesso em 2021 jul 17]; 27(9):1667-1677. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v27n9/02.pdf>.
- Bem IP, Delduque MC. Análise da Produção Legislativa em Saúde na 54ª e 55ª Legislaturas do Congresso Nacional do Brasil: o que os parlamentares produzem em saúde? Physis. 2018 [acesso em 2023 jan 30]; 28(4):1-19. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/331328399_Analise_da_Producao_Legislativa_em_Saude_na_54_e_55_Legislativas_do_Congresso_Nacional_do_Brasil_o_que_os_parlamentares_produzem_em_saude.
- Pascarelli DBN, Pereira EL. Doenças raras no Congresso Nacional brasileiro: análise da atuação parlamentar. Cad. Saúde Pública. 2022 [acesso em 2023 fev 1]; 38(6):1-14. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2022.v38n6/e00167721/>.
- Cesário PS. Redes de influência no Congresso Nacional: como se articulam os principais grupos de interesse. Rev. Sociol. Polit. 2016 [acesso em 2021 jul 20]; 24(59):109-127. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsocp/a/ndKHycHvXpq6GGQBxvwwRJh/abstract/?lang=pt>.
- Souza MKB, Lima YOR, Araújo OS, et al. Política de medicamentos, Assistência Farmacêutica e Vigilância Sanitária no Brasil: atuação do Estado no período de 2014 a 2018. Rev. Pesq. Quali. 2019 [acesso em 2021 jul 17]; 7(14):208-229. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/274/156>.
- Mancuso WP. O lobby da indústria no Congresso Nacional: empresariado e política no Brasil contemporâneo. Dados: Rev. Ciências Sociais. 2004 [acesso em 2021 jul 20]; 47(3):505-547. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52582004000300003.
- Santos ML. Representação de Interesses na Câmara dos Deputados: o Lobby e o Sucesso da Agenda Legislativa da Indústria. Rev. Ibero-Am. Estud. Legis. 2014 [acesso em 2021 jul 20]; 3(1):52-70. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/riel/article/viewFile/40034/28096>.
- Scheffer M, Bahia L. Representação política e interesses particulares na saúde: o caso do financiamento de campanhas eleitorais pelas empresas de planos de saúde privados no Brasil. Interface. 2011 [acesso em 2021 jul 20]; 15(38):947-56. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v15n38/30.pdf>.
- Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. São Paulo: Atlas; 2011.
- Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Ciênc. saúde coletiva. 2018 [acesso em 2021 set 2]; 17(3):621-629. Disponível em: <https://>

www.scielo.br/j/csc/a/39YW8sMQhNzG5NmpGBtNMFF/?lang=pt.

15. Kingdon KW. *Agendas, Alternatives and Public Policies*. New York: Longman; 1994.
16. Vásquez D, Delaplace D. Políticas Públicas na Perspectiva de Direitos Humanos: um Campo em Construção. *Rev. Inter. Direitos Hum.* 2011 [acesso em 2021 ago 4]; 8(14):35-65. Disponível em: <https://sur.conectas.org/wp-content/uploads/2017/11/sur14-port-daniel-vazquez-e-domitille-delaplace.pdf>.
17. Viana AL. Abordagens metodológicas em políticas públicas. *Rev. Adm. Pública*. 1996 [acesso em 2021 ago 4]; 30(2):5-43. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/8095/6917>.
18. Secchi L. *Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos*. 2. ed. São Paulo: Cengage; 2013. [acesso em 2021 ago 4]. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-6552011000600017.
19. Lorena Sobrinho JE, Júnior Neto JI, Nascimento VHF, et al. Análise das iniciativas do Poder Legislativo estadual de Pernambuco para o setor saúde. *Saúde debate*. 2018 [acesso em 2021 ago 4]; 42(117):481-488. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/XnyMbcqpqX6g7BnVSdxk8sh/?lang=pt>.
20. Testa M. Decisões em saúde: quem? como? por quê? *Saúde Colet*. 2007 [acesso em 2021 ago 4]; 3(3):247-257. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/731/73130303.pdf>.
21. Jaramillo NM, Cordeiro BC. Assistência Farmacêutica. In: Osório-de-Castro CGS, Luiza VL, Castilho SR, et al. *Assistência Farmacêutica: gestão e prática para profissionais de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014. p. 27-38. [acesso em 2021 nov 10]. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=XMJfDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA17&dq=assistencia+farmacutica+conceito&ots=V4yj5qNb5j&sig=EgN3f9kCDdYhzp0SdLVRtTKQC4Y#v=onepage&q&f=false>.
22. Oliveira LCF, Nascimento MAM, Lima IMSO. O acesso a medicamentos em sistemas universais de saúde – perspectivas e desafios. *Saúde debate*. 2019 [acesso em 2021 out 30]; 43(5):286-298. Disponível em: <https://scielosp.org/article/sdeb/2019v43nspe5/286-298/>.
23. Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 4639, de 2016. Autoriza o uso da fosfoetanolamina sintética por pacientes diagnosticados com neoplasia maligna. [acesso em 2021 set 28]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2078864>.
24. Brasil. Lei nº 13.269 de 13 de abril de 2016. Autoriza o uso da fosfoetanolamina sintética por pacientes diagnosticados com neoplasia maligna. *Diário Oficial da União*. 13 Abr 2016. [acesso em 2021 set 28]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/l13269.htm.
25. Associação Brasileira de Portadores de Câncer. Mobilização pela liberação da fosfoetanolamina sintética contínua. 2016. [acesso em 2021 out 22]. Disponível em: <https://www.amucc.org.br/mobilizacao-pela-liberacao-da-fosfoetanolamina-sintetica-continua/>.
26. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Anvisa: posição a respeito do PL nº 4.639/2016. 2016. [acesso em 2021 out 22]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2016/anvisa-posicao-a-respeito-do-pl-4639>.
27. Conselho Federal de Medicina. CFM não recomenda prescrição da fosfoetanolamina. 2016. [acesso em 2021 out 22]. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/cfm-nao-recomenda-prescricao-da-fosfoetanolamina/>.
28. Firmino GS. Documentário – (Des) caminhos para o câncer: o caso da fosfoetanolamina sintética. [monografia]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2017. 76 p. [acesso em 2021 nov 5]. Disponível em: https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/52909/TCC_Gabriel_Snark.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
29. Brasil. Superior Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 5.501, de 19 de maio de 2016.

- Suspende a eficácia da Lei nº 13.269/2016. [acesso em 2021 set 28]. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=4966501>.
30. Alencar TOS, Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira e políticas farmacêuticas: uma análise dos fatos produzidos entre 2003 e 2014. *Saúde debate*. 2017 [acesso em 2023 jan 30]; 41(3):45-59. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S304>.
 31. Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de lei nº 8617, de 2017. Altera a Lei nº 13.021, de 2014, para dispor que a obrigatoriedade quanto à presença de farmacêutico durante todo o horário de funcionamento de farmácias de qualquer natureza não se aplica aos estabelecimentos que se caracterizam como microempresas, na forma da Lei Complementar nº 123, de 2006; aplicando-se nesse caso o art. 15 da Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. [acesso em 2021 set 14]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2152075>.
 32. Brasil. Lei nº 13.021 de 08 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. *Diário Oficial da União*. 8 Ago 2014. [acesso em 2021 set 14]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13021.htm.
 33. Federação Nacional dos Farmacêuticos. Projeto altera Lei 13.021 e acaba com a obrigatoriedade do farmacêutico. [acesso em 2022 set 25]. Disponível em: <https://fenafar.org.br/2022/05/08/projeto-altera-lei-13-021-e-acaba-com-a-obrigatoriedade-do-farmacutico/#:~:text=Projeto%20altera%20lei%2013.021%20e%20acaba%201>.
 34. Federação Nacional dos Farmacêuticos. Proposta da Fenafar ao deputado Domingos Neto protege a Lei 13.021. [acesso em 2021 set 25]. Disponível em: <https://fenafar.org.br/2022/05/08/proposta-da-fenafar-ao-deputado-domingos-neto-protege-a-lei-13021/>.
 35. Federação Nacional dos Farmacêuticos. Sinfarce e Fenafar propõem mudanças no PL 8.617/2017: propostas acatadas! 2017. [acesso em 2021 set 25]. Disponível em: <https://fenafar.org.br/2022/05/08/sinfarce-e-fenafar-propoem-mudancas-no-pl-8617-2017-propos>tas-acatadas/.
 36. Brasil. Câmara dos Deputados. Requerimento de Retirada de Proposição de Iniciativa Individual nº 7679, de 2017. Requer a retirada de tramitação do Projeto de Lei 8.617/2017, que Altera a Lei nº 13.021, de 2014, para dispor que a obrigatoriedade quanto à presença de farmacêutico durante todo o horário de funcionamento de farmácias de qualquer natureza não se aplica aos estabelecimentos que se caracterizam como microempresas, na forma da Lei Complementar nº 123, de 2006; aplicando-se nesse caso o art. 15 da Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. [acesso em 2021 set 25]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2162088>.
 37. Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de lei nº 9.919, de 2018. Cria o Programa de Fortalecimento e Interiorização da Assistência Farmacêutica e dá outras providências. [acesso em out 22]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2162088>.
 38. Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de lei nº 8301, de 2017. Acrescenta dispositivos a Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, para modificar o Programa Farmácia Popular do Brasil criar o Aqui tem Farmácia Popular e dar outras providências. [acesso em 2021 out 22]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2148030&ord=1>.
 39. Brasil. Senado Federal. Projeto de lei nº 545 de 2018. Dispõe sobre dispensação da prescrição de receita para medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição, isoladas ou em associação. [acesso em 2021 set 18]. Disponível em: <https://www.congressonacional.leg.br/materias/materias-bicamerais/-/ver/pls-545-2018>.
 40. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada nº 20, de 05 de maio de 2011. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição, isoladas ou em associação. [acesso em 2021 out 10]. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov>.

br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0020_05_05_2011.html.

41. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada nº 471, de 23 de fevereiro de 2021. Dispõe sobre os critérios para a prescrição, dispensação, controle, embalagem e rotulagem de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos de uso sob prescrição, isoladas ou em associação, listadas em Instrução Normativa específica. [acesso em 2021 out 10]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-471-de-23-de-fevereiro-de-2021-304923190>.
42. Organização Pan-Americana da Saúde. Trabalhando juntos para combater a resistência aos antimicrobianos. 2020. [acesso em 2021 out 28]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/folheto-trabalhando-juntos-para-combater-resistencia-aos-antimicrobianos>.
43. Estrela TS. Resistência antimicrobiana: enfoque multilateral e resposta brasileira. In: Brasil, Ministério da Saúde, organizadores. Saúde e Política Externa: os 20 anos da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (1998-2018). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018. p. 307-327. [acesso em 2021 nov 3]. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_politica_externa_20_anos_aisa.pdf.
44. Organização Mundial da Saúde. Plano de Ação Global para o Enfrentamento à Resistência aos Antimicrobianos. Geneva: Organização Mundial da Saúde; 2015. [acesso em 2021 nov 3]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241509763>.
45. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de ação nacional de prevenção e controle da resistência aos antimicrobianos no âmbito da saúde única 2018-2022 (PAN-BR). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018. [acesso em 2021 nov 3]. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/dezembro/20/af-pan-br-17dez18-20x28-csa.pdf>.
46. Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. Medicamentos: Cremesp manifesta-se contrário a Projeto de Lei que pretende eximir os antibióticos de prescrição médica. 2019. [acesso em 2021 nov 3]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAc=NoticiasC&id=5319>.
47. Conselho Regional de Farmácia do Estado de Alagoas. Alerta: Dispensa de antibióticos somente com receita e orientação do farmacêutico. 2019. [acesso em 2021 nov 5]. Disponível em: <http://www.crf-al.org.br/2019/01/dispensa-de-antibioticos-somente-com-receita-e-com-orientacao-do-farmacutico/>.
48. Mizytani LC. Entre as legitimidades técnicas e política: a Anvisa, o parlamento e o caso dos inibidores de apetite. [monografia]. Brasília, DF: Instituto Brasileiro de Direito Público; 2015. 47 p. [acesso em 2021 nov 10]. Disponível em: https://repositorio.idp.edu.br/bitstream/123456789/1873/1/Monografia_Larissa%20Caetano%20Mizutani.pdf.

Recebido em 11/05/2022
 Aprovado em 28/02/2023
 Conflito de interesses: inexistente
 Suporte financeiro: não houve

Edentulismo, necessidade de prótese e autopercepção de saúde bucal entre idosos institucionalizados

Edentulism, need for dentures, and self-perception of oral health among institutionalized older people

Ana Elisa Ribeiro¹, Gabriela Soares dos Santos¹, Marcia Helena Baldani¹

DOI: 10.1590/0103-1104202313716

RESUMO Objetivou-se descrever a condição de saúde bucal de idosos institucionalizados, com enfoque no edentulismo, na necessidade de prótese e na Autopercepção de Saúde Bucal (ASB), e explorar a associação com fatores individuais. Um estudo transversal foi realizado em Ponta Grossa, município do Sul do Brasil, com amostra de conveniência de idosos residentes em três Instituições de Longa Permanência para Idosos. Por meio de questionário estruturado, foram coletados dados sobre características demográficas, de saúde geral e bucal e acesso a serviços de saúde. No exame bucal, avaliou-se o Índice de dentes permanentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPO-D), número de dentes presentes, uso e necessidade de prótese dentária e presença de lesões bucais. Foram avaliados 130 idosos, a maioria com mais de 80 anos (62,20%). O CPO-D médio foi de 30,62 (desvio-padrão 2,85), 62,31% dos idosos eram edêntulos, 41,54% usavam e 79,23% necessitavam de prótese dentária. As lesões bucais foram identificadas em 35,42% dos avaliados, e 64,86% dos idosos classificaram a ASB como boa. Conclui-se que a saúde bucal dos participantes foi considerada ruim, do ponto de vista clínico, levando em consideração a alta prevalência de edentulismo e a necessidade do uso de prótese dentária.

PALAVRAS-CHAVE Idoso. Saúde bucal. Saúde do idoso institucionalizado. Boca edêntula. Prótese dentária.

ABSTRACT *The aim was to describe the oral health status of institutionalized older people, focusing on edentulism, need for dentures, and Self-Perception of Oral Health (SPOH), and to explore the association with individual factors. A cross-sectional study was carried out in Ponta Grossa, in the South of Brazil, with a convenience sample of older people living in three Long Stay Institutions for the Elderly. Using a structured questionnaire, data on demographic, general, and oral health characteristics and access to health services were collected. In the oral examination, the Index of Decayed, Missing and Filled permanent Teeth (DMFT), number of teeth present, use and need for dental prosthesis, and presence of oral lesions were evaluated. 130 older people were evaluated, most of them over 80 years old (62.20%). The mean DMFT was 30.62 (± 2.85), 62.31% of attendees were edentulous, 41.54% used, and 79.23% needed dental prosthesis. Oral lesions were identified in 35.42% of those evaluated and 64.86% of the participants classified their SPOH as good. It is concluded that the oral health of the participants was considered poor, from a clinical point of view, taking into account the high prevalence of edentulism and the need to use dental prosthesis.*

KEYWORDS *Aged. Oral health. Health of institutionalized elderly. Mouth, edentulous. Dental prosthesis.*

¹Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) - Ponta Grossa (PR), Brasil. anaribeiro0@hotmail.com



Introdução

A proporção de idosos na população geral tem aumentado a cada ano, e o número de pessoas com 60 anos ou mais vai mais que dobrar no mundo até 2050, passando dos atuais 900 milhões para cerca de 2 bilhões¹. Esse processo de transição demográfica mundial caminha em paralelo com o desenrolar da transição epidemiológica, mudando o perfil de doenças agudas para doenças crônicas^{2,3}. Com o aumento da expectativa de vida e com a mudança no panorama das doenças, torna-se maior a necessidade de produzir conhecimento sobre a condição de saúde da população idosa e do processo de envelhecimento.

O cuidado com a saúde bucal do idoso tem relação com a melhora das funções estomatognáticas, nutrição, relações interpessoais e autoestima, qualidade de vida e percepção de saúde⁴, entre outros fatores que estão diretamente ligados à quantidade e à qualidade de dentes presentes na cavidade oral. A falta de dentes naturais ou artificiais pode ocasionar dificuldade de mastigação, causar dor e insatisfação, bem como resultar em impactos psicológicos negativos, fatores relacionados com a fragilidade em idosos⁵.

Idosos residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos (IUPI) podem ser caracterizados no contexto de vulnerabilidade^{6,7} e são considerados pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI)⁸ como indivíduos mais fragilizados e com maiores riscos a determinados agravos à saúde⁶. Os idosos institucionalizados podem apresentar a condição de saúde bucal precária^{7,9-11}, o que afeta diretamente a qualidade de vida dessa parcela da população⁶. O edentulismo, desfecho comum entre os mais velhos, tem forte relação com o efeito crônico e cumulativo das doenças dentárias^{7,9}, como a experiência de cárie e de doença periodontal, além de outros fatores relacionados com as questões de acesso e utilização de serviços de saúde.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) tinha como meta para o ano 2000 que houvesse pelo menos 50% dos indivíduos de 65-74 anos com 20 ou mais dentes na boca¹², quantitativo considerado como definição de dentição funcional. Entretanto, 22 anos depois, a população continua edêntula e sofrendo com os impactos negativos da perda dentária^{13,14}. Identificada na terceira idade, a perda dental trouxe como consequência o aumento pela demanda por serviços de saúde¹⁵, entre os quais, a necessidade de próteses dentárias para substituir os dentes perdidos¹⁶. A reabilitação protética seria uma opção viável para reduzir os prejuízos da ausência dentária para mastigação, digestão, fonação e estética, além dos fatores psicológicos e sociais, como a qualidade de vida e a percepção de saúde^{4,5}.

O elevado custo para o tratamento, as dificuldades de uso e acesso aos serviços de saúde, a falta de suporte social e outros fatores podem colaborar para a manutenção do edentulismo e para o impacto negativo na qualidade de vida dos indivíduos⁹. Vale ressaltar que a saúde do idoso deve ser garantida pelo Estado e ser considerada como prioridade nos mais diversos níveis de atenção⁸. Reconhecer os motivos que resultam na perda dentária, na necessidade de prótese e na autopercepção de saúde é passo importante para subsidiar discussões sobre as políticas de saúde atuais e propor estratégias para fornecer um melhor cuidado em saúde bucal para a população idosa institucionalizada. Dessa forma, o objetivo deste estudo foi descrever avaliar a condição de saúde bucal e explorar os fatores associados ao edentulismo, à necessidade de prótese e à Autopercepção de Saúde Bucal (ASB) entre idosos institucionalizados do município de Ponta Grossa, Paraná (PR).

Material e métodos

Para obter os dados de saúde dos idosos institucionalizados, um estudo transversal foi realizado por meio da aplicação de questionário e

exame clínico bucal em idosos que residem em Ilpi do município de Ponta Grossa-PR. A coleta de dados do estudo ocorreu entre os meses de setembro e dezembro de 2019, sendo que havia quatro Ilpi de caráter não governamental no município em questão, segundo registro do Censo Suas de 2019, das quais três aceitaram participar do estudo. Cabe ressaltar que não existia registro de Ilpi governamentais no Censo Suas de 2019. Os representantes legais de cada Ilpi assinaram termo de concordância sobre a realização da pesquisa.

A amostra foi de conveniência, sendo incluídos todos os idosos que aceitaram participar, por meio de assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes, no momento da entrevista. No caso dos idosos considerados analfabetos ou incapazes de assinar (dificuldade motora), mas com capacidade cognitiva para fornecer consentimento, a assinatura foi coletada no formato de carimbo da digital do dedo polegar ou outro. Não foram incluídos no estudo os idosos que não estavam aptos a serem submetidos ao exame bucal, como a impossibilidade de receber orientações básicas e casos de doentes terminais.

Para a elaboração do instrumento de coleta de dados, foi utilizado como referência o questionário aplicado pelo estudo Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (Sabe), desenvolvido pela Faculdade de São Paulo/Universidade de São Paulo. De modo geral, foram incluídas informações sobre demografia, saúde geral, acesso aos serviços de saúde e saúde geral. As características demográficas e de saúde geral obtidas de forma autorreferida foram: sexo; idade; raça/cor; tabagismo e percepção de saúde geral. Informações sobre hipertensão e diabetes foram obtidas por meio de ficha de registro da instituição. Cabe ressaltar que a ficha de registro não era prontuário médico, mas uma lista fornecida pelo responsável de cada instituição, contendo nome, data de nascimento, idade e uso de medicação para hipertensão e/ou diabetes mellitus.

A função cognitiva foi avaliada por meio do teste Miniexame do Estado Mental (Meem).

O instrumento Meem apresenta pontuação de zero a 30 pontos, e os escores mais altos obtidos indicam melhor desempenho cognitivo. No presente estudo, optou-se por utilizar o valor da mediana como ponto de corte (20 pontos). Cabe ressaltar que, até o momento, não há consenso quanto aos pontos de corte para declínio cognitivo no Brasil, sendo que a escolaridade e a idade podem ser utilizadas como escores de ponto de corte¹⁷. Para fins de análise, e para assegurar maior consistência nas respostas, as informações de caráter subjetivo relacionadas com acesso a serviços de saúde, saúde geral e bucal, necessidade de tratamento e problema de saúde foram analisadas apenas para os idosos com capacidade cognitiva igual ou superior a 20 pontos.

A aplicação do Meem foi realizada com um total de 75 idosos (57% da amostra total), pois, entre a população investigada, existiam pessoas acamadas e sem comunicação verbal, afônicas, não comunicativas, com deficiência auditiva, que não respondiam a comandos, com diagnóstico de Alzheimer, com dificuldade de comunicação e grau de dependência III (idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e ou com comprometimento cognitivo).

Em relação ao acesso a serviços de saúde, as informações obtidas foram: data da última consulta odontológica; motivo da consulta e local de atendimento. A necessidade de saúde bucal percebida foi aferida a partir das questões: percepção de problema de saúde bucal, indicação de necessidade de tratamento odontológico e ASB; para esta última, utilizou-se o Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI).

O GOHAI é composto por 12 questões, com respostas em escala Likert de cinco pontos (sempre, frequentemente, algumas vezes, raramente ou nunca), sobre problemas bucais que afetam funções físicas e funcionais, aspectos psicológicos, dor e desconforto dos idosos. O GOHAI é medido em uma escala de 12 a 60 pontos, sendo que quanto maior a pontuação,

melhor a ASB. Para este estudo, a variável foi categorizada em condição bucal ruim (<52 pontos) e boa (≥ 52 pontos), dicotomizada a partir da mediana (52 pontos).

Após aplicação do questionário, foi realizado o exame clínico por pesquisadoras treinadas e calibradas, sendo uma aluna de graduação e uma aluna de pós-graduação. Antes da coleta de dados nas Ilpi, foi realizado um estudo-piloto, durante dois meses, com adultos e idosos (13 participantes no total) atendidos nas clínicas odontológicas da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) para treinamento da metodologia tanto do questionário quanto do exame clínico e calibração dos examinadores para coleta do CPO-D.

A técnica de calibração foi a mesma adotada pelo SB Brasil 2010¹⁸, por meio de consenso e calculando os coeficientes de concordância entre cada examinador, tendo como limite mínimo aceitável o valor de 0,65 de coeficiente Kappa. Dessa forma, os seguintes coeficientes Kappa foram identificados: interexaminador CPO-D: 0,89 (IC 95% 0,853-0,942); intraexaminador 01 CPO-D: 0,904 (IC 95% 0,861-0,948); intraexaminador 02 CPO-D: 0,865 (IC 95% 0,810-0,920).

Para o exame clínico bucal dos idosos, foram utilizados ficha clínica e materiais descartáveis, como luvas, máscaras, gorro, afastadores de madeira e compressas de gaze. Para facilitar a visualização, foram empregados espelhos clínicos; e, quando necessário, uma higienização rápida da boca foi feita com gaze, para remoção de restos alimentares. O exame foi realizado em um cômodo, como sala de estar e espaço de convivência, com a iluminação artificial do espaço (lâmpadas acesas) ou em ambiente externo com a luz natural do dia (jardim e espaços externos de convivência). Os idosos acamados foram avaliados em seus leitos com iluminação artificial.

As seguintes condições bucais foram avaliadas durante o exame: número de dentes presentes; uso e necessidade de prótese dentária; tipo de uso e de necessidade de prótese dentária; presença de lesão de mucosa associada ao

uso de prótese (estomatite protética); qualidade da prótese e índice de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados considerando 32 dentes no total (CPO-D).

Partindo do pressuposto que o edentulismo é característica marcante entre as pessoas idosas, avaliar quais fatores estão associados a tal condição oral é importante para entender quais motivos podem colaborar para a perda dentária. Quando a ausência de dentes é identificada, a necessidade de prótese pode ser um dos desfechos presentes, motivo pelo qual os fatores associados também foram investigados. Sendo assim, os desfechos de interesse foram: edentulismo, necessidade de prótese e ASB.

Foram realizadas análises descritivas (frequência absoluta e relativa) de todas as variáveis do estudo. Para o CPO-D, avaliado de forma numérica contínua, foram calculados as médias e o desvio-padrão, tanto para a população geral como para a estratificação de dentados, bem como para a faixa etária preconizada pela OMS e utilizada no levantamento de saúde bucal nacional¹⁸. Na sequência, foi realizada análise bivariada para buscar associações entre edentulismo e as características demográficas, de saúde geral e de saúde bucal. A necessidade de prótese também foi um desfecho de interesse, e foi realizada análise bivariada para avaliar os fatores associados.

Foi efetuada análise bivariada para identificar associações entre ASB e características acima mencionadas, sendo que, para esta análise, foram incluídos apenas os idosos que apresentaram classificação de função cognitiva como boa (resultado do Meem maior que a mediana da amostra, conforme detalhado anteriormente). Para todas as análises bivariadas, utilizou-se o teste Qui-quadrado ou teste Exato de Fisher para identificar as associações entre as variáveis categóricas.

Em todas as análises bivariadas de associação, para as variáveis de caráter subjetivo e/ou autoavaliado (raça/cor, autopercepção de saúde geral, tabagismo, última consulta odontológica, motivo da consulta, local de atendimento, problema de saúde bucal atualmente,

necessidade de tratamento odontológico, ASB), foram incluídos nas análises bivariadas apenas os idosos considerados com boa função cognitiva de acordo com o resultado do Meem.

Após teste de Shapiro Wilk para normalidade, as variáveis contínuas foram analisadas por estatística não paramétrica, por meio do coeficiente de correlação de Spearman. Identificaram-se, por meio da matriz de correlação, as associações entre o total de dentes presentes e do índice CPO-D, a função cognitiva (escore Meem) e a idade em anos. Para todos os testes acima mencionados, as associações foram consideradas significativas quando os valores de *p* foram menores ou iguais a 0,05 (nível de significância de 5%).

O estudo foi aprovado por meio do Comitê de Ética em Pesquisa da UEPG (CAAE: 13934619.6.0000.0105).

Resultados e discussão

Do total de idosos residentes nas Ilpi (n=176), 130 foram avaliados (73,86%). Não foi possível avaliar todos os idosos, pois alguns não aceitaram participar da pesquisa e outros não estavam nas instituições no momento em que as coletas foram realizadas, visto que haviam saído para consulta médica, visita familiar e outros compromissos. Quanto aos aspectos demográficos, a maior parte da amostra foi composta por mulheres (77,69%) e por idosos com 80 anos ou mais (62,20%). Segundo os dados fornecidos pelas instituições, obtidos por meio do acesso às fichas de registro dos moradores, quanto às características de saúde geral, identificou-se que 50% dos idosos eram hipertensos e que 30,19% tinham diabetes mellitus. Na *tabela 1*, observa-se a caracterização da amostra.

Tabela 1. Características dos idosos residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos do município de Ponta Grossa (PR)

Variáveis	n (%)
Características demográficas	
Sexo (n=130)	
Mulher	101 (77,69)
Homem	29 (22,31)
Grupo etário (anos) (n=127)	
60-79 anos	48 (37,80)
80 anos ou mais	79 (62,20)
Raça/cor (n=41)	
Branca	25 (60,98)
Outras ^a	16 (39,02)
Características de saúde geral	
Função cognitiva (n=75)	
Boa	42 (56,00)
Ruim	33 (44,00)
Hipertensão ^b (n=54)	
Sim	27 (50,00)
Não	27 (50,00)
Diabetes ^c (n=53)	
Sim	16 (30,19)
Não	37 (69,81)

Tabela 1. Características dos idosos residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos do município de Ponta Grossa (PR)

Variáveis	n (%)
Autopercepção de saúde geral (n=42)	
Ruim	20 (47,62)
Boa	22 (52,38)
Tabagismo (n=42)	
Já fumou/fumante	21 (50,00)
Nunca fumou	21 (50,00)
Acesso a serviços de saúde	
Última consulta odontológica (n=40)	
3 anos ou mais	16 (40,00)
Até 2 anos	24 (60,00)
Motivo da consulta (n=37)	
Dor/extração	9 (24,32)
Revisão, prevenção, rotina, tratamento	28 (75,68)
Local de atendimento (n=39)	
Consultório particular/consultório empresa ou sindicato/plano de saúde	19 (48,72)
Unidade de Saúde/Instituição de Longa Permanência	20 (51,28)
Características de saúde bucal	
Problema de saúde bucal atualmente (n=42)*	
Sim	13 (30,95)
Não	29 (69,08)
Necessidade de tratamento odontológico (n=42)*	
Sim	16 (38,10)
Não	26 (61,90)
Autopercepção de saúde bucal (n=37)*	
Ruim	13 (35,14)
Bom	24 (64,86)
Dentes presentes (n=130)	
Dentado	49 (37,69)
Edêntulo	81 (62,31)
Uso de prótese (n= 130)	
Sim	54 (41,54)
Não	76 (58,46)
Tipo de uso de prótese (n=54)	
Prótese Total (PT)	42 (77,78)
Outro tipo de prótese ^d	12 (22,22)
Necessidade de prótese (n=130)	
Sim	103 (79,23)
Não	27 (20,77)
Tipo de necessidade de prótese (n=103)	
PT	77 (74,76)
Outro tipo de prótese ^d	26 (25,24)

Tabela 1. Características dos idosos residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos do município de Ponta Grossa (PR)

Variáveis	n (%)
Lesão/lesões mucosas (n=48)	
Sim	17 (35,42)
Não	31 (64,58)
Retenção da prótese (n=43)	
Sim	34 (79,07)
Não	9 (20,93)
Estabilidade e reciprocidade (n=43)	
Sim	30 (69,77)
Não	13 (30,23)
Fixação (n= 43)	
Sim	33 (76,74)
Não	10 (23,26)
Estética (n= 43)	
Sim	31 (72,09)
Não	12 (27,91)

Fonte: elaboração própria.

^a Outros: preta, amarela, parda, indígena e outras; ^b Hipertensão; e ^c Diabetes: variáveis obtidas da ficha de cada idoso fornecida pela instituição; ^d Outros tipos de próteses: Prótese Parcial Removível (PPR); Prótese Fixa (PF); Combinação PT/PPR/PF; *Foram consideradas as respostas dos idosos classificados com função cognitiva boa.

Os idosos foram avaliados em relação à capacidade cognitiva por meio do Meem (função cognitiva boa ou ruim). Foram coletados dados de 75 idosos (57,69% da amostra total), sendo que os escores variaram de 1 a 30, com média de 19,17 (desvio-padrão 6,19) e mediana de 20. Considerando a mediana como ponto de corte, nota-se que 33 (44%) deles foram classificados com menos de 20 pontos, e 42 (56%), com 20 pontos ou mais.

Entre os 42 idosos com função cognitiva boa e consequente capacidade para responder às perguntas subjetivas, 52,38% afirmaram ter uma percepção boa da saúde geral. Esses idosos responderam ao instrumento GOHAI, e o escore médio obtido foi de 50,05 (desvio-padrão 8,60) e mediana de 52. Quando o GOHAI foi categorizado, utilizando como ponto de corte a mediana, e deu origem à ASB, 64,86% dos idosos foram classificados com ASB boa. Quanto às características de saúde bucal, a maioria dos participantes (69,08%) afirmou não estar com problema de saúde bucal no

momento da entrevista e não necessitar de tratamento odontológico (61,90%).

Quando questionados sobre o acesso a serviços de saúde, 60% informaram ter realizado a última consulta odontológica nos dois últimos anos, sendo que a maioria foi ao dentista para revisão, prevenção, rotina ou para realizar algum tratamento. A maior parte dos atendimentos (51,28%) aconteceu em unidades de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) ou na própria Ilpi.

Todos os 130 idosos foram avaliados quanto à presença de dentes; e, destes, 62,31% eram edêntulos totais. Verificou-se que 58,46% das pessoas não faziam uso de prótese. Independentemente do uso ou não de prótese, observou-se a necessidade de reabilitação protética, por meio da confecção de nova prótese para os que não faziam uso dela ou substituição de próteses com má qualidade. Dessa forma, 79,23% de todos os idosos avaliados necessitavam de algum tipo de prótese.

Em relação ao tipo de necessidade de prótese, foi possível identificar que a maioria

dos idosos necessita de prótese total tanto superior (73%) quanto inferior (73%). A combinação de próteses fixas e/ou próteses parciais removíveis também foi relevante entre os idosos, ou seja, aqueles que ainda mantêm dentes na cavidade oral precisam de reabilitações mais complexas, não de apenas um elemento.

A qualidade da prótese foi avaliada conforme informado na *tabela 1*. A maioria dos idosos (64,58%) não apresentava lesão associada ao uso da prótese (estomatite protética). Contudo, algumas próteses não estavam adequadas quanto a: retenção (20,93%); estabilidade e reciprocidade (30,23%); fixação (23,26%); e estética (27,91%), sendo indicativas de troca/substituição.

O índice CPO-D para a amostra total foi de 30,62 (desvio-padrão 2,85); e para a amostra estratificada dos dentados, foi de 28,25

(desvio-padrão 3,64). Levando em consideração a padronização da faixa etária de 64-75 anos para estudos epidemiológicos com idosos, o CPO-D para tal grupo etário foi de 30,61 (desvio-padrão 2,85).

Quando os idosos foram classificados em dentados ou edêntulos totais (*tabela 2*), identificou-se que os grupos diferiram entre si em relação a: idade; presença de hipertensão; última visita odontológica; tipo de uso e de necessidade de prótese. Foi identificada uma prevalência maior de edentulismo entre idosos mais velhos (80 anos ou mais). Além disso, prevalência de hipertensão foi maior entre os edêntulos. Ademais, foram verificadas maiores proporções de dentados que foram ao dentista nos últimos 1 ou 2 anos.

Tabela 2. Associação entre edentulismo e características demográficas, saúde geral e saúde bucal de idosos residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos do município de Ponta Grossa (PR)

Variáveis	Dentado	Edêntulo	p
	n (%)	n (%)	
Características demográficas			
Sexo			
Mulher	35 (71,43)	66 (81,48)	0,182
Homem	14 (28,57)	15 (18,52)	
Grupo etário (anos)			
60-79 anos	26 (54,17)	22 (27,85)	0,003
80 anos ou mais	22 (45,83)	57 (72,15)	
Raça/cor			
Branca	13 (68,42)	12 (54,55)	0,364
Outras ^a	6 (31,58)	10 (45,45)	
Características de saúde geral			
Autopercepção de saúde geral (n=42)			
Ruim	11 (57,89)	9 (39,13)	0,226
Boa	8 (42,11)	14 (60,87)	
Tabagismo (n=42)			
Já fumou/fumante	9 (47,37)	12 (52,17)	0,757
Nunca fumou	10 (52,63)	11 (47,83)	
Hipertensão ^b			
Sim	12 (75)	15 (39,47)	0,035*
Não	4 (25)	23 (60,53)	

Tabela 2. Associação entre edentulismo e características demográficas, saúde geral e saúde bucal de idosos residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos do município de Ponta Grossa (PR)

Variáveis	Dentado	Edêntulo	p
	n (%)	n (%)	
Diabetes ^b			
Sim	13 (86,67)	24 (63,16)	0,112*
Não	2 (13,33)	14 (36,84)	
Acesso a serviços de saúde			
Última visita odontológica (n=40)			
3 anos ou mais	3 (15,79)	13 (61,60)	0,004
Até 2 anos	16 (84,21)	8 (38,10)	
Motivo da consulta (n=37)			
Dor/extração	5 (26,32)	4 (22,22)	0,772
Revisão, prevenção, rotina e tratamento	14 (73,68)	14 (77,78)	
Local de atendimento (n=39)			
Consultório particular/consultório empresa ou sindicato/plano de saúde	7 (38,89)	12 (57,14)	0,256
Unidade de Saúde ou Instituição de Longa Permanência	11 (61,11)	9 (42,86)	
Características de saúde bucal			
Problema de saúde bucal atualmente (n=42)			
Sim	8 (42,11)	5 (21,74)	0,155
Não	11 (57,89)	18 (78,26)	
Necessidade de tratamento odontológico (n=42)			
Sim	10 (52,63)	6 (26,09)	0,078
Não	9 (47,37)	17 (73,91)	
Autopercepção de saúde bucal (n=42)			
Ruim	6 (31,58)	5 (21,74)	0,470
Boa	13 (68,42)	18 (78,26)	
Uso de prótese			
Sim	23 (46,94)	31 (38,27)	0,331
Não	26 (53,06)	50 (61,73)	
Necessidade de prótese			
Não	9 (18,37)	18 (22,22)	0,600
Sim	40 (81,63)	63 (77,78)	
Tipo de necessidade de prótese			
Prótese Total (PT)	15 (37,50)	63 (100,00)	<0,001*
Outro tipo de prótese ^c	25 (62,50)	0 (00,00)	
Lesão mucosas			
Sim	29 (59,18)	37 (45,68)	0,136
Não	20 (40,82)	44 (54,32)	
Retenção da prótese			
Sim	12 (70,59)	24 (82,76)	0,334
Não	5 (29,41)	5 (17,24)	

Tabela 2. Associação entre edentulismo e características demográficas, saúde geral e saúde bucal de idosos residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos do município de Ponta Grossa (PR)

Variáveis	Dentado	Edêntulo	p
	n (%)	n (%)	
Estabilidade e reciprocidade			
Sim	10 (58,82)	22 (75,86)	0,225
Não	7 (41,18)	7 (24,14)	
Fixação			
Sim	12 (70,59)	24 (82,76)	1,000*
Não	5 (29,41)	5 (17,24)	
Estética			
Sim	12 (70,59)	22 (75,86)	0,694
Não	5 (29,41)	7 (24,14)	

Fonte: elaboração própria.

^a Outras: preta, amarela, parda, indígena e outras; ^b Hipertensão e diabetes: variáveis obtidas da ficha clínica da instituição; ^c Outros tipos de próteses: Prótese Parcial Removível (PPR); Prótese Fixa (PF); Combinação PT/PPR/PF. * Teste Exato de Fisher.

Em relação aos fatores associados à necessidade de prótese (tabela 3), apenas o motivo da última consulta odontológica e o uso de prótese estiveram associados. A maioria dos idosos que necessitam de prótese (66,67%) procurou o dentista para tratamento de rotina,

sem apresentar quadro de dor ou outra urgência. Em relação ao uso de prótese, a maioria dos idosos que necessitam de prótese nova ainda não faz uso (73,79%), mas cabe ressaltar que metade dos idosos que já usam prótese precisa de substituições.

Tabela 3. Associação entre necessidade de prótese e características demográficas, saúde geral e saúde bucal de idosos com capacidade cognitiva, residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos do município de Ponta Grossa (PR)

Variáveis	Não necessita (27)	Necessita (103)	p
	n (%)	n (%)	
Características demográficas			
Sexo			
Mulher	24 (88,89)	77 (74,76)	0,091*
Homem	3 (11,11)	26 (25,24)	
Grupo etário (anos)			
60-79 anos	11 (40,74)	37 (37,00)	0,722
80 anos ou mais	16 (59,26)	63 (63,00)	
Raça/cor (n=41)			
Branca	6 (50,00)	19 (65,52)	0,354
Outras ^a	6 (50,00)	10 (34,48)	
Características de saúde geral			
Autopercepção de saúde geral (n=42)			
Ruim	4 (33,33)	16 (53,33)	0,204*
Boa	8 (66,67)	14 (46,67)	

Tabela 3. Associação entre necessidade de prótese e características demográficas, saúde geral e saúde bucal de idosos com capacidade cognitiva, residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos do município de Ponta Grossa (PR)

Variáveis	Não necessita (27) n (%)	Necessita (103) n (%)	p
Tabagismo (n=42)			
Já fumou/fumante	6 (50,00)	6 (50,00)	1,000
Nunca fumou	15 (50,00)	15 (50,00)	
Função cognitiva (n=75)			
Ruim	7 (36,84)	26 (46,43)	0,467
Boa	12 (63,16)	30 (53,57)	
Acesso a serviços de saúde			
Última consulta odontológica (n=40)			
3 anos ou mais	5 (45,45)	11 (37,93)	0,467*
Até 2 anos	6 (54,55)	18 (62,07)	
Motivo da consulta (n=37)			
Dor/extração	0 (00,00)	9 (33,33)	0,038*
Revisão, prevenção, rotina, tratamento	10 (100,00)	18 (66,67)	
Local de atendimento (n=39)			
Consultório particular/consultório empresa ou sindicato/ plano de saúde	6 (54,55)	13 (46,43)	0,460*
Unidade de Saúde ou Instituição de Longa Permanência	5 (45,45)	15 (53,57)	
Características de saúde bucal			
Problema de saúde bucal atualmente (n=42)			
Sim	2 (16,67)	11 (36,67)	0,187*
Não	10 (83,33)	19 (63,33)	
Necessidade de tratamento odontológico (n=42)			
Sim	6 (50,00)	10 (33,33)	0,315
Não	6 (50,00)	20 (66,67)	
Autopercepção de saúde bucal (n=37)			
Ruim	2 (20,00)	11 (40,74)	0,219*
Boa	8 (80,00)	16 (59,26)	
Dentes presentes (n=130)			
Dentado	9 (33,33)	40 (38,83)	0,600
Edêntulo	18 (66,67)	63 (61,17)	
Uso de prótese (n=130)			
Sim	27 (100,00)	27 (26,21)	<0,001*
Não	0 (00,00)	76 (73,79)	
Tipo de uso de prótese (n=54)			
Prótese Total (PT)	21 (77,78)	21 (77,78)	1,000
Outro tipo de prótese ^b	6 (22,22)	6 (22,22)	

Fonte: elaboração própria.

^a Outras: Preta, amarela, parda, indígena e outras; ^b Outros tipos de próteses: Prótese Parcial Removível (PPR); Prótese Fixa (PF); Combinação PT/PPR/PF; * Teste Exato de Fisher.

Na *tabela 4*, observa-se que a ASB negativa foi associada à identificação de problema de saúde bucal atual ($p < 0,05$). Para todas as

demais características demográficas, saúde geral e saúde bucal, não houve diferenças estatisticamente significantes ($p > 0,05$).

Tabela 4. Associação entre autopercepção de saúde bucal e características demográficas, saúde geral e saúde bucal de idosos com capacidade cognitiva, residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos do município de Ponta Grossa (PR)

Variáveis	ASB ^a ruim (13) n (%)	ASB ^a boa (24) n (%)	p
Características demográficas			
Sexo			
Mulher	8 (61,54)	18 (75,00)	0,392
Homem	5 (38,46)	6 (25,00)	
Grupo etário (anos)			
60-79 anos	8 (61,54)	9 (39,13)	0,196
80 anos ou mais	5 (38,46)	14 (60,87)	
Raça/cor			
Branca	9 (69,23)	13 (56,52)	0,501*
Outras ^b	4 (30,77)	10 (43,48)	
Características de saúde geral			
Autopercepção de saúde geral			
Ruim	6 (46,15)	12 (50,00)	0,823
Boa	7 (53,85)	12 (50,00)	
Tabagismo			
Já fumou/fumante	5 (38,46)	13 (54,17)	0,362
Nunca fumou	8 (61,54)	11 (45,83)	
Acesso a serviços de saúde			
Última consulta odontológica			
3 anos ou mais	4 (30,77)	10 (45,45)	0,488*
Até 2 anos	9 (69,23)	12 (54,55)	
Motivo da consulta			
Dor/extração	5 (41,67)	3 (15,00)	0,116*
Revisão, prevenção, rotina, tratamento	7 (58,33)	17 (85,00)	
Local de atendimento			
Consultório particular/consultório empresa ou sindicato/plano de saúde	5 (38,46)	12 (57,14)	0,290*
Unidade de Saúde ou Instituição de Longa Permanência	8 (61,54)	9 (42,86)	
Características de saúde bucal			
Problema de saúde bucal atualmente			
Sim	8 (61,54)	4 (16,67)	0,010*
Não	5 (38,46)	20 (83,33)	
Necessidade de tratamento odontológico			
Sim	5 (38,46)	8 (33,33)	0,755
Não	8 (61,54)	16 (66,67)	
Autopercepção de saúde bucal			
Ruim	6 (46,15)	4 (16,67)	0,118*

Tabela 4. Associação entre autopercepção de saúde bucal e características demográficas, saúde geral e saúde bucal de idosos com capacidade cognitiva, residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos do município de Ponta Grossa (PR)

Variáveis	ASB ^a ruim (13)	ASB ^a boa (24)	p
	n (%)	n (%)	
Boa	7 (53,85)	20 (83,33)	
Dentes presentes			
Dentado	7 (53,85)	9 (37,50)	0,338
Edêntulo	6 (46,15)	15 (62,50)	
Uso de prótese			
Sim	9 (69,23)	14 (58,33)	0,724*
Não	4 (30,77)	10 (41,67)	
Tipo de uso de prótese			
Prótese Total (PT)	8 (88,89)	12 (85,71)	1,000*
Outro tipo de prótesec	1 (11,11)	2 (14,29)	
Necessidade de prótese			
Não	2 (15,38)	8 (33,33)	0,440*
Sim	11 (84,62)	16 (66,67)	
Tipo de necessidade de prótese			
PT	5 (45,45)	7 (43,75)	0,930
Outro tipo de prótesec	6 (54,55)	9 (56,25)	
Lesão/lesões mucosas			
Sim	10 (76,92)	11 (45,83)	0,091*
Não	3 (23,08)	13 (54,17)	
Retenção da prótese			
Sim	6 (66,67)	13 (92,86)	0,260*
Não	3 (33,33)	1 (7,14)	
Estabilidade e reciprocidade			
Sim	5 (55,56)	11 (78,57)	0,363*
Não	4 (44,44)	3 (21,43)	
Fixação			
Sim	7 (77,78)	13 (92,86)	0,538*
Não	2 (22,22)	1 (7,14)	
Estética			
Sim	7 (77,78)	11 (78,57)	1,000*
Não	2 (22,22)	3 (21,43)	

Fonte: elaboração própria.

^a ASB: Autopercepção de Saúde Bucal medida pelo Geriatric Oral Health Index (GOHAI); ^b Outras: preta, amarela, parda, indígena e outras; ^c Outros tipos de próteses: Prótese Parcial Removível (PPR); Prótese Fixa (PF); Combinação PT/PPR/PF; * Teste Exato de Fisher.

A *tabela 5* apresenta as associações entre as variáveis contínuas: idade; capacidade cognitiva; ASB; e experiência de cárie, considerando a amostra total de idosos participantes. Percebe-se que quanto maior a idade, menor a capacidade cognitiva. Além disso,

quanto maior a idade, menor o número total de dentes presentes e maior o total do índice CPO-D. Nota-se também uma correlação entre o número total de dentes, ou seja, quanto mais dentes, maior o número de dentes cariados e obturados e menor o total do índice CPO-D.

Tabela 5. Matriz de correlação de Spearman. Associação entre as variáveis de condição de saúde bucal, idade e capacidade cognitiva entre idosos residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos do município de Ponta Grossa (PR)

	Idade	MEEM ^a	ASB ^b	Total dentes	C	P	O	CPO-D ^c
Idade	1,0	-	-	-	-	-	-	-
MEEMa	0,329*	1,0	-	-	-	-	-	-
ASBb	0,188	0,058	1,0	-	-	-	-	-
Total dentes	-0,281*	0,050	-0,026	1,0	-	-	-	-
C	-0,204	-0,071	-0,024	0,628*	1,0	-	-	-
P	-0,325*	-0,083	0,075	-0,962*	-0,656*	1,0	-	-
O	-0,353*	0,1236	-0,049	0,892*	0,449*	-0,924*	1,0	-
CPO-Dc	0,300*	-0,174	0,020	-0,758*	-0,217	0,786*	-0,816*	1,0

Fonte: elaboração própria.

^a MEEM: Miniexame do Estado Mental; ^b ASB: Autopercepção de Saúde Bucal medida pelo Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI); ^c CPO-D: Índice de dentes cariados (C), Perdidos (P) e Obturados (O); * Correlação significativa ao nível de 5%.

A maioria dos idosos avaliados era edêntula, necessitava de prótese dentária e autopercebeu a saúde bucal adequada (boa). O edentulismo foi mais prevalente entre os idosos com 80 anos de idade ou mais e entre aqueles que foram ao dentista há três anos ou mais, sendo que quantos mais dentes presentes na cavidade oral, maior a quantidade de dentes cariados no índice CPO-D. A maior necessidade de prótese foi do tipo prótese total. Entre os idosos que autoperceberam a saúde bucal boa, a maioria relatou não estar com problema de saúde bucal atualmente.

A alta prevalência de edentulismo identificada no presente estudo, assim como em outros^{6,19-21} já realizados com idosos no Brasil e em outros lugares do mundo, contraria a preconização da OMS de que apenas 5% dos idosos fossem desdentados em 2010 e as metas definidas tanto pela OMS quanto pela Federação Dentária Internacional (FDI) de que pelo menos 50% dos indivíduos entre 65 e 79 anos devem possuir, no mínimo, 20 dentes funcionais na cavidade bucal¹².

Na matriz de correlação, foi possível identificar que, conforme a idade dos idosos aumentou, houve diminuição no número de dentes presentes; enquanto possuir mais dentes na boca esteve correlacionado com aumento de dentes cariados no índice CPO-D. Para os idosos dentados, o CPO-D médio do presente estudo foi semelhante ao encontrado

por Francisco et al.²² em estudo realizado na Bahia (29,02), assim como nos resultados de Melo et al.²³ (28,9) coletados em Natal, Rio Grande do Norte, e próximo ao apresentado pelo Projeto SB 2010¹⁸ da região Sul (28,89). Na revisão sistemática sobre os níveis de saúde bucal, o impacto da saúde bucal na qualidade de vida e os fatores associados entre os idosos institucionalizados realizada por Wong et al.¹¹, identificou-se que, entre os artigos incluídos na revisão e que avaliaram o CPO-D (n=13), a pontuação média de CPO-D variou de 11,30 (Índia) a 28,80 (Brasil).

Nota-se elevado CPO-D entre idosos institucionalizados, e a presença de dentes naturais na cavidade oral não garante boa saúde bucal, pois tais dentes precisam estar em oclusão e funcionamento, permitindo a mastigação, a fonação, a estética, entre outras funções¹¹. Sendo assim, os dentes naturais presentes também são suscetíveis a problemas de saúde bucal, como doença periodontal e cárie dentária, causando dor, desconforto, problemas alimentares, malnutrição, dificuldades de fala, problemas estéticos, predisposição a várias doenças não transmissíveis, sofrimento psicossocial, impacto negativo na qualidade de vida, entre outros^{4,11}.

Para suprir a falta de dentes, faz-se necessária a reabilitação protética. A utilização de próteses, seja total ou parcial, tende a melhorar as funções físicas, incluindo mastigar, falar,

sorrir e se comunicar¹¹. Entretanto, não basta apenas fazer uso da prótese, pois esta deve estar completamente adequada à cavidade oral, permitindo que todas as funções sejam realizadas sem impactar negativamente na qualidade de vida do idoso. No presente estudo, identificou-se que muitas próteses já em uso tinham a indicação de troca, assim como outros resultados apresentados na literatura^{7,24,25}, uma vez que apresentavam comprometimento dos fatores como retenção, estabilidade, fixação e estéticas.

A necessidade de prótese, seja de instalação de novas peças, seja da troca de próteses antigas, pode estar relacionada com a falta de acesso ou o uso de serviços odontológicos para realizar tratamento, manutenção preventiva, correções e ajustes. Porém, o acesso a serviços odontológicos não depende apenas da vontade do usuário, visto que as barreiras de acesso, como baixa escolaridade, baixa renda, e a escassa disponibilidade de serviços públicos e de saúde bucal estão presentes e dificultam a realização do tratamento¹⁵.

Tanto o edentulismo quanto o CPO-D elevado e a alta prevalência de necessidade de prótese podem ser explicados pela subutilização de tratamentos dentários pelos idosos institucionalizados, levando em consideração a fragilidade e a redução de mobilidade física, a ausência de recursos financeiros, a falta de assistência odontológica dentro das Ilpi, as doenças crônicas, os fatores psicológicos, a baixa quantidade de cuidadores nas Ilpi, a falta de higiene, o baixo nível de escolaridade, as barreiras financeiras, entre outros fatores^{21,25}.

Para diminuir a perda dentária e obter melhor índice de CPOD, com menos dentes cariados e melhor saúde bucal, a instalação de estratégias de higiene oral no âmbito das Ilpi pode ser um caminho bem-sucedido. Por exemplo, fornecer capacitação em saúde bucal para cuidadores dos idosos, avaliar individualmente a escovação de cada idoso para fazer orientação e adaptação de acordo com as limitações motoras, incentivar ações educativas de prevenção na Ilpi por meio atividades

com acadêmicos de odontologia, estabelecer parcerias entre Ilpi e instituições de ensino em odontologia para fornecer tratamento aos idosos e incentivar a criação de agenda específica para idosos nos atendimentos odontológicos nas Unidades Básicas de Saúde.

Em relação à necessidade de prótese e levando em consideração que, segundo a PNPSI⁸, devem ser estabelecidas ações de reabilitação, para recuperação da máxima autonomia funcional e da saúde, uma das opções para amenizar a alta prevalência seria garantir o acesso por meio do SUS, pois os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária estão previstos na Política Nacional de Saúde Bucal e recebem repasse financeiro federal para fornecer reabilitação oral protética²⁶.

Cabe ressaltar que o edentulismo, a perda dentária parcial e a conseqüente necessidade de reabilitação protética refletem a prática odontológica mutiladora a que os idosos foram submetidos no passado^{3,9,11,23}, fruto de uma assistência odontológica que não era centrada na prevenção e na manutenção dos dentes na cavidade oral. Esses achados corroboram a afirmação de que os idosos são oriundos de uma época em que edentulismo e saúde bucal ruim eram considerados naturais e parte do envelhecimento²⁴, sendo o edentulismo em pessoas de idade avançada um compilado de problemas bucais que se agregam com o passar dos anos.

Além disso, a capacidade de lidar com as informações sobre saúde ao longo do ciclo de vida também pode estar relacionada com os achados do estudo, sendo a literacia em saúde importante ferramenta para pensar em políticas públicas futuras que possam diminuir o espaço existente entre a condição clínica precária e a percepção de estar com saúde adequada quando, na verdade, existem patologias a serem tratadas.

A OMS define a literacia em saúde como o conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para ganharem acesso a compreender e a usar informação de forma que promovam e mantenham boa

saúde²⁷. Dessa forma, o processo de literacia em saúde pode criar condições para que o idoso tenha capacidade de controlar fatores determinantes de saúde, como estilo de vida, condição socioeconômica, culturais e ambientais, objetivando melhorar a condição de saúde e a qualidade de vida. A baixa literacia em saúde está relacionada com pior estado de saúde²⁷. Portanto, a partir do momento em que houver aumento do acesso da pessoa idosa à informação de saúde, como entendimento dos efeitos deletérios da perda dentária, a importância da reabilitação protética e a manutenção dos dentes na cavidade oral com condições adequadas podem acarretar uma saúde bucal favorável.

A prevalência de uso e necessidade de prótese dentária no presente estudo foi de 41,54% e 79,23% respectivamente. A necessidade de prótese foi similar a outros estudos realizados com idosos institucionalizados e maior do que a necessidade entre idosos não institucionalizados no Brasil¹⁸. No estudo realizado em Belo Horizonte-MG, os autores identificaram que 74,3% dos idosos institucionalizados necessitavam de prótese removível⁵. Medeiro et al.²⁸ identificaram que 58,6% da amostra de idosos institucionalizados do estudo deles realizado com municípios das cinco regiões brasileiras eram desdentados e que mais da metade dos indivíduos necessitavam de prótese dentária.

Silva e Castellanos Fernandes²⁹ identificaram que 63% dos idosos institucionalizados avaliados usavam prótese dentária e que 61% necessitavam de prótese, resultado muito similar aos dados do estudo de Beloti et al.²⁰ realizado em Maringá-PR e de Melo et al.¹⁷, os quais encontraram necessidade de prótese em 73,2% e 66,9% dos idosos respectivamente. Resultados internacionais também são semelhantes aos achados brasileiros, apontando elevada necessidade de prótese entre idosos institucionalizados. No Líbano, Choufani et al.³⁰ identificaram que mais da metade da amostra era edêntula (55,6%) e que 42,6% dos idosos avaliados usavam algum tipo de prótese dentária.

Contudo, apenas ofertar prótese dentária não é a solução total para o edentulismo e a precariedade de saúde bucal entre idosos, pois esta é multifatorial e necessita de acompanhamento e atendimento individualizado, além do acesso a medidas de prevenção de agravos e promoção de saúde. Dessa forma, a junção da assistência mutiladora com a ausência de medidas coletivas de prevenção pode ter impactado negativamente na condição de saúde bucal da população idosa; e os resultados do presente estudo, assim como de outros já realizados com idosos institucionalizados, reiteram a eminente necessidade de melhores de políticas públicas para a pessoa idosa.

Após avaliar clinicamente os idosos e identificar resultados negativos de saúde bucal, foi necessário entender como a pessoa se autoavalia, levando em consideração que mensurar autopercepção pode prever a necessidade de cuidado²³. A ASB pode fornecer um meio de compreensão e avaliação do comportamento e das necessidades individuais, uma vez que são medidas subjetivas e que permitem identificar o que o idoso consegue perceber do seu estado bucal e o quanto isso pode influenciar positivamente ou negativamente na qualidade de vida.

Dessa forma, mais de 60% dos idosos do presente estudo consideraram a saúde bucal boa, achado que não condiz com os achados clínicos do estudo, mas está de acordo com dados apresentados por Melo et al.²³ e Piuzevam²⁴ que também identificaram maior prevalência de boa percepção de saúde bucal entre idosos brasileiros institucionalizados. Mesmo com as condições bucais ruins, ou seja, com ausência de dentes, CPO-D médio elevado e necessidade de próteses, os idosos se autoavaliaram positivamente. Esses achados corroboram a literatura existente^{7,24,25} e podem ser explicados pelo fato de que muitas condições clínicas precárias são assintomáticas e podem ser desconhecidas pelo idoso²³.

Além disso, o fato de o idoso autoperceber a saúde bucal positiva pode resultar em baixa procura de atendimento odontológico

e, conseqüentemente, em aumento da prevalência de necessidade de prótese e presença de outros problemas de saúde bucal, pois se a falta de dentes não incomoda o indivíduo e se a maioria das condições clínicas desfavoráveis são assintomáticas, então o idoso somente saberá da importância de uma reabilitação protética após avaliação clínica. Portanto, a autopercepção relatada pode não ser suficiente para prever e identificar condições de saúde bucal²³.

Cabe ressaltar que a PNSPI⁹ considera idoso frágil ou em situação de fragilidade aquele que vive em Ilpi, sendo uma população com maior risco de problemas de saúde. Dessa forma, diante de outros problemas de saúde, a saúde bucal tornar-se irrelevante ou menos importante, resultando em ABS positiva mesmo com condições clínicas desfavoráveis.

Camarano e Kanso³¹ destacaram que as Ilpi podem deixar de fazer parte apenas dos cuidados de assistência social e requerer mais atenção por parte da assistência à saúde, levando em consideração o aumento da sobrevivência de pessoas com redução da capacidade física, cognitiva e mental. Com esse compilado de dados e tendo em conta a relevância da atuação do cirurgião-dentista para educação, prevenção e tratamento em saúde bucal^{31,32}, justifica-se a importância da ampliação ou da implementação do atendimento odontológico, mesmo que parcial, para a população idosa residente das Ilpi.

Entretanto, como identificado no presente estudo, a maioria dos idosos foi ao dentista nos últimos dois anos, mas isso não eliminou a alta prevalência de necessidade de prótese. Portanto, não basta apenas que os idosos tenham o atendimento odontológico, mas que tal atendimento garanta o tratamento necessário deles, para que a reabilitação possa ocorrer, impactando na qualidade de vida, na nutrição e em todas as outras funções relacionadas com a saúde bucal¹¹.

Cabe destacar que o presente estudo apresenta limitações, pois, por ser tratar de uma amostra de idosos muitas vezes com outras morbidades, no decorrer da coleta de dados,

houve falecimento ou ausência de alguns idosos (consulta médica, visita familiar, entre outros), impossibilitando a obtenção completa das informações para esses indivíduos, o que pode ter enviesado os resultados para algumas das variáveis abordadas.

Outro ponto importante a ser destacado é que o estudo em questão utilizou a função cognitiva como forma de garantir a confiabilidade das informações subjetivas – e, com isso, o número amostral também foi afetado por meio da exclusão de idosos. Dessa forma, não foi possível realizar análise multivariada para identificar fatores associados após ajustes e seleção de modelo teórico. Além disso, o exame clínico realizado com luz natural ou artificial pode impedir que todos os detalhes sejam captados, de forma que a ausência do sugador odontológico e da seringa tríplice pode impactar na avaliação dos tecidos dentários. Nesse caso, considera-se que esse viés foi passível de tentativa de controle pela calibração prévia dos examinadores.

Por outro lado, o estudo trouxe à tona a realidade da condição de saúde bucal dos idosos institucionalizados e, ainda, permitiu o tratamento odontológico, por meio de encaminhamento de idosos para atendimento na UEPG, além de orientações e educação em saúde bucal. Outro ponto importante a ser destacado é de que o levantamento de dados foi elaborado com base em um estudo de corte de reconhecimento nacional (Sabe), possibilitando o uso de metodologia padronizada e consagrada na literatura científica.

Considerações finais

A avaliação de saúde bucal dos idosos institucionalizados apresentou aspectos negativos, com destaque para alta prevalência de edentulismo, necessidade de prótese dentária e média de CPO-D acima dos valores nacionais. Cabe reforçar e ampliar as políticas públicas voltadas à saúde bucal de idosos, com ênfase aos que se encontram institucionalizados, envolvendo

a garantia de atendimento odontológico, bem como ações de promoção e prevenção.

Colaboradoras

Ribeiro AE (0000-0001-6746-3585)* contribuiu para concepção do estudo, coleta de dados, criação de banco de dados, análise e

interpretação dos dados e escrita do artigo para submissão. Santos GS (0000-0001-7528-0500)* contribuiu para concepção do estudo, coleta de dados e escrita do artigo para submissão. Baldani MH (0000-0003-1310-6771)* contribuiu para concepção do estudo, análise e interpretação dos dados e revisão crítica do trabalho para submissão. ■

Referências

1. World Health Organization. World report on ageing and health. 2015. [acesso em 2022 set 28]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>.
2. Calazans JA, Queiroz BL. The adult mortality profile by cause of death in 10 Latin American countries (2000–2016). *Rev. Panam. Salud Publica.* 2020; (44):1-9.
3. Tinós AMFG, Sales-Peres SHC, Rodrigues LCR. Acesso da População Idosa aos Serviços de Saúde Bucal: Uma Revisão. *RFO (Passo Fundo)*. 2013; 18(3):351-360.
4. Bianco A, Mazzea S, Fortunato L, et al. Oral health status and the impact on oral health-related quality of life among the institutionalized elderly population: A cross-sectional study in an area of southern Italy. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; (18):1-12.
5. Vieira BLC, Morais LP, Vargas-Ferreira F, et al. Use and need of removable dental prostheses in an institutionalized Brazilian elderly population: a cross-sectional study. *Braz Oral Res*. 2021; (35):e134.
6. Pessoa DMV, Pérez G, Mari-Dell’Olmo M, et al. Comparative Study of the Oral Health Profile of Institutionalized Elderly Persons in Brazil and Barcelona, Spain. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 2016; 19(5):723-732.
7. Cunha SÉ, Franco EJ, Gomes LO, et al. Avaliação da higiene bucal de idosos institucionalizados: reflexões para o delineamento de intervenções de educação em saúde. *Rev Kairos*. 2021; (24):93-112.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 de 18 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da União*. 18 Out 2006.
9. Farias IPS, Sousa SA, Almeida LFD, et al. Does non-institutionalized elders have a better oral health status compared to institutionalized ones? A systematic review and meta-analysis. *Ciênc. saúde coletiva*. 2020; 25(6):2177-2192.
10. Ferreira CO, Antunes JLF, Andrade FB. Fatores associados a utilização dos serviços odontológicos por idosos brasileiros. *Rev Saude Publica*. 2013; 47(supl3):90-97.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

11. Wong FMF, Ng YTY, Keung Leung W. Oral health and its associated factors among older institutionalized residents—a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2019; 16(21):4132
12. Fédération Dentaire Internationale. Global goals for oral health in the year 2000. *Int Dent J*. 1982; 32(1):74-77.
13. Kassebaum NJ, Bernabé E, Dahiya M, et al. Global Burden of Severe Tooth Loss: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Dent Res*. 2014; 93(supl7):20S-28S.
14. Peres MA, D Macpherson LM, Weyant RJ, et al. Oral health I Oral diseases: a global public health challenge. *The Lancet*. 2019; 394(10194):249-259.
15. Veiga Pessoa DM, Roncalli AG, Lima KC. Economic and sociodemographic inequalities in complete denture need among older Brazilian adults: A cross-sectional population-based study. *BMC Oral Health*. 2016; 17(5).
16. Maia LC, Costa SM, Martelli DRB, et al. Edentulismo total em idosos: envelhecimento ou desigualdade social? *Rev Bioét*. 2020; (28):173-181.
17. Melo DM, Barbosa AJG. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: Uma revisão sistemática. *Ciênc. saúde coletiva*. 2015; (20):3865-3876.
18. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – resultados principais. Brasília, DF: MS; 2012.
19. Silva RS, Fedosse E, Pascotini FS, et al. Condições de saúde de idosos institucionalizados: contribuições para ação interdisciplinar e promotora de saúde. *Cad Bras Ter Ocup*. 2019; (27):345-356.
20. Beloti AM, Schwab BL, Bertipaglia T, et al. Avaliação das condições de saúde bucal de idosos institucionalizados em asilos públicos de Maringá-PR. *Ciênc Cuid Saúde*. 2011; (10):96-100.
21. Montandon AAB, Pereira LAP, Pardi V, et al. Edentulism and associated variables among institutionalized elders. *MOJ Gerontol. Geriatr*. 2018; 3(5):356-361.
22. Francisco KMS, Silveira NT, Casotti CA, et al. Condições de saúde bucal de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*. 2012; 9(3):405-416.
23. Melo LA, Sousa MM, Medeiros AKB, et al. Fatores associados à autopercepção negativa da saúde bucal em idosos institucionalizados. *Ciênc. saúde coletiva*. 2016; 21(11):3339-3346.
24. Piuvezam G, Lima KC. Self-perceived oral health status in institutionalized elderly in Brazil. *Arch Gerontol Geriatr*. 2012; (55):5-11.
25. Iosif L, Preoteasa CT, Preoteasa E, et al. Oral health related quality of life and prosthetic status among institutionalized elderly from the bucharest area: A pilot study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18(12):6663.
26. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, DF: MS; 2004.
27. World Health Organization. Health promotion glossary. Geneva: World Health Organization; 1998. [acesso em 2022 mar 25]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HPR-HEP-98.1>.
28. Medeiros AKB, Barbosa FP, Piuvezam G, et al. Prevalence and factors associated with alterations of the temporomandibular joint in institutionalized elderly. *Ciênc. saúde coletiva*. 2019; 24(1):159-168.
29. Silva SRC, Castellanos Fernandes RA. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *Rev Saude Publica*. 2001; 35(4):349-355.
30. Choufani A, Folliguet M, El-Osta N, et al. Oral health status and care of institutionalized elderly individuals in Lebanon. *Indian J Dent Res*. 2020; 31(4):507.

31. Camarano AA, Kanso S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Rev Bras Estud Popul.* 2010; 27(1):232-235.

32. Ortíz-Barríos LB, Granados-García V, Cruz-Hervert P, et al. The impact of poor oral health on the oral health-related quality of life (OHRQoL) in older adults:

The oral health status through a latent class analysis. *BMC Oral Health.* 2019; 19(1):141.

Recebido em 04/10/2022

Aprovado em 30/01/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Política dos (des)afetos identitários: interface psicanalítica da democracia liberal e políticas públicas

Politics of identity (dis)affections: psychoanalytic-phenomenological interface of liberal democracy and public policies

Jefferson da Silva¹, Ida Kublikowski²

DOI: 10.1590/0103-1104202313717

RESUMO Este texto tem como objetivo refletir, teoricamente, sobre (des)afetos identitários nas democracias liberais, com seus reflexos na efetivação de políticas públicas, enquanto demandas humanas e sociais. A partir da perspectiva psicanalítica, sob o viés da filosofia fenomenológica de Paul Ricoeur, analisa como as sociedades modernas, movidas pela política do desamparo, ainda se mostram dependentes de um núcleo teológico-político, dentro de uma visão patriarcal-religiosa de mando à semelhança de uma autoridade onipotente. Diante disso, assinala a importância de (re)pensar a desconstrução desse modelo, trazendo a figura do sujeito capaz de falar, agir, narrar e se responsabilizar, como base para a consolidação do sujeito de direito, por considerar os possíveis impactos deletérios nas políticas públicas e suas legítimas demandas sociais, lastreadas no humanismo jurídico e nos direitos humanos. Essas políticas, pelo viés de uma psicologia crítica, ficam sob sérios riscos de desmonte dessas suas bases estruturantes, quando uma personalidade autoritária, narcísica e superegoica, movida por seus caprichos ideológicos, com a qual indivíduos alienados se identificam, ocupa o poder e se julga senhor de tudo aquilo que é bom ou mau para um povo, determinando o que será objeto de proteção de seu poder e o que não merece dele nenhuma atenção.

PALAVRAS-CHAVE Identidade. Autoavaliação (psicologia). Democracia. Política pública.

ABSTRACT *This text aims to reflect, theoretically, on identity (dis)affections in liberal democracies, with its reflections on the implementation of public policies, as human and social demands. From the psychoanalytic perspective, under the bias of Paul Ricoeur's phenomenological philosophy, it analyzes how modern societies, driven by the politics of helplessness, are still dependent on a theological-political core, within a patriarchal-religious view of command in the likeness of an omnipotent authority. Therefore, it points out the importance of (re)thinking about the deconstruction of that model, bringing the figure of the subject capable of speaking, acting, narrating, and taking responsibility as a basis for the consolidation of the subject of right, considering the possible deleterious impacts on public policies and their legitimate social demands, based on legal humanism and human rights. These policies, by the bias of a critical psychology, are under serious risks of dismantling these structuring bases, when an authoritarian, narcissic, and superegoic personality, moved by their ideological whims, with which alienated individuals identify themselves, occupies power and considers themselves master of all that is good or bad for a people, determining what shall be protected by their power and what deserves no attention from it.*

KEYWORDS *Identity. Self-assessment. Democracy. Public policy.*

¹Centro Universitário São Camilo (São Camilo) – São Paulo (SP), Brasil.
jefferson@prof.saocamilo-sp.br

²Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) – São Paulo (SP), Brasil.



Introdução

Os tempos em curso têm apresentado riscos iminentes à democracia real, efetiva, arejada por manifestações e criações que brotem de uma ativa e participativa soberania popular. Nesse sentido, torna-se relevante a reflexão sociopolítica que retome as relações afetivas como constituintes fundamentais das sociedades modernas. Por isso, o artigo tem como objetivo refletir sobre (des)afetos identitários nas democracias liberais, e suas repercussões na efetivação de políticas públicas, enquanto demandas humanas e sociais. A perspectiva psicanalítica, sob o viés da filosofia fenomenológica de Paul Ricoeur, permite analisar, teoricamente, como as sociedades modernas, movidas pela política do desamparo, ainda se mostram dependentes de um núcleo teológico-político.

A democracia liberal não está imunizada contra as pulsões de uma quantidade amorfa de indivíduos transformados em identidade coletiva, que se coloca como força afetiva de identificação com um líder, capaz de surgir e ocupar o espaço público que deveria ser próprio dos ideais compartilhados pelas individualidades de cada 'eu'. Baseando-se em pesquisa bibliográfica, pretende-se discutir com estas linhas a política dos (des)afetos identitários, nos tempos hodiernos, a qual ainda comporta, ao que parece, uma interface psicanalítico-fenomenológica e a efetivação de políticas públicas exigidas por uma sociedade orientada pela democracia liberal.

Para tanto, de início, analisa-se como as sociedades modernas, movidas pela política do desamparo, ainda se mostram dependentes de uma perspectiva religiosa de um pai primevo. Em seguida, discute-se o processo de revigoração do poder personalizado na democracia afetada, considerando a questão do ciclo vicioso da realização dos desejos nas relações identitárias. Na última etapa, são então consideradas as políticas públicas e suas demandas sociais, na visão do humanismo jurídico e dos direitos humanos, e os riscos de

seu desmonte em uma sociedade cujos destinos são conduzidos por lideranças narcísicas, superegoicas e messiânicas, que se julgam aptas a definir, por seus próprios caprichos, tudo aquilo que é bom ou mau para a vida coletiva. Na conclusão, busca-se repassar as principais ideias desenvolvidas ao longo do texto, alinhavando-se os seus núcleos teóricos fundamentais.

A política moderna afetada: a leitura psicanalítica do desamparo

Não parece exagero dizer que a sociedade moderna tem vivenciado culturas de violência e morte, um mergulho na chamada era do vazio. Era de uma sociedade da cegueira, na qual valores básicos para a convivência humana, como empatia e respeito pelo outro, não são mais enxergados, cedendo lugar para individualismos egocêntricos que se acumulam, compondo um enredo de não sentido da existência. Nessa sociedade, espalham-se as chamadas violências modernas, manifestadas por meio dos mais diversos impulsos agressivos, multiplicando-se em processos de esgarçamento e dissolução das relações humanas e sociais, até mesmo daquelas mais harmoniosas¹.

Ao que parece, bem e mal são de novo o problema, haja vista que o homem (re)descobre a sua dupla natureza, "dupla para si mesmo: vontade do lícito, violência do ilícito, uma como a outra presentes nele tanto quanto fora dele"²⁽²³⁾. O homem tem a consciência do mal, porque também possui a do bem, o que é similar, uma vez que "não existe o insensato senão do ponto de vista do sentido"²⁽²⁰⁾. Em outros termos, o homem age por aquilo que ele tem de mau, porque a realidade na qual ele quer se realizar é má, ao mesmo tempo que busca o bem, de maneira que o bem é indissolúvelmente ligado ao mal, a um mal que não pode ser desenraizado, só pode ser transformado².

Nessa linha de raciocínio, o mal banal coloca o indivíduo desvinculado de raízes profundas. Quem sabe o mal enraizado até possa ser cortado, ou seja, impedido de se propagar. Para seu alastramento, porém, bastam indivíduos não inclinados ao exercício do pensar reflexivo e crítico, que transitam pelo cotidiano de sociedades em que tudo é massificado, inclusive, o próprio mal banalizado, o qual se manifesta nas muitas e múltiplas formas de violência nas relações humanas e sociais, massivamente espetacularizadas na vida cotidiana, sejam elas verticais, como, por exemplo, as institucionais em relação aos indivíduos, ou mesmo horizontais, tais como aquelas protagonizadas entre os próprios indivíduos.

O fato é que se deve implementar uma luta prática contra o mal, mas ela não significa deixar de lado o sofrimento; pelo contrário, sabe-se que todas as violências existentes de um para com o outro não deixam de refazer a unidade entre o mal moral e o sofrimento. Assim, toda ação ética ou política, que busca diminuir a incidência de violência exercida pelos homens, minimiza o nível de sofrimento no mundo³.

De qualquer maneira, o medo não se converteu no único afeto que reclama atenção, podendo ser também apontada a sensação de desamparo. O desamparo não é algo contra o qual se luta, mas algo que se pretende afirmar na medida em que, ao menos na ótica freudiana, pode-se fazer com ele as mais distintas coisas, como transformá-lo em temor, em angústia ou em outra espécie de paixão social. Em geral, afirma-se que a antropologia freudiana seria caracterizada por uma visão individualista-egoística tal como a hobbesiana, a ponto de aceitar uma figuração belicista das relações sociais. Haveria alguma forma de partilha entre Freud⁴ e Hobbes⁵ no tocante à esfera de reflexões sobre a natureza humana, o que se pode notar com a seguinte assertiva:

O ser humano não é uma criatura branda, ávida de amor, que no máximo pode se defender quando atacado, mas sim que ele deve incluir,

entre seus dotes instintuais, também um forte quinhão de agressividade. Em consequência disso, para ele o próximo não constitui apenas um possível colaborador e objeto sexual, mas também uma tentação para satisfazer a tendência à agressão, para explorar seu trabalho sem recompensá-lo, para dele se utilizar sexualmente contar sua vontade, para usurpar seu patrimônio, para humilhá-lo, para infligir-lhe dor, para torturá-lo e matá-lo. *Homo homini lúpus*⁶⁽⁷⁷⁾.

A metáfora hobbesiana, empregada por Sigmund Freud, mostraria como o vínculo social somente poderia se constituir a partir da restrição a essa crueldade inata, a essa agressividade pulsional que parece inscrita no sujeito. Desse modo, uma hostilidade primária entre os homens seria o fator permanente de ameaça à integração social. Tal crueldade não parece ser completamente maleável de acordo com as transformações sociais e a busca de construções identitárias. Entretanto, a constituição identitária, em especial, apresenta-se indissociável de uma regulação narcísica da coesão social. Isso explica por que Sigmund Freud insistia em lembrar que depois que

O apóstolo Paulo fez do amor universal aos homens o fundamento de sua congregação, a intolerância externa do cristianismo ante os que permanecem de fora tornou-se uma consequência inevitável⁶⁽⁸¹⁾.

Não é difícil compreender como tal exteriorização da agressividade somente pode ser feita quando se apela para o medo como afeto político nuclear.

Ainda que, até esse ponto, as reflexões freudianas se aproximem das hobbesianas, não se pode esquecer de uma diferença básica entre ambas, uma vez que o pensamento de Sigmund Freud não traz a necessidade do poder soberano, tal como aparece em Thomas Hobbes, enquanto uma espécie de contraviolência estatal legítima para impor limites à violência desagregadora dos indivíduos. Por sua vez, se

Sigmund Freud está atento ao mal-estar na civilização, é por saber que a crueldade entre indivíduos tende a ser repetida pela crueldade da referida contraviolência soberana. No entanto, o enfoque freudiano é compreender como os afetos são produzidos e mobilizados para bloquear o que se costuma chamar de expectativas emancipatórias. Por um lado, a vida psíquica, com suas modalidades de conflitos, sofrimentos e desejos, é uma produção de modos de relações afetivas; por outro, a própria noção de afeto é inseparável de uma dinâmica de imbricação que descreve a alteração gerada por algo que parece vir do exterior e que nem sempre é constituído como objeto da consciência representacional.

Desse modo, ela é a base para a compreensão tanto das formas de instauração sensível da vida psíquica quanto da natureza social dessa mesma instauração. Esse fato mostra como o social, desde as origens, está presente no 'eu'. Ser afetado é instaurar a vida psíquica por meio da forma mais elementar de sociabilidade, quer dizer, a sociabilidade que passa pela *aisthesis*, no sentido de uma 'estética dos afetos' e que, em sua dimensão mais importante, constrói vínculos inconscientes.

Em sua dimensão fundamental, sociedades constituem-se por intermédio de relações afetivas. Elas erguem vínculos mediante o modo como os corpos são afetados, objetos são sentidos e desejos são impulsionados. Essa capacidade instauradora de afecção tem consequências políticas maiores, uma vez que tanto a superação dos conflitos psíquicos quanto a possibilidade de experiências políticas de emancipação pedem a consolidação de um impulso em direção à capacidade de ser afetado de outra forma. A sujeição é afetivamente construída e perpetuada, produzindo um círculo vicioso de passagem de uma 'estética dos afetos' (*aisthesis*) por outra. Isso permite dizer que a política é, em sua dimensão social, um modo de produção de relações afetivas.

Entretanto, para compreender as modalidades da relação social dos afetos, Sigmund Freud

privilegia as relações verticais próprias dos vínculos relativos às figuras de autoridade. São basicamente esses tipos de afeto que instauram a vida psíquica por meio de processos de identificação. Nesse sentido, a psicanálise conhece "a identificação como a mais antiga manifestação de uma ligação afetiva a uma outra pessoa"⁶⁽⁴⁷⁾.

Trata-se de algo merecedor de atenção especial para quem via nesse modo peculiar de relação, denominada identificação, o fundamento da vida social. Na concepção freudiana, a relação com a autoridade, a liderança, é o verdadeiro ponto obscuro da relação política contemporânea⁷.

Existe uma demanda contínua de expressão do poder em liderança, uma lógica da incorporação que vem da natureza constitutiva do poder na determinação das identidades coletivas. É aqui que se observa a inclinação freudiana em não dissociar a figura do dirigente político da analogia teológico-política ou político-patriarcal. Freud⁶ acredita que a modernidade ainda é profundamente dependente dessa configuração fantasmática que se apresenta como defesa contra a afirmação do desamparo enquanto afeto social.

A princípio, tal proposição parece completamente sem sentido; afinal, a modernidade compreende a si mesma como um momento de ruptura com todo fundamento patriarcal-religioso dos vínculos sociais. Deve haver uma articulação básica entre a racionalização dos vínculos sociopolíticos e a crítica a esses fundamentos religiosos do poder como algo característico da própria consciência da modernidade, entendida como momento que o homem se encontra às voltas com a questão da sua autocertificação, sobretudo, em função de nada lhe aparecer como substancialmente fundamentado em um epicentro de poder, capaz de unificar as várias esferas sociais de valores⁸. Nesse sentido, a modernidade não poderia mais procurar em outras épocas, ou melhor, em explicações mítico-religiosas de mundo, os critérios para a racionalização da vida individual e coletiva e para a produção do sentido socialmente partilhado.

No entanto, a perspectiva freudiana segue em direção oposta a esse diagnóstico. Para Sigmund Freud, essa modernidade não tem esse desencanto total almejado pela racionalidade; ao contrário, continua a secularização relacionada com uma certa visão religiosa de mundo. Nesse sentido, tem-se a seguinte observação:

Ao menos segundo Freud, a visão religiosa de mundo teria por característica fundamental desativar a insegurança absoluta de tal violência através da constituição de figuras de autoridade marcadas por promessas de providência que seguem um modelo infantil próprio àquele que vigora na relação entre a criança e seus pais⁷⁽⁵⁸⁾.

A afirmação freudiana sobre o motivo de anseio pelo pai é bastante elucidativa quando é dito que o anseio equivale à necessidade de proteção contra os efeitos da impotência humana:

A defesa contra o desamparo infantil empresta à reação ao desamparo que o adulto tem de reconhecer – que é justamente a formação da religião – seus traços característicos⁹⁽²⁵⁸⁾.

Essa visão religiosa seria, pois, uma forma de funcionamento do poder que se sustenta na generalização social de modos de demandas atreladas à “representação fantasmática da autoridade paterna”⁷⁽⁵⁸⁾. Promessa de amparo que, para manter sua força mobilizadora, a todo instante, precisa rememorar os riscos produzidos por um desamparo iminente, agrilhando os sujeitos no círculo vicioso da proteção paterna e do inimigo à espreita. Está claro que o fundamento do interesse freudiano por essa visão religiosa concentra-se nas modalidades de investimento afetivo em suas figuras de autoridade. Sigmund Freud quer compreender o porquê desse poder de aspecto pastoral permanecer no presente como referência para a constituição da autoridade política mesmo havendo condições reais para sua superação. A hipótese freudiana a respeito

desse pertencimento a uma era teológico-política configura-se como a força do poder pastoral, em sua capacidade de retomar um processo de construção de individualidades, ainda hegemônico, que se inicia no interior do núcleo familiar. Não é por outro motivo que assim se diz:

É a repetição entre ordens distintas de socialização, a família e as instituições sociais, que dá ao poder pastoral sua resiliência. Tal continuidade faz do poder pastoral uma forma privilegiada de reforço de modos de produção de individualidades, fortalecendo o processo que inaugurou a vida psíquica através da internalização do que aparecia inicialmente como coação externa. Processo de aquiescência à norma através da internalização da autoridade e da violência que Freud descreve graças a sua teoria do supereu⁷⁽⁶⁰⁾.

Esse ‘supereu’ freudiano aparece como o representante da política no interior da teoria do inconsciente e o representante do psiquismo inconsciente no interior da teoria política. De maneira bem-acabada, Sigmund Freud apresenta a configuração da gênese de fantasias inconscientes ligadas a objetos perdidos e sua importância para compreender os impasses do vínculo social. É preciso indagar qual perspectiva de avaliação da estrutura de vínculos sociais o lança à procura de bases para a compreensão da modernidade em teorias como o totemismo. Deve-se compreender o mito do assassinato do pai primevo como a maneira de dizer que, em relações sociais atuais, os sujeitos agem como quem carrega o peso do desejo de assassinato de um pai que nada mais é do que a encarnação de representações fantasmáticas de autoridade soberana¹⁰.

O pai primevo freudiano não é apenas uma representação de coerção e crueldade, mas também de amor e identificação. Essa identificação é, na visão freudiana, marcada por ambivalências desde o início do processo identitário⁶. A identificação com o pai primevo envolve a crença na possibilidade de ocupar o mesmo lugar em algum momento.

A fantasia do pai primevo não foi extirpada, uma vez que ele permanece na vida psíquica dos sujeitos, sob a forma de um sentimento comum de culpa, como fundamento de coesão social, que também aponta para o desejo de que esse lugar seja ocupado. Trata-se de uma espécie de nostalgia do pai que é guindada à condição de objeto perdido. Esse ‘pai primevo’ não se encontra mais lá, mas ele ainda faz sua latência ser sentida e não deixa de estar de prontidão para retornar, sempre sob alguma forma sublimada.

A sociedade ‘despaternalizada’ deverá, dessa forma, converter-se gradualmente em uma sociedade organizada de forma patriarcal, porquanto o lugar vazio do poder é, ao mesmo tempo, um lugar pleno de investimento libidinal em uma figura de exceção que se coloca em posição soberana. Há uma constante reconfiguração do pai primevo, e ele tem seu lugar de excepcionalidade na coletividade. Essa pulsação entre lugar vazio e complemento fantasmático é uma das mais importantes contribuições freudianas à teoria política moderna. Ela pode servir atualmente para insistir “no ponto cego que acomete algumas de nossas mais bem estruturadas teorias da democracia”⁷⁽⁶⁶⁾. Na linha da perspectiva freudiana, pode-se dizer que as democracias liberais sustentam o lugar vazio somente por meio de um suplemento fantasmático. O que leva uma quantidade amorfa de indivíduos para o universo da identidade coletiva é a força afetiva de identificação a um líder capaz de se colocar no espaço próprio aos ideais do ‘eu’ que serão individualmente partilhados, segundo a noção de que “o indivíduo abandona seu ideal do eu (*Ichideal*) e o troca pelo ideal de massa, encarnado pelo líder (*Führer*)”⁶⁽¹⁴⁴⁾. Se essa troca continua se apresentando como realizável, mesmo nas sociedades modernas, é porque há algo nesse ideal assumido pelo líder que atualiza vínculos a objetos perdidos que ainda ecoam na vida psíquica dos sujeitos. Uma vez feita essa leitura freudiana da identificação, na sequência, pode-se começar a discutir, a partir

da compreensão ricoeuriana, o processo do reconhecimento em uma antropologia do ‘quem’?

Parece que, para o bom êxito do desenvolvimento humano, há sempre a necessidade de alguma identificação com alguém, um outro.

O revigoramento do poder personalizado na democracia afetada: a questão da realização dos desejos nas relações indenitárias

Aqui é relevante retomar Freud e o conceito de Ideal do ego. No seu desenvolvimento, o ego age em função de satisfazer sua libido e, por isso, realiza investimentos libidinais, não atuando em função do mundo exterior. Age em vista de suas próprias satisfações, e aí se encontra o seu perfil narcísico. Dirige a satisfação de sua libido para si mesmo e para os mimos e afetos da mãe; entretanto, com o desenvolvimento do ego, as pulsões da libido sofrem recalque quando entram em conflito com as ideias morais e culturais que o ego assume para si mesmo. O recalque vem do autorrespeito do ego, ou melhor, vem do Ideal que o indivíduo introjetou. É por meio desse ideal que um indivíduo identifica o seu ego atual e reprime suas pulsões⁴. É aí que o ego reprime o amor a si mesmo deslocando-o para o Ideal do seu ego atual. Nesse sentido, “o narcisismo aparece descolado para esse novo eu ideal”⁴⁽⁴⁰⁾. Para ele, o indivíduo não quer deixar a perfeição narcísica da infância, porém, como não pode se manter afastado das pressões sociais e culturais, readquire sua primeira experiência de uma forma ‘nova’, como o Ideal do ego. Uma das expressões do Ideal do ego é a sublimação, equivalente a dizer que o instinto se lança a outra meta distante da satisfação sexual, mas que diz do objeto perdido na infância. Desse modo, é possível afirmar que, tanto para Paul Ricoeur quanto

para Sigmund Freud, destaca-se o papel da alteridade na constituição do sujeito.

Nesse sentido, a psicologia individual e a psicologia social se constituem de forma recursiva, haja vista que sempre existem na mente individual um modelo, um objeto, um auxiliar e um oponente. Sejam quais forem os indivíduos, o fato de se transformarem em grupo coloca-os na posse de uma mente coletiva, fazendo com que sintam, pensem e ajam de modo diferente de como se estivessem isolados. Esse é o processo de constituição das massas na perspectiva freudiana. Ele chama essa constituição de massas artificiais próprias de grupos fortemente organizados, tais como o Exército, a Igreja ou mesmo organizações políticas próprias ao Estado nas modernas democracias liberais. Aqui Sigmund Freud traz a ideia de formação de identidades coletivas. Esse pensamento freudiano pode ser associado à formação das identidades coletivas, no seio das democracias liberais, às organizações políticas de poder⁷. Nesse sentido, há “uma quantidade de indivíduos que puseram um objeto no lugar de seus ideais do Eu e, em consequência, identificam-se uns com os outros em seu Eu”⁶⁽⁷⁶⁾. Um indivíduo abandona seu ideal impulsivo e projeta no outro (no coletivo) a possibilidade de satisfação dos seus próprios ideais. É isso que se pode encontrar nos seguintes dizeres sobre essa forma de alienação das individualidades:

O que transforma uma quantidade amorfa de indivíduos em identidade coletiva é a força afetiva de identificação e um líder capaz de se colocar no espaço próprio aos ideais de eu que serão individualmente partilhados, segundo a noção de que o indivíduo abandona seu ideal do eu⁷⁽⁷²⁾.

Como se pode notar, na ótica saflatiana, conforme anteriormente assinalado, as sociedades modernas e suas democracias liberais, envolvidas em um processo regressivo, acabam realizando um retorno às figuras superegoicas de autoridade advindas daquela figura

paterna primeva, vale dizer, do pai com o qual o ‘eu’ se identifica. Os indivíduos acabam se identificando com um líder e projetam nele seus ideais.

Aqui é possível pensar em regresso e, ao mesmo tempo, no germe de um regime fascista, em que a população deposita suas esperanças em uma única pessoa. Já não se percebe a advertência das perigosas faces da política fascista, tal como se nota nos seguintes dizeres:

Para o Ur-Fascismo, os indivíduos enquanto indivíduos não têm direitos, e o ‘povo’ é concebido como uma qualidade, uma entidade monolítica que exprime a ‘vontade comum’. Como nenhuma quantidade de seres humanos pode ter uma vontade comum, o líder se apresenta como seu intérprete. Tendo perdido seu poder de delegar, os cidadãos não agem, são chamados apenas *pars pro toto*, para assumir o papel de povo. O povo é, assim, apenas uma ficção teatral¹¹⁽⁵⁶⁾.

O pensamento ingênuo acredita que uma pessoa, dentro de certa ideia de messianismo, é capaz de satisfazer o desejo coletivo. É preciso, pois, não perder de vista que há, sim, traços de patologia social na ideologia das sociedades de democracia liberal, porquanto o potencial antidemocrático já existe na grande massa de indivíduos, na medida em que nela há sempre a possibilidade de explorar as latências fantasmáticas da democracia.

Ao chegar a esse ponto de desenvolvimento das ideias, parece plausível dizer que o conceito central para compreender como a psicanálise pensa a política e suas possibilidades de transformação é mesmo a identificação. Desde a ‘Psicologia das massas e análise do eu’, de Freud⁶, a psicanálise procura pensar os vínculos sociais de identificação. Trata-se de uma maneira de dizer que as relações podem ser produtoras de sujeitos e representar nada mais do que ‘fazer como ele’, assumir uma forma exterior que constitui o sujeito, que o conforma, podendo definir seu existir.

Embora a identidade do eu seja uma organização dinâmica, pode estruturar-se de forma defensiva e inflexível. Por isso, tal identidade será sempre produzida e afirmada por meio da agressividade, da violência reiterada contra todo outro, contra toda alteridade. Isso explica por que outra de suas características básicas seja o narcisismo. “Narciso, depois de tanto tempo querer se possuir, toma consciência que deseja a si mesmo e se abraça ao ver sua própria imagem”¹²⁽³⁷⁾. O narcisismo é a resposta patológica da fragilidade do ‘eu’. Uma estrutura narcísica é, ao mesmo tempo, violenta e frágil. Ela traz a consciência tácita de sua decomposição diante de relações dialéticas com a alteridade. O ‘eu’ busca constituir o mundo à sua imagem e semelhança. Para isso, ele se serve da projeção, mecanismo constituinte da paranoia e de suas estruturas de delírios e alucinações. Por outro lado, nesses casos, a relação a si é fruto das introjeções também negadas. Por isso, fala-se do conhecimento paranoico próprio ao ‘eu’ do indivíduo moderno, uma vez que essas estruturas delirantes de projeções e introjeções negadas são um traço constituinte de paranoia. Isso arruína toda pretensão do ‘eu’ a ser fundamento do sujeito do conhecimento. Melhor então falar de desconhecimento do ‘eu’, pois tal estrutura projetiva é, sobretudo, um sistema defensivo – como se fosse o caso de constituir o mundo e o outro à sua imagem e semelhança, para impedir toda a dinâmica efetiva de transformação do si, a fim de não reconhecer sua natureza profundamente relacional, com todo o descentramento e dependência que isso acarreta. O que chama atenção nessa descrição do ‘eu’ é como ele se assemelha ao que se entende por personalidade autoritária.

Diferentemente dessa identificação e possível construção de um eu autoritário, o filósofo Paul Ricoeur, em seu livro ‘O si mesmo como outro’, afirma que a identidade pessoal não é construída somente pelo fundo arcaico dos desejos, mas também pelo processo de mediações e pela manutenção do si que se dá ao longo do tempo¹³. Sob o título de ‘Rumo a uma hermenêutica do si mesmo’, Ricoeur reflete

sobre o ser do si, em uma investigação cuja unidade temática refere-se à ação humana. Ao introduzir o problema do ‘si’, por meio da questão ‘quem?’, revela a polissemia do termo atuar, em função da variedade e contingência das perguntas que podem ser colocadas, pois se pode perguntar por: quem faz, quem fala, quem narra, quem é responsável, associando-as ao ‘que’ e ao ‘por que’. Por outro lado, a abordagem por intermédio da análise e da reflexão impõe um modo indireto e fragmentário de acesso ao si, cuja totalidade não se deixa apreender, resultando em uma totalidade quebrada, que exige a atestação, pela incerteza e suspeita que acabam por rondar esse processo, na fragmentação que se segue à pergunta ‘quem?’.

A pessoa constrói sua identidade com valores, normas, ideias, modelos, heróis, nos quais ela mesma se reconhece com a contribuição do outro¹³. Além de se identificar com os valores, ela se torna fiel, leal às identificações, transformando a permanência do caráter em manutenção de si mesma. Pode-se dizer que o caráter de uma pessoa, mesmo aparentemente sedimentado, é passível de sofrer mudanças ao longo da história, pois tal pessoa vai se identificando com vários heróis¹⁴. Nesse sentido, essa permanência não significa a manutenção do mesmo, mas, em um círculo produtivo e criador em diálogo com o diferente, com o outro e com a cultura, permite a constituição de um si mesmo por meio das mudanças de uma vida¹³.

Este escrito enfatiza o princípio dialógico, que une dois princípios antagônicos, mas indissociáveis na compreensão da realidade, forma de abordar o homem no mundo tipicamente ricoeuriana. Trata-se de uma dialética na qual a síntese não significa uma fusão de antagonismos, mas um horizonte que, em sua abertura, pressupõe uma síntese sempre adiada¹⁵. Essa arte da conversação, ao se verificar no conflito das convicções, permite o diálogo entre interpretações concorrentes, o que faculta articular psicanálise e fenomenologia, com vistas a compreender a política dos (des)afetos identitários.

Políticas públicas e suas demandas sociais: a perspectiva do humanismo jurídico e dos direitos humanos

Quando se fala em humanismo jurídico e direitos humanos, logo vem à mente um dos mais importantes documentos dessa natureza, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, aprovada pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas. A proclamação da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 foi deflagrada após as atrocidades cometidas durante a Segunda Guerra Mundial, as quais evidenciaram a fragilidade e a precariedade de deixar a previsão e a aplicação dos direitos humanos ao arbítrio de cada Estado. Era imprescindível a elaboração de um documento com pretensões universais, capaz de estabelecer um mínimo de proteção a todos os seres humanos, independentemente da sua raça, origem, cor, idade, sexo, religião, nacionalidade, entre outras, em qualquer lugar do mundo. O documento representa a conscientização da humanidade sobre seus valores fundamentais, a síntese do seu passado e uma inspiração para seu futuro, evidenciando que o fenômeno da universalização dos direitos humanos está apenas começando¹⁶.

A retomada da tradição humanística do direito constitui um fenômeno recente, ainda objeto de análise por estudiosos que tentam explicar as razões da revalorização do direito pela via dos direitos humanos. A partir da própria Declaração Universal dos Direitos, já não faltam diversos comentários quanto à sua inutilidade, como se pode notar na seguinte anotação: “Convidado em 1948 à celebração do texto das Nações Unidas, o filósofo Croce, famoso liberal, nada encontrou para dizer a não ser que era inepto”¹⁷⁽⁵⁾. Desde então, não desapareceram algumas ideias para desqualificar a noção de direitos do homem, especialmente, pela anulação dos elementos essenciais que compõem o quadro teórico do

humanismo jurídico: a valorização do homem, o homem como sujeito e o universalismo. A desconstrução dos direitos do homem opera-se por intermédio de teorias que preconizam, basicamente, um anti-humanismo acentuado, em que a morte do homem aparece como consequência inevitável de um modelo civilizatório fracassado e pela descrença na constituição de um sujeito capaz.

Entretanto, esforços intelectuais para seu revigoramento continuam ecoando, pois é possível encontrar até mesmo textos muito diretos sobre a sua importância crucial, tal como se nota a seguir:

Não esqueçamos que os direitos humanos são ‘operatórios’; que são úteis aos advogados de excelentes causas; protegem dos abusos do governo e da arbitrariedade do direito positivo¹⁷⁽⁸⁾.

Seguindo essa linha de raciocínio, pretende-se demonstrar, por intermédio das reflexões ricoeurianas, que o humanismo jurídico moderno encontra na formulação do conceito de sujeito capaz um substrato muito importante. De fato, o pensamento ricoeuriano conduz à consideração do perigo que advém do não reconhecimento mútuo, que percorre todo o espectro da desconsideração ao desrespeito, do desprezo à negação mesma da humanidade alheia.

Na linha ricoeuriana, mais do que as relações ‘eu-tu’, é necessária uma relação triádica que envolva o ‘nós’, entendido como terceiros sem rosto aos quais as pessoas se ligam por meio das instituições¹⁸. Trata-se de um ponto bastante relevante quando se pretende compreender a passagem da noção de sujeito capaz para a de real sujeito de direito. No fundo, somente a relação com o ‘nós’, o terceiro, encontrado no plano de fundo da relação com o ‘tu’, é apta a dar base para a mediação exigida para a configuração plena do real sujeito de direito. Desse modo, são estabelecidas relações triádicas, desenvolvidas em quatro níveis, quando se busca a consolidação do real sujeito de direito.

No primeiro nível, tem-se o destaque para o sujeito falante. Assim, a ênfase é colocada na capacidade de o locutor se designar como enunciador singular de seus muitos e múltiplos pronunciamentos. Tanto o 'eu' como o 'outro' (tu/terceiros) podem também se designarem como 'eu' em suas locuções. Nesse sentido, a expressão 'assim como eu', de algum modo, já anuncia o reconhecimento do outro como um igual em termos de direitos e deveres⁶.

No segundo nível, a relação triádica eu/tu/terceiro é caracterizada no plano do poder da ação. Busca-se identificar quem é o autor dessa ou daquela ação. O poder de alguém se designar como autor de seus próprios atos aos outros está inserido, de fato, no contexto das muitas interações possíveis, em que o outro pode figurar como antagonista, mas também como coadjuvante, quer dizer, na oscilação de relações conflituosas e compositivas⁶.

No terceiro nível, o foco da relação triádica mais expandida, envolvendo todos os concernidos, traz para o centro das reflexões o aspecto da ética, com sua implicação jurídica. Nesse sentido, o caráter intersubjetivo da responsabilidade é muito clarividente. A noção de promessa pode ser utilizada para essa compreensão. Com o ato de prometer, o outro está implicado de muitos modos, vale dizer, como testemunha, como beneficiário, enfim, como aquele que espera o cumprimento da palavra empenhada. O promitente será chamado à responsabilidade. Agora, ele se torna responsável mesmo. É nessa estrutura de cumprimento da palavra e pela responsabilidade advinda da palavra dada que se encontra o elo social instituído pelos pactos dos mais diversos tipos⁶.

No quarto e último nível, instala-se o político. Ele aparece como o meio privilegiado para a realização das potencialidades humanas. Trata-se de um espaço público da visibilidade que exprime, principalmente, a condição de pluralismo resultante da extensão das relações humanas a todos aqueles que, também na qualidade de terceiros, ficam mais além das relações entre o 'eu' e o 'tu'. No entanto,

essa condição de pluralidade caracteriza o querer-conviver de uma comunidade histórica como povo, nação. Esse mesmo querer-viver não se reduz às relações interpessoais. Para o autor, a instância política confere uma estrutura distinta de todos os sistemas configurados, anteriormente, como ordens de reconhecimento. Trata-se de um verdadeiro poder a força comum resultante desse querer-conviver, força essa existente somente durante o tempo em que ele é efetivo, e não mais quando experimenta toda sorte de dismantelamento, porque os elos que o sustentam se desfazem⁶.

Nos três primeiros níveis, o valor que sustenta as relações, basicamente, é o reconhecimento, enquanto no quarto nível, o valor que lhe dá ancoragem é, especialmente, a justiça. Entendidos esses níveis das relações interpessoais e institucionais, então, é possível penetrar na compreensão sobre o sujeito de direito, havendo duas respostas para ele. Uma delas segue na direção de afirmar o sujeito de direito como o mesmo sujeito digno de respeito. A outra conduz para que seja concebido como o sujeito de capacidades virtuosas quando faltam as mediações interpessoais e institucionais. Nota-se que a ética ricoeuriana não se limita às relações interpessoais, pois se estende à vida das instituições e seus desdobramentos nos costumes comuns de uma comunidade histórica, na qual está presente o sujeito de direito¹⁹.

Ricoeur está preocupado com a efetiva realização humana. O homem pertence a um corpo político, e esse pertencimento não pode ser conduzido com precariedade. Quem vivencia a mediação institucional, no caso, a política, somente pode querer que todos os homens também desfrutem dela. Esse direito é evidenciando na proposição de políticas públicas.

No Brasil, o Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH) possui três versões já bem delineadas institucionalmente: a primeira, de 1996; a segunda, de 2002; e a mais recente, de 2009. Em cada plano, é dada uma atenção específica a determinados direitos, mas sempre com um objetivo em comum: aprimorar a

proteção dos direitos humanos fundamentais. Os direitos em foco sob a perspectiva do PNDH 1 eram referentes aos direitos civis, englobando desde o direito à liberdade e à propriedade até a questão da violência policial. Ao contrário do programa anterior, a edição do PNDH 2 deu ênfase aos chamados direitos sociais, sem negligenciar, contudo, os direitos civis. Nesse sentido, pode surgir o questionamento do que seriam tais direitos sociais, sendo certo que eles dizem respeito à educação, à saúde, à alimentação, ao trabalho, à moradia, ao transporte, ao lazer, à previdência social, à proteção à maternidade, à infância, aos idosos, à assistência aos desamparados, entre outros. Em suma, são direitos ligados a uma ideia de promoção de oportunidades igualitárias, visando à redução dos abismos sociais existentes na sociedade brasileira. Já o PNDH-3, 13 anos depois da primeira eleição direta do primeiro presidente após a ditadura militar (1989), preferiu evidenciar temas sociais de grupos vulneráveis, como os direitos dos afrodescendentes, dos povos indígenas, de orientação sexual, consagrando o multiculturalismo e a interação democrática entre Estado e Sociedade Civil.

O tema das políticas públicas vem adquirindo importância no campo do direito. Não de qualquer direito, mas dos direitos humanos, enquanto direitos fundamentais, indispensáveis à existência com o mínimo de dignidade. Tal fato se deve ao progressivo reconhecimento de que a efetividade desses direitos demanda a consecução de políticas públicas. As políticas públicas, por sua vez, orientam-se por esses direitos fundamentais, cabendo a elas conferir-lhes a máxima efetividade. Elas podem ser entendidas como conjuntos de programas, ações e decisões tomadas pelos governos (federais, estaduais e/ou municipais) com a participação, direta ou indireta, de entes públicos ou privados, que visam assegurar determinado direito de cidadania a vários grupos da sociedade ou para determinado segmento social, cultural, étnico ou econômico. Assim, correspondem a

direitos assegurados no texto constitucional.

As políticas públicas são classificadas, em geral, em quatro tipos, todas relacionadas com a prestação de serviços e bens a sujeitos de direito de determinada sociedade, a saber: políticas públicas distributivas, redistributivas, regulatórias e constitutivas. As políticas públicas podem ser caracterizadas por alguns elementos primordiais, quais sejam:

Um conjunto de medidas concretas; decisões ou formas de alocação de recursos; ela esteja inserida em um 'quadro geral de ação'; tenha um público-alvo (ou vários públicos); apresente definição obrigatória de metas ou objetivos a serem atingidos, definidos em função de normas e de valores²⁰⁽⁷⁾.

O processo das políticas públicas envolve várias fases, quais sejam: agenda, elaboração, formulação, implementação, execução, acompanhamento e avaliação. Entretanto, essa efetivação das políticas públicas fica sob sérias ameaças, podendo sofrer restrições e até desmontes de toda ordem, a partir de posições ideológicas e até de deliberações métricas econômico-financeiras, justificando redução de gastos para assegurar uma suposta gestão pública austera, quando se acredita que só uma liderança mítica-messiânica, com a qual indivíduos alienado se identificam, com seus caprichos superegoicos, dentro de uma sociedade democrática liberal, tem o poder de saber o que é bom e o que é mau para um povo, determinado aquilo que será objeto de tutela e o que não merece nenhuma atenção.

Nesse sentido, há um risco real de desmonte de políticas públicas que reconhecem as pessoas como sujeitos de direito, restando benefícios somente para indivíduos ou grupos que se identificam com o líder e dele merecem benefícios. Esse caminho se opõe frontalmente ao pensamento ricoeuriano para quem as instituições deveriam estabelecer uma distribuição justa a toda pessoa como sujeito de direito²¹.

Newton Bignotto, a partir da análise de Sigmund Freud, em sua obra 'Psicologia das massas e a análise do eu', considera que o bolsonarismo é a confluência de uma ideia com um líder que conseguiu representar proposições, mais ou menos veladas, de extremismos políticos já presentes no contexto brasileiro²². Rupturas estão acontecendo e, às vezes, não são percebidas nem mesmo pelos mais argutos. Na questão freudiana, um dos pontos é a pulsão de morte. Ela diz respeito tanto ao indivíduo quanto às sociedades de massa. Os brasileiros estiveram pouco atentos para a transformação do Brasil da primeira metade do século XX para o Brasil de hoje, configurado como uma plena sociedade de massa. Esse tipo de sociedade responde a questões políticas de maneira diferente das sociedades tradicionais. O bolsonarismo vem como uma quebra dos padrões reais de uma comunidade, nele emergindo uma massa que sai à cata de um líder. A identificação com o líder não se opera pela via de interesses racionalmente elaborados, mas sim, em grande parte, por meio de efusiva adesão afetivo-emocional. Isso faz com que a massa até mesmo se torne refratária à própria realidade em relação aos mais diversos aspectos do convívio coletivo, entre eles, as questões da pulsão de vida e de morte.

O bolsonarismo, no plano afetivo-emocional, foi capaz de capturar certas demandas por indiferença a outras. O povo é uno e precisa se manter unido, mas essa união precisa ser bem entendida, vale ressaltar, desde que sejam excluídos todos os outros pertencentes às camadas sociais mais vulnerabilizadas. Assim, pode-se dizer que os mais vulnerabilizados não precisam ser amparados por políticas públicas. É a política do desamparo que se instala no poder incorporado por uma liderança messiânica, superegoica e narcísica que, sob o manto da ação política exercida com pura autenticidade, inclusive, na sua forma linguística de comunicação, destila ressentimento e rejeição a indivíduos e/ou grupos que com ela não se identificam.

Considerações finais

Sociedades constituem-se de relações de afeto, erguendo vínculos por intermédio do modo como os corpos são afetados, objetos são sentidos e desejos são impulsionados. Há uma gramática psicológico-política que organiza a vida social, a estrutura das formas de existência individual e coletiva.

As sociedades contemporâneas, enquanto democracias liberais, quando envolvidas em um processo regressivo, acabam realizando um retorno às figuras superegoicas de autoridade, advindas de uma entidade paterna primeva com a qual há uma identificação coletiva. Os indivíduos se identificam com um líder e projetam nele seus ideais. Esse pai primevo funciona como uma espécie de representação mítica do lugar de exceção próprio de tal soberania. Se essa troca continua se apresentando como realizável, mesmo nas sociedades contemporâneas, é porque há algo nesse ideal encarnado pelo líder que atualiza vínculos a objetos perdidos que ainda ecoam na vida psíquica dos sujeitos e da massa.

Entretanto, é possível pensar o diálogo, a intersubjetividade e o reconhecimento em termos convergentes, de tal modo que a psicanálise seja uma espécie de dialética enquanto uma arte de conferir. O significado original do termo dialética não é outro senão a arte da discussão. É aí que a dialética da identidade e da diferença se desenvolverá no campo linguístico do reconhecimento intersubjetivo, o que requer se comunicar por meio da linguagem, de aceitar o diálogo, até porque linguagem diz as coisas, mas ela diz também o 'eu' que fala e estabelece a comunicação entre os diversos 'eus', constituindo-se o instrumento universal de reconhecimento mútuo.

Enfim, o pensamento freudiano contribui para entender o processo identitário da massa com a liderança superegoica, a qual se julga capaz de definir o que é bom e o que é mau para indivíduos e grupos, excluindo o sujeito de direito, enquanto qualquer pessoa digna de respeito e de proteção institucional pelas políticas

públicas. Já a fenomenologia ricoeuriana ajuda a refletir sobre os riscos dessa identificação com a liderança superegoica, propondo que a dignidade da pessoa humana seja a base antropológica para o sujeito de direito, o que o coloca em posição contrária àquele processo de identificação da massa com o líder político. Estas duas linhas de pensamento, freudiana e ricoeuriana, podem aproximar-se e oferecerem as condições de possibilidades de fazer uma

leitura psicossocial das democracias liberais modernas e de suas questões ético-políticas, nas quais se inserem as políticas públicas.

Colaboradores

Silva J (0000-0002-2671-4621)* e Kublikowski I (0000-0002-2126-9557)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Lipovetsky G. A era do vazio: ensaios sobre o individualismo contemporâneo. Lisboa: Edições 70; 2013.
2. Weil E. Philosophie morale. Paris: J. Vrin; 1961.
3. Ricoeur P. O Mal: Um desafio à filosofia e à teologia. Campinas: Papyrus; 1988.
4. Freud S. O mal-estar na civilização. São Paulo: Companhia das Letras; 2010. (Série: Obras completas).
5. Hobbes T. Leviatã ou matéria, forma de uma república eclesiástica e civil. São Paulo: Martins Fontes; 2019.
6. Freud S. Psicologia das massas e análise do eu. São Paulo: Companhia das letras; 2011. (Série: Obras completas).
7. Safatle V. O circuito dos afetos: corpos políticos, desamparo e o fim do indivíduo. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora; 2018.
8. Habermas J. O discurso filosófico da modernidade. São Paulo: Martins Fontes; 2000.
9. Freud S. O futuro de uma ilusão. São Paulo: Companhia das Letras; 2014. (Série: Obras completas).
10. Freud S. Totem e tabu. São Paulo: Companhia das Letras; 2012. (Série: Obras completas).
11. Eco U. O fascismo eterno. 3. ed. Rio de Janeiro: Record; 2019.
12. Silva J. Entre Ricoeur e Freud: você é quem pensar? A desapropriação e a reapropriação da consciência. Curitiba: CRV; 2018.
13. Ricoeur P. O si mesmo como Outro. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2014.
14. Bois C. Moi, si versatile : le problème de l'identité personnelle chez Paul Ricoeur et László Tengelyi. [tese]. Québec: Université Laval; 2020. 146 p.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

15. Kublikowski I. A identidade narrativa: o sujeito produzido/ produtor de si. *Psicol. Rev.* 2004; 13(1):11-30.
16. Bobbio N. A era dos direitos. Rio de Janeiro: Elsevier; 2004.
17. Villey M. O direito e os direitos humanos. 2. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2016.
18. Lauxen RR. Éthique Narrative: le dialogue de Ricoeur avec Peter Kemp. *Pens. Rev. Filosofia.* 2021 [acesso em 2023 mar 1]; 26(12):21-33. Disponível em: <https://ojs.ufpi.br/index.php/pensando/article/view/12654/7762>.
19. Gorgoni G. Une juste reconnaissance. La place du juridique dans l'articulation de la "petite éthique". *Études Ricoeuriennes/ Ricoeur Studies.* 2020 [acesso em 2023 mar 6] 11(11):143-159. Disponível em: <https://ricoeur.pitt.edu/ojs/index.php/ricoeur/article/view/489>.
20. Thoenig JC. L'analyse des politiques publiques. In: Grawitz M, Léca J. *Traité de science politique: Les politiques publiques.* Paris: PUF; 1985.
21. Ricoeur P. O Justo: a justiça como regra moral e como instituição. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2008.
22. Bignotto N. Bolsonaro e o bolsonarismo entre o populismo. In: Starling HM, Lago M, Bignoto N. *Linguagem da destruição: a democracia brasileira em crise.* São Paulo: Companhia das letras; 2022.

Recebido em 24/07/2022

Aprovado em 10/03/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Apoio social on-line: questões teóricas, metodológicas, benefícios sociais e recomendações

Online social support: Theoretical and methodological issues, social and health benefits, and recommendations

Lise Renaud^{1,2}, Maria Cherba^{2,3}

DOI: 10.1590/0103-1104202313718

RESUMO As plataformas de apoio social on-line (fóruns de discussão, grupos no Facebook, salas de *chat* etc.) são cada vez mais utilizadas por pessoas com doenças crônicas e seus cuidadores, que desejam falar com pessoas com problemas semelhantes fora da sua rede tradicional. O objetivo desta revisão de literatura foi apresentar as intervenções de apoio social on-line descritas na literatura científica recente, para: 1) orientar as organizações que desejam desenvolver tal intervenção ou melhorar um programa existente; e 2) identificar caminhos de pesquisa para pesquisadores e recomendações para planejadores de saúde. Foram analisados 59 artigos científicos apresentando intervenções de apoio social on-line (2006-2016), usando uma grade enfatizando as concepções teóricas de apoio social, as plataformas *web* utilizadas e suas funcionalidades, o processo de *design* e avaliação das intervenções, os métodos de participação e animação estabelecidos pelas organizações, os impactos documentados das intervenções nas populações e, finalmente, as vias de pesquisa e as recomendações para os planejadores de saúde. Uma metodologia narrativa foi usada para destacar os desafios de desenvolvimento e implementação para apoiar nossas organizações parceiras no desenvolvimento ou melhoria de suas intervenções de apoio social on-line.

PALAVRAS-CHAVE Apoio social. Internet. Literatura de revisão como assunto. Pacientes.

ABSTRACT *Online social support platforms (discussion forums, Facebook groups, chat rooms, etc.) are increasingly used by people living with chronic diseases and their caregivers, who aspire to exchange with people living with similar problems outside their traditional network. The objective of this literature review is to present online social support interventions described in recent scientific literature, to: 1) guide organizations that want to develop such intervention or improve an existing program, and 2) identify research avenues for researchers and recommendations for health planners. Some 59 scientific articles presenting online social support interventions (2006-2016) were analyzed using a grid emphasizing the theoretical conceptions of social support, the web platforms used and their functionalities, the design process and evaluation of the interventions, the methods of participation and animation set up by the organizations, the documented impacts of the interventions on the populations, and finally the lines of research and the recommendations for the field planners. A narrative methodology was used to highlight development and implementation challenges to support our partner organizations in developing or improving their online social support interventions.*

KEYWORDS *Social support. Internet. Review literature as topic. Patients.*

¹Université du Québec à Montréal (UQAM) - Québec, Canada.
renaud.lise@uqam.ca

²Centre de Recherche sur la Communication et la Santé (ComSanté) - Montreal, Canada.

³Université d'Ottawa (uOttawa) - Ontario, Canada.

Introdução

Os espaços de troca entre pares na internet, como grupos de Facebook, fóruns de discussão, salas de *chat*, constituem uma ferramenta de comunicação digital de apoio social destinada aos cidadãos que são usuários, atuais ou potenciais, dos serviços de saúde ou aos profissionais que atuam nesse setor. As plataformas de apoio social on-line se enquadram na classificação das intervenções digitais de saúde definidas pela Organização Mundial da Saúde¹.

Alguns esforços, que estão em andamento, visam integrar esses espaços digitais de apoio ao sistema de saúde². Entretanto, o gestor que atua na área da saúde questiona-se, há alguns anos, sobre o potencial desses espaços on-line para melhorar a saúde e o bem-estar dos usuários. Ele se preocupa, particularmente, com a implantação, os usos, os benefícios específicos e os métodos de avaliação dessas intervenções on-line^{3,4}.

Algumas questões parecem pertinentes sobre o uso das plataformas sociais on-line na saúde, especialmente em relação ao Facebook. Por exemplo: como a participação em um espaço de apoio social on-line se inscreve na trajetória do adoecimento? Como essa participação se relaciona com outras atividades de apoio social off-line? Quais são os benefícios, mas também os malefícios, que os indivíduos associam à sua participação nesses espaços? Por fim, como a experiência de apoio social varia de acordo com a participação ativa ou passiva e de longa ou curta duração? Os indivíduos que buscam e/ou oferecem apoio nesses espaços de troca são anônimos ou assumem sua identidade?

Muitas questões relacionadas com o desenho, a dinâmica e a avaliação dessas plataformas se colocam para o gestor de saúde que pretende desenvolver uma intervenção de apoio social on-line. A título de exemplo: como configurar tal intervenção? É melhor investir em espaços existentes criados por pares ou desenvolver novos ambientes? Quais tipos de supervisão e animação devem ser realizados

para estimular a participação? Quais são os componentes eficazes de uma intervenção (características tecnológicas e modos de animação)? Como avaliar a experiência e os benefícios da participação nesses espaços de apoio social on-line para os usuários?

Todas essas questões ressaltam a importância da realização de uma reflexão antes do desenvolvimento da plataforma pelo gestor de saúde. Tal reflexão impõe uma escolha entre as diferentes opções relacionadas com o desenvolvimento e a utilização do suporte social on-line. Assim, o ambiente virtual poderá se tornar mais adequado e eficaz para o bem-estar do usuário.

Essas perguntas iniciadas por planejadores de saúde em Quebec, Canadá, foram parcialmente respondidas por meio de uma revisão da literatura e, portanto, este artigo oferece algumas respostas a elas.

Material e métodos

De um *corpus* de 1.229 publicações, foram escolhidos 59 artigos (2006-2016) após o processo de seleção. Uma busca de resumos de artigos revisados por pares foi realizada nas bases de dados de ciências médicas e sociais Cinahl, Communication Abstracts, International Bibliography of the Social Sciences, Social Sciences Abstracts, Social Work Abstracts, Sociological Abstracts, PsycINFO, PubMed, usando as seguintes palavras-chave: *online* OR on-line OR internet OR mediado por computador OR *web*, intervenção, apoio social OR apoio de pares. Para as bases de dados CAIRN e Erudit, em francês, foram utilizadas as seguintes palavras-chave: intervenção, internet OR *online* OR *Web* OR por computador, apoio social OR apoio social OR apoio de pares OR apoio de pares.

Os seguintes critérios de exclusão foram usados na revisão dos resumos: 1) artigos publicados antes de 2006; 2) intervenções em que um dos objetivos não era fornecer suporte social on-line; e 3) que não envolviam trocas

entre pares. Em seguida, os textos completos foram lidos com os mesmos critérios de exclusão. Uma busca complementar nas bibliografias dos artigos selecionados permitiu identificar outros 36 artigos relevantes, dos quais 4 foram retidos por levantarem pontos não levantados durante a análise do *corpus* inicial.

Os textos foram analisados com base em seis temas formulados em colaboração com os planejadores de saúde: 1) as concepções teóricas de apoio social; 2) as plataformas *web* utilizadas e suas funcionalidades; 3) as intervenções do processo de design e avaliação; 4) os métodos de participação e animação implementados pelas organizações; 5) os impactos documentados das intervenções nas populações; e 6) as vias de pesquisa e as recomendações para planejadores.

Para identificar elementos relevantes de discussão sobre esses temas, e dada a diversidade dos artigos que compõem o *corpus*, foi realizada uma revisão narrativa⁵. A metodologia da revisão narrativa significa que os resultados não foram sistematicamente quantificados e a que qualidade metodológica dos artigos não foi avaliada.

Essa abordagem foi utilizada porque a investigação em questão visa apoiar as organizações parceiras no desenvolvimento ou melhoria das suas intervenções de apoio social on-line. Assim, deseja-se trazer à tona todos os detalhes oferecidos pela literatura sobre o desenvolvimento e os desafios da implementação.

Resultados e discussão

Em primeiro lugar, será definido o termo ‘apoio social *online*’. Depois serão examinadas algumas questões teóricas e metodológicas. Em seguida, serão discutidos os benefícios ou os impactos que o ‘apoio social *online*’ pode promover na saúde do usuário. Por fim, algumas recomendações para o gestor que pretenda utilizar uma plataforma on-line como apoio social serão apresentadas.

Apoio social on-line: definição

O apoio social é um processo de interação social por meio da troca afetiva (real) ou previsível de recursos práticos ou psicossociais^{6,7}. Baseia-se na manifestação de afetos e no estabelecimento de uma ligação entre várias pessoas^{8,9}. Pode ser percebido como uma ajuda informal (cônjuge, filho, família, amigo, vizinho), semiformal (grupos de autoajuda, grupos de lazer, comissão escolar) e formal (profissionais de saúde, serviço social e jurídico etc.). O papel do apoio social como fator que influencia a saúde física e psicológica vem sendo estudado há algum tempo¹⁰⁻¹³.

A troca entre pares é uma das formas de saúde na internet¹⁴ que faz parte do ideal participativo da *Web* social^{15,16} – que é o conjunto de relações sociais que ligam as pessoas através da World Wide Web. A *Web* social engloba como os *sites* e *softwares* são projetados e desenvolvidos para apoiar e promover a interação social. Desde 1990, os espaços de troca entre pares oferecidos na internet (fóruns de discussão, salas de bate-papo, grupos de Facebook etc.) se multiplicaram e são cada vez mais utilizados por pessoas com doenças crônicas e por seus cuidadores próximos, que aspiram compartilhar com outras pessoas problemas similares, fora de sua rede tradicional de relacionamentos¹⁷. Além disso, esse compartilhamento on-line é útil para pessoas com uma rede social limitada ou para pessoas cuja mobilidade fora de casa é reduzida. Essa ferramenta de comunicação on-line permite, particularmente, que essas pessoas tenham acesso a pontos de vista mais variados e mais distantes do que os que estão à sua volta¹⁸.

O apoio social pode ser fornecido por meio do apoio entre pares que vivam uma experiência semelhante¹⁹. Ele pode desempenhar um papel relevante na adaptação das pessoas que vivem em situações problemáticas e estressantes, na maioria das vezes crônicas²⁰. Ele pode ajudar as pessoas a lidar melhor com os seus problemas (redução da ansiedade e do sofrimento psíquico²¹). Pode ainda ter um

impacto positivo no bem-estar físico e psicológico do participante²²⁻²⁴. Além disso, o apoio social on-line é capaz de favorecer a adesão ao tratamento ao mesmo tempo que tem potencial para diminuir os custos dos cuidados²⁵ e, assim, melhorar os resultados da saúde.

Conceitos teóricos e tipologias

Diversas teorias estão presentes na produção acadêmica que apoiam a implantação do suporte social on-line (*quadro 1*). Algumas teorias estão relacionadas com o usuário, outras, com a tecnologia.

A teoria da ‘adequação ótima’ refere-se a um acordo ideal entre a conformidade com um objeto ou um objetivo desejado e as necessidades, abordagens, valores do indivíduo. Essa teoria oferece diferentes tipos de suporte on-line que podem ser apropriados para pessoas que estão enfrentando uma situação ‘controlável’ (que pode ser resolvida por meio de suporte informacional ou tangível por exemplo) ou uma situação que elas não podem controlar (mas podem lidar melhor com apoio emocional e de rede)²⁶.

O princípio da ‘terapia de ajudante’^{27,28} sugere que quando uma pessoa (o ‘ajudante’) presta assistência a outrem, o ajudante pode se beneficiar disso. Esse princípio é mencionado para explicar o efeito de empoderamento ligado ao fato de oferecer suporte social on-line: por exemplo, dar conselhos e apoio a outros ajuda os participantes a

sentirem que têm um conhecimento valioso para compartilhar²⁹.

A ‘teoria da comparação social’ explica como as pessoas se comparam com as outras. Existem três tipos de comparações: maiores, menores ou iguais a si mesmo. Essa teoria destaca os impactos positivos e negativos de comparar a própria situação com as experiências de outras pessoas que vivem com um problema semelhante³⁰⁻³².

O ‘modelo de compensação/reforço social’ refere-se a um aumento na probabilidade de repetição de um comportamento por uma recompensa social, como um sinal de aprovação, amor ou atenção de um grupo etc. Este ajuda a entender a ligação entre o acesso ao suporte off-line e o uso do suporte on-line³³.

A ‘teoria da abordagem integrada de intervenção’ ou ‘modelo ecológico’³⁴ considera que o indivíduo está no centro de múltiplas influências (micro, meso, macro) que interferem em seu desenvolvimento. A *web* é uma influência possível. A plataforma de apoio social on-line é, portanto, complementar a várias intervenções socio sanitárias (oferecimento de cuidados, informação, apoio social, formação e *coaching*, serviços acessíveis na comunidade, defesa dos direitos etc.). Elas são necessárias para apoiar o usuário com doença crônica. Além disso, esse modelo baseia-se no reconhecimento do conhecimento vivencial do paciente, complementar ao conhecimento científico dos profissionais de saúde, resultante da convivência com a doença.

Quadro 1. Teorias mobilizadas para apoio social on-line

Teoria relacionada com o usuário	Definição	Atributo de apoio social on-line
Adequação ótima	Um acordo ideal entre a conformidade com um objeto ou um objetivo desejado e as necessidades, abordagens, valores do indivíduo	A plataforma de apoio social deve responder adequadamente às necessidades prioritárias, por exemplo, uma necessidade de <i>networking</i>
Terapia de ajudante	Quando um usuário (desempenhando o papel de ajudante) presta assistência a outra pessoa, o ajudante pode se beneficiar disso	A plataforma de apoio social on-line permite que o ajudante compartilhe seus conhecimentos sobre o ajudante e pode gerar um efeito benéfico para ele
Teoria da comparação social	Uma comparação com os outros	A plataforma de apoio social on-line ajuda o usuário a comparar a sua situação pessoal com as experiências dos outros
Teoria relacionada com tecnologia	Definição	Atributo de apoio social on-line
Modelo de compensação/reforço social	Um aumento na probabilidade de repetição de um comportamento por uma recompensa social	Essa teoria é usada para definir a diferença entre suporte off-line e on-line. On-line ofereceria recompensas imediatas e repetidas
Modelo ecológico	Um indivíduo está no centro de múltiplas influências (micro, meso, macro) que interferem em seu desenvolvimento	A plataforma de apoio social on-line é complementar a outras intervenções socio sanitárias

Fonte: elaboração própria.

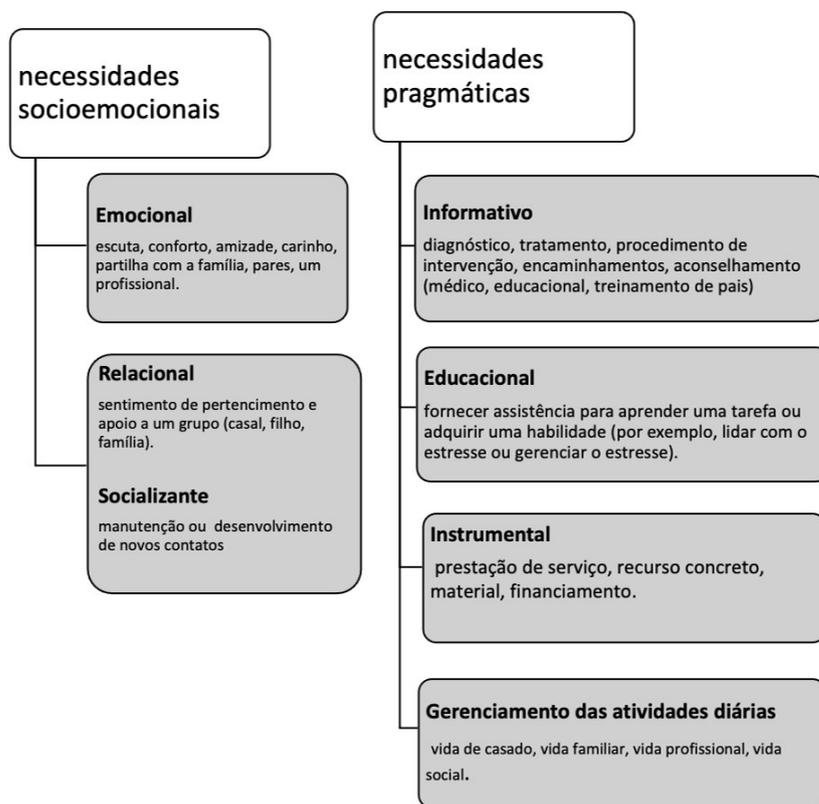
As tipologias (*figura 1*) utilizadas para implantar o apoio oferecido e recebido na internet enfatizam vários tipos de apoio social³⁵: Emocional: traduz-se na escuta, amizade e afeto; Relacional: revela o sentimento de pertencimento e de apoio a um grupo; Informativo: oferece informações sobre o diagnóstico, tratamento, procedimento de intervenção, encaminhamento, aconselhamento (médico, educacional, treinamento); Educacional: fornece assistência para aprender uma tarefa ou adquirir uma habilidade (por exemplo, lidar com o estresse ou gerenciar o estresse); Instrumental: presta serviço e oferece recurso concreto, material e/ou financiamento; Gestão das atividades diárias: Auxilia no acompanhamento da vida do casal,

da família, do profissional e da vida social.

A essas tipologias, às vezes, deve-se acrescentar o apoio socializante³⁶. Ele se manifesta por meio da participação do usuário em atividades sociais que facilitem o desenvolvimento de novos contatos. Com isso, é possível que haja o interesse em manter a relação após a apoio social on-line³⁷ ou de realizar encontros presenciais³⁸.

Para alguns autores, o apoio social on-line é conceituado como um processo interacional centrado nas relações que se desenvolvem entre os indivíduos. Ele é examinado por meio da articulação entre a manifestação e a recepção de mensagens de ajuda³⁹⁻⁴². Os tipos de apoio podem ser agrupados de acordo com as necessidades socioemocionais e pragmáticas.

Figura 1. Categorização dos tipos de ajuda de acordo com as necessidades



Fonte: elaboração própria.

Plataformas utilizadas e modos de animação

Em geral, os espaços de apoio social on-line são desenvolvidos especificamente como parte de uma intervenção de saúde e não aproveitam os espaços já existentes criados por pares, como grupos do Facebook ou outros fóruns virtuais já existentes. O tipo de plataforma mais utilizado é o fórum de discussão. Outras plataformas utilizadas incluem salas de bate-papo⁴³⁻⁴⁵, listas de *e-mail* Listserv⁴⁶⁻⁴⁸, os *sites* pessoais com função de *blog*⁴⁹, os *sites* de videoconferência como Zoom ou GoToMeeting⁵⁰⁻⁵², as plataformas de *matchmaking* como 7cups^{53,54} e as plataformas interativas integrando elementos de jogos^{50,55}. As intervenções que visam a uma população heterogênea podem se beneficiar da integração de vários recursos

para alcançar diferentes tipos de participantes e atender a diversas necessidades⁵⁶.

Os modos de animação referem-se à presença ou à ausência de um moderador do *site* e sua forma de responder às solicitações, relançando a discussão. A maioria das intervenções é gerenciada por um moderador. Diferentes pessoas podem desempenhar esse papel: pares que vivenciaram problemas semelhantes e que receberam treinamento^{28,55,57-61}, profissionais de saúde^{38,62,63} ou pesquisadores^{55,64-66}. No caso de intervenções não moderadas, sugere-se que um espaço moderado por um profissional seja mais adequado e estime a participação⁴⁷. Além disso, é desejável garantir que cada pedido de ajuda receba uma resposta. Cabe ainda gerenciar as intervenções inadequadas para garantir um ambiente de troca seguro e criar um sentimento de pertencimento à

comunidade, promovendo conexões entre os seus membros. Outro papel importante do moderador é intervir no caso de compartilhamento de informações errôneas^{33,34,42,59} e sugerir aos participantes um recurso de ajuda diante de determinados sinais de alarme, como pensamentos suicidas^{57,63,65-67}. Os profissionais de saúde também podem relutar em encaminhar seus pacientes para um recurso de ajuda on-line se ele não for moderado por um profissional^{29,46,55}.

Em relação ao ponto de vista dos participantes sobre o gerenciamento oferecido pelo moderador, cabe destacar que os participantes valorizam a possibilidade de contato com os profissionais, no contexto de incertezas em torno do tratamento ou da recuperação que vivem. A moderação por parte dos profissionais de saúde também garante que os participantes percebam a plataforma como confiável e digna de confiança⁶⁶. A presença do moderador também pode ser tranquilizadora, ajudar a estimular a conversa e preencher os silêncios⁶². Nenhum efeito negativo relativo ao *coaching* foi relatado na literatura acadêmica consultada. Entretanto, são raros os estudos que exploram a visão dos participantes sobre o *coaching* (2 dos 59 estudos).

Participação variável e muitas vezes limitada em espaços de apoio social on-line

Os níveis de participação variam muito de pessoa para pessoa, especialmente em plataformas baseadas em texto. Nesses casos, a maioria das postagens é escrita por um núcleo muito pequeno de participantes mais ativos, que postam e se expõem (*posters*), que se contrapõe à maioria composta por participantes usuários-leitores, que observam, mas não postam nem se manifestam (*lurkers*). Vários fatores podem explicar os diferentes níveis de engajamento: o gênero (mulheres participando mais ativamente)^{31,47,68-70}, a origem etnocultural (a cultura dominante se sente mais à vontade para se comunicar)^{33,39}, o nível

de alfabetização (pessoas mais educadas usam mais a palavra escrita)⁶⁶ e a experiência anterior de redes sociais (os usuários mais jovens permaneceram muito mais propensos do que seus colegas mais velhos a usar mídias sociais e ganharam uma experiência melhor)^{26,66,71}. As dificuldades técnicas com o uso da plataforma^{51,72-74}, a presença/ausência de suporte off-line³³, os temas discutidos na plataforma^{44,75} e o tamanho e grau de heterogeneidade do grupo^{31,51,72} também influenciam nos níveis de participação. Um sentimento de pertencimento à comunidade parece ser a chave para o sucesso para o incentivo à participação^{28,47}. Os participantes se tornam mais propensos a compartilhar suas experiências e oferecer apoio a outros quando se identificam com a comunidade e a veem como um espaço seguro para se expressar.

Outro fator que pode influenciar na participação é o estágio do adoecimento em que o participante se encontra e a trajetória do cuidado recebido. Dois exemplos podem ser mencionados: os efeitos colaterais do tratamento foram mencionados como uma das razões pelas quais algumas participantes não participaram de um fórum para mulheres com câncer de mama avançado⁴⁶; as mães de crianças com alergias/asma não procuram ajuda de outras mães imediatamente após o diagnóstico, mas mais tarde (na fase do diagnóstico, tendem a depender de profissionais ou estão muito ocupadas tentando entender e manejar a doença⁵¹).

Por fim, a participação em espaços de apoio on-line requer um investimento significativo de tempo e energia³³. Esse aspecto pode explicar a baixa participação de pessoas com agendas muito ocupadas (por exemplo, adolescentes⁶² e pacientes oncológicos⁴⁶). Diante desse quadro, cabe salientar que o núcleo dos participantes mais ativos tem um papel indispensável para alimentar as discussões, tirar dúvidas e oferecer suporte aos demais membros^{26,47,67}. Os gestores dos programas de apoio devem incentivar e valorizar a contribuição desses participantes que se tornam 'ajudantes voluntários'. Eles devem

envolvê-los de forma mais ativa e oferecer-lhes formação para que eles possam ajudar melhor os outros⁶⁷. No entanto, esse engajamento leva os membros mais ativos a se concentrar nas necessidades dos demais participantes e a dar menor atenção às suas próprias necessidades de apoio²⁷.

Avaliação das necessidades: um passo essencial

A maioria dos estudos enfatiza a necessidade de realizar uma avaliação das necessidades da população-alvo antes de se iniciar uma intervenção on-line adequada^{13,34,35}. Os autores destacam que os potenciais usuários devem ser consultados para que seja determinado o nível desejado de supervisão⁶³ e que sejam identificadas as pessoas que poderiam desempenhar melhor esse papel (um profissional de saúde ou algum usuário que tiver realizado uma experiência semelhante)^{31,51}. Com isso, será possível decidir o meio de comunicação preferido (síncrono ou assíncrono, texto ou áudio/vídeo)^{34,61}, adaptar o conteúdo para que ele seja compreensível e atenda às necessidades específicas dos indivíduos^{32,76}, e, por fim, verificar se a plataforma é fácil de usar^{49,58}. Os profissionais de saúde também podem ajudar a compreender melhor as necessidades dos usuários, identificando especificamente as lacunas no apoio aos níveis de cuidados em saúde^{10,32}.

A avaliação das necessidades da população-alvo deverá ser repetida ao longo de todo o processo de implantação do espaço de apoio on-line. Por exemplo: foi apenas durante as entrevistas realizadas com os jovens após a participação em um espaço de apoio on-line que os pesquisadores puderam identificar a necessidade de interagir com os pares da mesma idade. Eles também perceberam o impacto das limitações físicas causadas pelo diagnóstico (paralisia cerebral/espina bífida) sobre a participação na intervenção. Esses elementos possibilitaram que fossem privilegiados métodos de comunicação assíncrona, como

fóruns de discussão (em que a velocidade de resposta é menos essencial), para esse público-alvo³¹. Além disso, durante ou ao final da implantação do espaço de apoio on-line, poder ser útil uma análise temática do conteúdo das trocas nas plataformas de apoio. Ela serve para identificar as preocupações e as necessidades dos participantes e sua evolução^{30,32,75}.

Métodos de avaliação de intervenção

O método de avaliação mais popular é realizado por meio do uso de diferentes escalas para medir o impacto das intervenções nos comportamentos relacionados com a saúde e o bem-estar (físico, mas especialmente psicossocial) dos participantes. Os resultados desses estudos de impacto são mistos: alguns demonstram impactos positivos; outros, nenhum impacto; e alguns resultados não são significativos devido ao grande tamanho da amostra e as altas taxas de desistência. Além disso, as medidas utilizadas têm sido geralmente desenvolvidas em contextos de intervenção off-line. Em dois estudos, os autores modificaram as medidas existentes para o contexto on-line, incluindo perguntas sobre o suporte recebido de pares, bem como a acessibilidade e disponibilidade desse suporte^{61,77}. Os impactos são geralmente avaliados em curto e médio prazo. Pouco se sabe sobre os impactos em longo prazo das intervenções, bem como a persistência, reforço ou atenuação dos efeitos em longo prazo⁷⁸. A grande maioria dos artigos consultados descreve intervenções com duração de seis semanas a três meses.

Os autores também avaliam o impacto realizando análises estatísticas, utilizando ferramentas como Google Analytics ou bancos de dados criados por organizações^{38-40,42}. Outros autores⁵⁶ utilizam o processo de análise de rede com base no número de interações entre diferentes usuários para melhor compreender e visualizar os vínculos entre os participantes. Os dados de uso também podem ser coletados dos participantes por meio de diários de bordo semanais⁴⁶.

Outro método de avaliação é a análise temática do conteúdo das trocas para identificar as preocupações dos participantes^{30,32,75,79} e verificar os tipos de apoio solicitados e oferecidos^{26,28,66}. Nesse caso, o apoio emocional e informativo é o mais frequentemente discutido. Uma limitação desse método está relacionada com o fato de o conteúdo ser gerado por um número muito limitado de participantes, sendo difícil determinar em que medida ele reflete a experiência dos usuários-leitores²⁶. Pensando nisso, questionários abertos e entrevistas com os participantes tornam-se interessantes para identificar os impactos das intervenções^{29,48}.

Os efeitos socio sanitários positivos e negativos

Existem mais estudos sobre os resultados socio sanitários do apoio social presencial do que sobre o apoio on-line²²⁻²⁴. Apesar disso, os estudos existentes⁸⁰⁻⁸³ destacam o potencial das intervenções de apoio social on-line para ajudar os indivíduos a lidar melhor com seus problemas: os participantes se sentem menos isolados, olham de forma diferente para a sua situação, obtêm novas informações e identificam recursos de ajuda, têm menos ansiedade ou depressão, sentem-se mais à vontade para partilhar as suas emoções com pessoas que vivem a seu redor.

Os efeitos negativos, mencionados por uma minoria de participantes, estão associados, entre outras coisas, a julgamentos não solicitados ou a conselhos recebidos de pares^{29,30,63}.

Diversos estudos destacam que os benefícios relatados pelos participantes estão ligados a uma participação mais ativa nas plataformas^{47,66,83,84}. Entretanto, algumas pesquisas que analisam essa questão do ponto de vista dos usuários-leitores revelam que os benefícios também estimulam a participação^{62,66}. Conhecer as experiências dos pares permite que o participante obtenha informações necessárias, sintam-se mais tranquilo²⁹ e reconheça-se nas histórias dos outros⁶⁶.

Condições favoráveis associadas a espaços de apoio on-line

A seguir, serão vistos os benefícios específicos dos espaços de suporte on-line. Nos espaços de suporte on-line, o anonimato promove o compartilhamento^{40,51,85}, permite que as pessoas se escondam atrás da tela^{66,76} e tenham discussões mais abertas e honestas sobre temas sensíveis que podem ser desconfortáveis se fossem abordados de outra forma^{33,53,77}. Por exemplo, para algumas participantes de um fórum para mulheres que vivem com câncer de mama avançado,

[...] a ausência do contato visual foi útil porque permitiu que elas se distanciassem das manifestações físicas potencialmente assustadoras da doença em outras pessoas²⁴⁽⁵⁷⁴⁾.

O suporte on-line é de fácil acesso: você pode se conectar a qualquer momento, no conforto de casa (com exceção de intervenções usando métodos de comunicação em tempo real, como videoconferência). Esse aspecto torna as intervenções acessíveis a pessoas com agenda lotada, principalmente nos casos em que elas ou os entes queridos estão doentes e em tratamento^{44,55,74}.

As intervenções on-line também promovem a participação de pessoas em áreas remotas nas quais não há outros serviços disponíveis^{46,74}, pessoas com mobilidade reduzida devido à sua condição^{46,66} ou de seus entes queridos⁴⁴. Os serviços on-line permitem, portanto, conectar participantes geograficamente distantes uns dos outros⁷⁶.

A possibilidade de receber apoio imediato em um momento difícil (especialmente quando os profissionais de saúde não estão acessíveis⁵³) pode reforçar a sensação de segurança das pessoas⁷⁴ e permitir que elas controlem o uso do serviço (usam quando precisam)⁷⁹.

Finalmente, alguns estudos destacaram os benefícios do suporte on-line quando suas intervenções são baseadas em contribuições escritas. Por exemplo, Poole et al.³⁸ observaram que algumas postagens do fórum de

discussão não contém pedidos explícitos de ajuda e, portanto, refletem a necessidade dos participantes de compartilhar sua história. Os participantes apreciam a oportunidade de dedicar um tempo para refletir sobre sua experiência⁴⁶, e escrever sobre isso (traduzir emoções em linguagem) pode ajudá-los a entender melhor e se adaptar à sua situação^{40,66}. No entanto, escrever também pode representar um limite para a participação.

Caminhos para o desenvolvimento da intervenção de apoio social on-line

O apoio social on-line é relevante quando ajuda o participante a se relacionar com outros que estão passando pelas mesmas experiências de saúde. Essa intervenção baseada no apoio social on-line é favorável ao bem-estar e tem um impacto na redução do isolamento, na validação e na normalização das experiências em relação às de outros participantes, na partilha de informação e recursos, no desenvolvimento da autoestima em relação aos desafios diários, e na reciprocidade da assistência entre os usuários que vivem problemas de saúde semelhantes. O impacto no usuário depende, sobretudo, da clareza das necessidades, do atendimento aos participantes e das competências do moderador, bem como de sua comunicação sensível à diversidade cultural e adaptada ao nível de literacia dos participantes.

Aqui estão algumas recomendações para o gestor desenvolver um ambiente de apoio social on-line eficaz. Uma intervenção voltada para o apoio social on-line tem mais chances de sucesso se for baseada em uma abordagem ou modelo teórico, bem como em uma compreensão das tipologias de apoio específicas do contexto on-line. Além disso, ela deve considerar as necessidades imediatas dos usuários e os recursos disponíveis. Eles permitem que sejam oferecidos diferentes modos de comunicação com os pares, tais como: a comunicação falada ou escrita, presencial ou anônima, em 'tempo real' ou assíncrona, dirigindo-se a uma pessoa ou a uma audiência maior etc.

Uma intervenção de apoio on-line deve também oferecer diferentes funcionalidades para responder às diversas necessidades dos participantes. Deve ainda privilegiar intervenções supervisionadas (o que implica o uso de recursos suficientes que assegurem a presença de um ou mais moderadores). A análise das necessidades prévias dos participantes permite que seja determinado o ponto de vista dos participantes sobre o nível e o tipo de supervisão. Para tanto, é necessário levar em conta a diversidade de intervenções e os contextos específicos de intervenção (clientelas com necessidades variadas, diferentes etapas da trajetória do adoecimento/cuidado, alfabetização, condições socioeconômicas)^{34,35}.

Com relação ao nível de participação do usuário, o gestor deve saber que um baixo percentual de participantes gera uma alta taxa de participação⁸⁶. Com ela, os usuários se tornam mais ativos para realizar as trocas e oferecer suporte uns aos outros. Além disso, é importante enfatizar que as pessoas que contribuem menos ativamente para as trocas podem se beneficiar das intervenções, embora se tenha que reconhecer que podem existir barreiras à participação. Além disso, os impactos de fatores socioeconômicos, como o acesso à internet na participação em espaços de apoio social on-line, devem ser considerados pelo gestor para que não aumentem as desigualdades sociais durante as intervenções on-line^{87,88}.

O gestor pode enfatizar os benefícios específicos das intervenções on-line, como anonimato e acessibilidade, e desenvolver ferramentas de medição adaptadas aos contextos on-line.

Ele pode se beneficiar com a realização de uma avaliação de longo prazo. Essa avaliação permite identificar a participação e seus efeitos em diferentes momentos das trajetórias pessoais. Esse aspecto parece particularmente relevante para intervenções voltadas para indivíduos que vivem com uma doença crônica. Partindo desse ponto de vista, seria importante identificar os momentos da trajetória da doença em que a necessidade de participação é maior e documentar a evolução das formas

de participação. Também parece necessário incluir usuários menos ativos (*lurkers*) no processo de avaliação e encontrar estratégias eficazes para recrutar esse tipo de participante, que, como algumas pesquisas demonstraram, podem se beneficiar das intervenções. Uma questão interessante seria entender como se desenvolve o sentimento de pertencimento e apego à comunidade entre os participantes que não postam mensagens. Em termos de benefícios para usuários mais ativos, os benefícios específicos da comunicação escrita merecem ser estudados com mais profundidade. Embora seja possível que os indivíduos coloquem suas experiências por escrito em um contexto off-line, os ambientes on-line oferecem a oportunidade de falar para um público mais amplo. Esse aspecto tem implicações para o processo de autoapresentação⁸⁹.

Considerações finais

Esta revisão de literatura respondeu a um pedido de gestores de saúde para desenvolver

melhor sua plataforma de apoio social on-line. O objetivo foi trazer à tona as dimensões úteis levantadas pela literatura: teorias, tipologias, funcionalidades, métodos de participação e animação, tipos de avaliação e seu impacto. Este texto mostra claramente todo o *corpus* que se pôde coletar. No entanto, foi difícil ponderar os estudos de acordo com o tamanho da amostra, a duração da intervenção, a análise de determinados determinantes socioeconômicos, étnicos ou educacionais.

Vários estudos futuros seriam úteis para esclarecer a contribuição de diversos modelos teóricos na compreensão do suporte social on-line, para entender os benefícios associados a diferentes níveis de participação, para apoiar a avaliação de intervenções de suporte social on-line.

Colaboradoras

Renaud L (0000-0002-6990-7626)* e Cherba M (0000-0003-0988-8109)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- World Health Organization. Monitoring and evaluating digital health interventions: a practical guide to conducting research and assessment. Geneva: WHO; 2016 [acesso em 2022 maio 25] Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252183/9789241511766-eng.pdf;jsessionid=B7457633E61BAB49A91CF9939267525B?sequence=1>.
- Boothroyd R, Fisher EB. Peers for progress: promoting peer support for health around the world. *Pub-Med. (n.d.) Fam Pract.* 2010; 27(supl1):i62-8.
- Newman MW, Lauterbac D, Munson SA, et al. It's not that I don't have problems, I'm just not putting them on facebook: challenges and opportunities in using online social networks for health. In: Proceedings of the ACM 2011 conference on Computed supported cooperative work. New York: ACM Press; 2011.
- Mehta N, Atreja A. Online social support networks. *Int Rev Psychiatry.* 2015; 27(2):118-123.
- Collins JA, Fauser BC. Balancing the strengths of systematic and narrative reviews. *Hum Reprod Update.* 2005; 11(2):103-104.
- Boucher, K, Laprise R. Le soutien social selon une perspective communautaire. In: Dufort F, Guay J, editores. *Agir au cœur des communautés. La psychologie communautaire et le changement social.* Québec: Presses de l'Université Laval; 2001.
- Bozzini L, Tessier R. Support social et santé. In: Dufresne J, Dumont F, Martin Y, editores. *Traité d'anthropologie médicale. L'Institution de la santé et de la maladie.* Québec: Presses de l'Université du Québec, IQRC; 1985.
- Cobb S. Social support as a moderator to life stress. *Psychosom Med.* 1976; (38):300-314.
- Devault A, Frechette L. Le soutien social : ses composantes, ses effets et son insertion dans les pratiques sociosanitaires. In: Carroll G, Couturier L, St-Pierre I, editores. *Pratiques en santé communautaire.* Québec; Édition Chenelière; 2006. p. 141-152.
- Uchino BN. *Social support and physical health: Understanding the health consequences of relationships.* New Haven: Yale University Press; 2004.
- Rains SA, Wright KB. *Social Support and Computer-Mediated Communication.* *Comm Year.* 2016; (40):175-211.
- Gallant MP. *The Influence of Social Support on Chronic Illness Self-Management: A Review and Directions for Research.* *Health Educ Behav.* 2003; 30(2):170-95.
- Cherba M, Thoër C, Turbide O, et al. Le soutien social en ligne comme mode d'intervention psychosociale : revue de littérature, pistes de recherche et recommandations pour les Intervenants. *S.F.S.P. Santé Publ.* 2019; 1(31):83-92.
- Eysenbach G. What is e-health? *J Med Internet Res.* 2001; 3(2):e20.
- Millerand F, Proulx S, Rueff J. *Web social. Mutation de la communication.* Québec: Presses de l'Université du Québec; 2010.
- Cardon D, *La démocratie Internet : promesses et limites.* Paris: Seuil; 2010.
- Gauduchon N. *Internet et le soutien social.* In: Thoër C, Lévy JJ, editores. *Internet et Santé. Acteurs, usages et appropriations.* Québec: Presses de l'Université du Québec; 2011.
- Wright KB, Johnson AJ, Bernard DR, et al. *Computer-Mediated support: Promises and Pitfalls for Individuals Coping with Health Concerns.* In: Thompson TL, Parrott R, Nussbaum JF, editores. *The Routledge handbook of health communication, 2. ed.* New York: Routledge; 2011.
- Fisher EB, Coufal MM, Parada H, et al. *Peer Support in Health Care and Prevention: Cultural, Organiza-*

- tional, and Dissemination Issues. *Ann Rev Public Health*. 2014; 35(1):363-383.
20. Pierce GR, Lakey B, Sarason IG, et al. Personality and Social Support Processes: A Conceptual Overview. In: Pierce GR, Lakey B, Sarason IG, et al., editors. *Sourcebook of social support and personality*. New York; London: Plenum Press; 1997. p. 3-18.
 21. Hill WG, Weinert C. An evaluation of an online intervention to provide social support and health education. *Comput Inform Nurs*. 2004; 22(5):282-288.
 22. D'Abbs P. *Social support networks: A critical review of models and findings*. Melbourne: Institute of Family Studies; 1982.
 23. Oldenburg B, Taylor CB, O'Neil A, et al. New technologies to improve the prevention and management of chronic conditions in populations. *Annu Rev Public Health*. 2015; 18(36):483-505.
 24. Catalano D, Holloway L, Mpofu E. Mental Health Interventions for Parent Carers of Children with Autistic Spectrum Disorder: Practice Guidelines from a Critical Interpretive Synthesis. Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2018; (15):341.
 25. Fisher EB, Ayala GX, Ibarra L, et al. Contributions of Peer Support to Health, Health Care, and Prevention: Papers from Peers for Progress. *Ann Fam Med*. 2015; 13(supl1):S2-S8.
 26. Smedley R, Coulson N, Gavin J, et al. Online social support for Complex Regional Pain Syndrome: A content analysis of support exchanges within a newly launched discussion forum. *Comput in Human Behav*. 2015; (51):53-63.
 27. Lepore SJ, Buzaglo JS, Lieberman MA, et al. Comparing Standard Versus Prosocial Internet Support Groups for Patients with Breast Cancer: A Randomized Controlled Trial of the Helper Therapy Principle. *J Clin Oncol*. 2014; 32(36):4081-6.
 28. Greidanus E, Everall RD. Helper therapy in an online suicide prevention community. *Br J Guid Coun*. 2010; 38(2):191-204.
 29. McKechnie V, Barker C, Stott J. The effectiveness of an internet support forum for carers of people with dementia: a pre-post cohort study. *J Med Internet Res*. 2014; 16(2):e68.
 30. Hucker A, McCabe MP. A qualitative evaluation of online chat groups for women completing a psychological intervention for female sexual dysfunction. *J Sex Marital Ther*. 2014; 40(1):58-68.
 31. Barnfather A, Stewart M, Magill-Evans J, et al. Computer-Mediated Support for Adolescents with Cerebral Palsy or Spina Bifida. *Comput Inform Nurs*. 2011; 29(1):24-33.
 32. Hudson DB, Campbell-Grossman C, Keating-Lefler R, et al. Online support for single, low-income, African-American mothers. *Am J Matern Child Nurs*. 2009; 34(6):350-5.
 33. Han JY, Kim J-H, Yoon HJ, et al. Social and Psychological Determinants of Levels of Engagement with an Online Breast Cancer Support Group: Posters, Lurkers, and Nonusers. *J Health Commun*. 2012; 17(3):356-71.
 34. Renaud L, Caron-Bouchard M, Valderrama A, et al. Analyse des besoins auprès de parents d'enfant autiste en vue de développer une plateforme numérique leur offrant un soutien social. *CNRIS (revue Observatoire du consortium national de recherche en intégration sociale)*. 2018; (9):e3.
 35. Renaud L, Caron-Bouchard M, Valderrama A, et al. Analyse de besoins sociaux pour le soutien social en ligne de parents d'enfants ayant un TSA. *CNRIS*. 2020; (2):20-26.
 36. Mitchell RE, Trickett EJ. Task force report: Social network as mediators of social support. *Community Ment Health J*. 1980; (16):27-44.
 37. Ladouceur E, Stewart M, Evans J, et al. Reducing the health disparities: online support for children with asthma and allergies from low income families. *Al-*

- lergy, *Asthma Clin Immunol.* 2016; 12(supl1):A54.
38. Poole R, Smith D, Simpson S. How patients contribute to an online psychoeducation forum for bipolar disorder: a virtual participant observation study. *JMIR Ment Health.* 2015; 2(3):e21.
 39. Kim E, Han JY, Shah D, et al. Predictors of Supportive Message Expression and Reception in an Interactive Cancer Communication System. *J Health Commun.* 2011; 16(10):1106-21.
 40. Kim E, Han JY, Moon TJ, et al. The process and effect of supportive message expression and reception in online breast cancer support groups. *Psychooncol.* 2012; 21(5):531-40.
 41. Yoo W, Shah DV, Shaw BR, et al. The Role of the Family Environment and Computer-Mediated Social Support on Breast Cancer Patients' Coping Strategies. *J Health Commun.* 2014; 19(9):981-98.
 42. Namkoong K, Shah DV, Han JY, et al. Expression and reception of treatment information in breast cancer support groups: how health self-efficacy moderates effects on emotional well-being. *Patient Educ Couns.* 2010; (81):S41-7.
 43. Hucker A, McCabe MP. A qualitative evaluation of online chat groups for women completing a psychological intervention for female sexual dysfunction. *J Sex Marital Ther.* 2014; 40(1):58-68.
 44. Marziali E, Garcia LJ. Dementia caregivers' responses to 2 Internet-based intervention programs. *Am J Alzheimers Dis Other Dement.* 2011; 26(1):36-43.
 45. Scharer K, Colon E, Moneyham L, et al. A comparison of two types of social support for mothers of mentally ill children. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs.* 2009; 22(2):86-98.
 46. Vilhauer RP, McClintock MK, Matthews AK. Online support groups for women with metastatic breast cancer: a feasibility pilot study. *J Psychosoc Oncol.* 2010; 28(5):560-86.
 47. Kaplan K, Salzer MS, Solomon P, et al. Internet peer support for individuals with psychiatric disabilities: A randomized controlled trial. *Soc Sc Med.* 2011; 72(1):54-62.
 48. Proudfoot J, Parker G, Manicavasagar V, et al. Effects of adjunctive peer support on perceptions of illness control and understanding in an online psychoeducation program for bipolar disorder: a randomized controlled trial. *J Affect Disord.* 2012; 142(1-3):98-105.
 49. Tixier M, Lewkowicz M. Design and evaluation of an online social support application for family caregivers. *Online Com Soc Comput.* 2011; (6778):267-76.
 50. Stewart M, Letourneau N, Masuda JR, et al. Impacts of online peer support for children with asthma and allergies: "it just helps you every time you can't breathe well". *J Pediatr Nurs.* 2013; 28(5):439-52.
 51. Stewart M, Letourneau N, Masuda JR, et al. Online support for children with asthma and allergies. *J Fam Nurs.* 2013; 19(2):171-97.
 52. Stewart M, Letourneau N, Masuda JR, et al. Online solutions to support needs and preferences of parents of children with asthma and allergies. *J Fam Nurs.* 2011; 17(3):357-79.
 53. Baumel A, Correll CU, Birnbaum M. Adaptation of a peer based online emotional support program as an adjunct to treatment for people with schizophrenia-spectrum disorders. *Internet Interv.* 2016; (4):35-42.
 54. Baumel A, Schueller SM. Adjusting an Available Online Peer Support Platform in a Program to Supplement the Treatment of Perinatal Depression and Anxiety. *JMIR Ment Health.* 2016; 3(1):e11.
 55. Bers MU. New Media for New Organs: A Virtual Community for Pediatric Post-Transplant Patients. *Convergence. The Intern J Res New Media Techn.* 2009; 15(4):462-9.
 56. Owen JE, Curran M, Bantum EO, et al. Characterizing Social Networks and Communication Channels in a Web-Based Peer Support Intervention. *Cyberp-*

- psychol Behav Soc Netw. 2016; 19(6):388-96.
57. Harris GE, Corcoran V, Myles A, et al. Establishing an online HIV peer helping programme: a review of process challenges and lessons learned. *Health Educ J*. 2015; 74(5):507-17.
 58. Morris RR, Schueller SM, Picard RW. Efficacy of a Web-based, crowdsourced peer-to-peer cognitive reappraisal platform for depression: randomized controlled trial. *J Med Internet Res*. 2015; 17(3):e72.
 59. Lekka F, Efstathiou G, Kalantzi-Azizi A. The effect of counselling-based training on online peer support. *Br J Guid Counc*. 2015; 43(1):156-70.
 60. Klemm PR, Hayes ER, Diefenbeck CA, Milcarek B. Online Support for Employed Informal Caregivers. *Comput Inform Nurs*. 2014; 32(1):10-20.
 61. Hwang KO, Ottenbacher AJ, Graham AL, et al. Online narratives and peer support for colorectal cancer screening: a pilot randomized trial. *Am J Prev Med*. 2013; 45(1):98-107.
 62. Nicholas DB, Fellner KD, Frank M, et al. Evaluation of an online education and support intervention for adolescents with diabetes. *Soc Work Health Care*. 2012; 51(9):815-27.
 63. Horvath KJ, Oakes JM, Rosser BS, et al. Feasibility, acceptability and preliminary efficacy of an online peer-to-peer social support ART adherence intervention. *AIDS Behav*. 2013; 17(6):2031-44.
 64. White M, Dorman SM. Receiving social support online: implications for health education. *Health Educ Res*. 2001; 16(6):693-707.
 65. Gliddon E, Lauder S, Berk L, et al. Evaluating discussion board engagement in the MoodSwings online self-help program for bipolar disorder: protocol for an observational prospective cohort study. *BMC Psychiatry*. 2015; (15):243.
 66. Stjernswärd S, Hansson L. A web-based supportive intervention for families living with depression: Content analysis and formative evaluation. *JMIR res protocols*. 2014; 3(1):e8.
 67. Das A, Faxvaag A. What Influences Patient Participation in an Online Forum for Weight Loss Surgery? A Qualitative Case Study. *Interact J Med Res*. 2014; 3(1):e4.
 68. Winefield HR. Support provision and emotional work in an Internet support group for cancer patients. *Patient Educ Couns*. 2006; 62(2):193-7.
 69. Horgan A, McCarthy G, Sweeney J. An evaluation of an online peer support forum for university students with depressive symptoms. *Arch Psychiatr Nurs*. 2013; 27(2):84-9.
 70. Drost LM, Cuijpers P, Schippers GM. Developing an interactive website for adolescents with a mentally ill family member. *Clin. Child Psychol*. 2011; 16(3):351-64.
 71. Hoybye MT, Dalton SO, Deltour I, et al. Effect of Internet peer-support groups on psychosocial adjustment to cancer: a randomised study. *Br J Cancer*. 2010; 102(9):1348-54.
 72. Gorlick A, Bantum EO, Owen JE. Internet-based interventions for cancer-related distress: exploring the needs of those whose needs are not met. *Psychooncology*. 2014; 23(4):452-8.
 73. Namkoong K, Shah DV, Han JY, et al. Expression and reception of treatment information in breast cancer support groups: how health self-efficacy moderates effects on emotional well-being. *Patient Educ Couns*. 2010; (81):S41-7.
 74. Blusi M, Asplund K, Jong M. Older family carers in rural areas: experiences from using caregiver support services based on Information and Communication Technology (ICT). *Eur J Ageing*. 2013; 10(3):191-9.
 75. Nicholas DB, Picone G, Vigneux A, et al. Evaluation of an online peer support network for adolescents with chronic kidney disease. *J Technol Hum Serv*. 2009; 27(1):23-33.

76. Masuda JR, Anderson S, Letourneau N, et al. Reconciling preferences and constraints in online peer support for youth with asthma and allergies. *Health Promot. Pract.* 2013; 14(5):741-50.
77. Barrera M, Glasgow RE, McKay HG, et al. Do Internet-Based Support Interventions Change Perceptions of Social Support: An Experimental Trial of Approaches for Supporting Diabetes Self-Management. *Am J Community Psychol.* 2002; 30(5):637-54.
78. Ellis LA, Campbell AJ, Sethi S, et al. Comparative randomized trial of an online cognitive-behavioral therapy program and an online support group for depression and anxiety. *J Cyber Ther Rehabil.* 2011; 4(4):461-7.
79. Nicholas DB, Chahauver A, Brownstone D, et al. Evaluation of an online peer support network for fathers of a child with a brain tumor. *Soc Work Health Care.* 2012; 51(3):232-45.
80. Clifford T, Minnes P. Logging on: Evaluating an online support group for parents of children with autism spectrum disorders. *J Autism Dev. Disord.* 2013; (43):1662-75.
81. Dababnah S, Parish SL. Feasibility of an empirically based program for parents of preschoolers with autism spectrum disorder. *The Autism.* 2016; 20(1):85-95.
82. Morissette C. Les usages d'un groupe Facebook par des mères d'enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme (Master's thesis). Montreal: Université du Québec à Montréal; 2015.
83. Chen Z, Koh PW, Ritter PL, et al. Dissecting an Online Intervention for Cancer Survivors: Four Exploratory Analyses of Internet Engagement and Its Effects on Health Status and Health Behaviors. *Health Educ Behav.* 2015; 42(1):32-45
84. Barak A, Dolev-Cohen M. Does activity level in online support groups for distressed adolescents determine emotional relief? *Couns Psychother Res.* 2006; 6(3):186-90.
85. Zhang S, O'Carroll Bantum E, Owen J, et al. Online cancer communities as informatics intervention for social support: conceptualization, characterization, and impact. *J Am Med Inform Assoc.* 2017; 24(2):451-9.
86. Akrich M, Meadel C. Patient exchanges on the Internet. *La Presse médicale.* 2009; (38):1484-90.
87. Hoybye M, Dalton S, Christensen J, et al. Social and psychological determinants of participation in Internet-based cancer support groups. *Support Care Cancer.* 2010; (18):553-60.
88. Benigeri M, Pluye P. Shortcomings of health information on the Internet. *Health Promot Int.* 2003; 18(4):381-6.
89. Tisseron S. Intimacy and extimacy. *Communications.* 2011; (88):83-9.

Recebido em 18/07/2022

Aprovado em 05/04/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Avaliação da qualidade da informação de saúde on-line: uma análise bibliográfica da produção acadêmica brasileira

Quality assessment of online health information: a bibliographic analysis of the Brazilian academic production

Leticia Barbosa¹, André Pereira Neto¹, Julyane Felipette Lima²

DOI: 10.1590/0103-1104202313719

RESUMO Cada vez mais, há usuários que recorrem à internet para obter informações sobre saúde. Desse modo, é importante atentar para a questão da qualidade do conteúdo disponibilizado on-line. Informação sobre saúde incompleta, incorreta e incompreensível circula na internet e pode comprometer o bem-estar dos indivíduos. Diferentes iniciativas têm sido desenvolvidas para lidar com essa problemática, sendo uma delas a avaliação da qualidade da informação on-line sobre saúde. Nesse cenário, o presente artigo apresenta as características da produção acadêmica brasileira sobre tal iniciativa, especificamente os métodos empregados para avaliar a acurácia do conteúdo. A partir de uma análise bibliográfica, foi identificado que a preocupação com a dimensão da acurácia da informação on-line está presente entre a maioria dos autores. Entretanto, cabe ressaltar que tal processo avaliativo utiliza como referência o consenso de especialistas e materiais bibliográficos. O emprego desses recursos apresenta limitações, uma vez que podem estar desatualizados em relação às melhores e mais atuais evidências científicas. Nesse sentido, é fundamental que pesquisas futuras sobre a avaliação da acurácia da informação on-line sobre saúde adotem como referencial os sumários sintetizados de informação clínica.

PALAVRAS-CHAVE Internet. Estudos de avaliação como assunto. Acesso à internet. Revisão.

ABSTRACT *More and more users are turning to the Internet for health information. Therefore, it is important to pay attention to the quality of the content made available online. Incomplete, incorrect, and incomprehensible health information circulates on the Internet and can jeopardize the well-being of individuals. Different initiatives have been developed to deal with the quality issue, one of them being the evaluation of the quality of online health information. In this scenario, the present article presents the characteristics of the Brazilian academic production on the matter, specifically the methods used to assess the accuracy of the content. We conducted a bibliographic analysis, and we identified that the concern with the dimension of accuracy of online information is present among most authors. However, it is worth mentioning that this evaluation process uses expert consensus and bibliographic materials as references. The use of these resources has limitations, since they may be outdated in relation to the best and most current scientific evidence. In this sense, it is essential that future research on the evaluation of the accuracy of online health information adopt the summarized summaries of clinical information as a reference.*

KEYWORDS *Internet. Evaluation studies as topic. Internet access. Review.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
leticiatbs@gmail.com

²Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) – Chapecó (SC), Brasil.



Introdução

Na atualidade, a internet desponta enquanto uma importante fonte de informação sobre saúde para os indivíduos. Cada vez mais, há usuários que recorrem a *sites*, *blogs* e plataformas de redes sociais para obter informação sobre sua doença ou condição de saúde, ou ainda para saber mais sobre alimentação, atividades físicas, entre outros tópicos¹. Segundo o Comitê Gestor da Internet, em 2019, 47% dos indivíduos buscaram informação sobre saúde ou serviços de saúde na internet. Em 2021, o percentual aumentou para 53%. A pesquisa on-line de informação sobre saúde tende a ser mais presente entre mulheres, classes sociais mais altas e indivíduos com maior nível de escolaridade e renda familiar².

Ao abordar a prática da busca informacional, é importante atentar para a questão da qualidade do conteúdo disponibilizado e acessado. Informação incompleta, incorreta e incompreensível circula na internet, possivelmente afetando o bem-estar dos indivíduos^{3,4}. Há ainda uma produção de conteúdo sobre saúde propositalmente falso nas redes sociais digitais com a intenção de enganar os interlocutores⁵.

Desde meados dos anos de 1990, diferentes iniciativas têm sido desenvolvidas a fim de lidar com tal problemática. Uma delas é a avaliação da qualidade da informação on-line sobre saúde. Nesse campo, pesquisas têm sido conduzidas no intuito de identificar os principais métodos e critérios utilizados no processo avaliativo^{3,6}. Dentre elas, destacam-se os estudos realizados por Eysenbach et al.⁷ e Paolucci e Pereira Neto⁶.

No início dos anos 2000, Eysenbach et al.⁷ conduziram uma revisão sistemática visando mapear estudos que tiveram como objetivo avaliar a qualidade da informação sobre saúde disponível na *Web*. Os autores reuniram os critérios avaliativos empregados em cinco categorias: técnico, que averigua a forma como a informação ou os metadados são apresentados; design, que verifica os aspectos

visuais do ambiente no qual a informação é disponibilizada; legibilidade, que avalia o nível de compreensão do conteúdo exibido; abrangência, que analisa se as dimensões mais relevantes de um determinado assunto são abordadas; e acurácia, que examina se a informação ofertada está de acordo com as melhores evidências ou aquelas mais aceitas pela comunidade médica⁷.

Paolucci e Pereira Neto⁶ apresentaram uma atualização da revisão sistemática realizada em 2002⁷, mapeando os métodos de avaliação empregados em estudos publicados entre 2001 e 2014. Os autores⁶ constataram que os critérios identificados por Eysenbach et al.⁷ continuam sendo utilizados.

Em relação aos principais critérios avaliativos, caber fazer alguns apontamentos acerca da acurácia. Ela é definida por Eysenbach et al.⁷⁽²⁶⁹⁵⁾ como a concordância entre a informação disponibilizada e a “melhor evidência ou a prática médica geralmente aceita” (tradução nossa). Em avaliações de informação on-line sobre saúde, a verificação do grau de concordância geralmente é feita a partir do julgamento de profissionais com experiência em uma determinada área, também conhecido como consenso de especialistas, ou a partir da comparação com material bibliográfico considerado confiável, como manuais técnicos, diretrizes, livros didáticos ou literatura científica indexada^{6,8}.

É importante salientar que a aceitação geral de um determinado procedimento ou conduta médica não implica necessariamente sua conformidade com as melhores evidências médicas disponíveis. Além disso, a verificação da acurácia a partir do consenso de especialistas ou de material bibliográfico não garante que a informação esteja sendo avaliada a partir das evidências mais adequadas. Afinal, a perspectiva e a conduta de profissionais, assim como manuais, diretrizes e outras produções acadêmicas, podem estar desatualizadas em relação às evidências científicas atuais e qualificadas^{6,8}.

Diante desse contexto, Paolucci e Pereira Neto⁶ apresentaram uma atualização para a

definição do critério de acurácia, considerando-o enquanto o grau de concordância da informação com as melhores evidências científicas disponíveis no momento.

Em relação aos resultados obtidos em avaliações de *sites* de saúde, estudos têm verificado a baixa acurácia da informação disponibilizada on-line^{4,9-11}. Cabe destacar que Paolucci⁸ realizou a avaliação da acurácia da informação sobre tuberculose disponibilizada no *site* 'Saúde de A a Z', do Ministério da Saúde, a partir de indicadores orientados pela Medicina Baseada em Evidências. O autor também identificou um baixo grau de acurácia no conteúdo avaliado.

Nesse cenário, o presente artigo pretende apresentar as características da produção bibliográfica brasileira do campo acadêmico sobre avaliação da qualidade da informação de saúde on-line. Ele visa identificar os métodos empregados para avaliar a acurácia da informação on-line sobre saúde, ou seja, sua exatidão. Buscou-se investigar as seguintes questões: quais são as características da produção bibliográfica nacional na área da avaliação da qualidade da informação sobre saúde on-line? Como tal produção averigua a acurácia da informação de saúde disponibilizada on-line?

Nessa perspectiva, o artigo apresenta uma análise de tal produção bibliográfica, indicando como ela se organiza e quais são os procedimentos adotados para avaliar a dimensão da acurácia do conteúdo on-line.

Metodologia

A primeira etapa do estudo consistiu na coleta do material a ser analisado. Entre os meses de maio e junho de 2021, foi realizado um levantamento bibliográfico nas principais bases bibliográficas brasileiras, a saber: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e Portal Brasileiro

de Publicações e Dados Científicos em Acesso Aberto (Oasisbr). Além disso, consultou-se a plataforma do Google Scholar.

A seguir, serão apresentadas cada base bibliográfica e a estratégia de busca aplicada. Posteriormente, será indicado como a amostra foi construída e como foi realizada a coleta de dados.

A SciELO é uma rede em acesso aberto de coleções de periódicos relevantes da região latino-americana e caribenha, além de países como Portugal, Espanha e África do Sul. Ela se subdivide em *sites* nacionais e temáticos e conta com um repositório de livros e outro de *preprints*. Criada ao final da década de 1990 no Brasil, tal iniciativa tem como objetivo aumentar a visibilidade e o acesso à produção científica em língua portuguesa e espanhola. Neste estudo, o levantamento foi realizado especificamente no *site* scielo.org. Ele agrega 389 periódicos, mais de 440 mil documentos e 11 milhões de referências^{12,13}.

A BVS é outra rede em acesso aberto estabelecida ao fim dos anos de 1990. Seu objetivo é contribuir para a gestão da informação e do conhecimento na região da América Latina e do Caribe. Utilizou-se nesse levantamento o seu Portal Regional, uma vez que ele agrega fontes de informação em português, inglês e espanhol sobre saúde. Atualmente, esse portal disponibiliza o acesso a mais de 32 milhões de referências¹⁴.

O Portal de Periódicos Capes foi lançado em 2000. Ele visa reduzir o déficit no acesso à informação científica nacional e internacional, atendendo às demandas dos setores acadêmico, produtivo e governamental. Pretende também contribuir para o aumento da produção científica nacional e o crescimento da inserção científica brasileira no exterior. Atualmente, o portal disponibiliza mais de 49 mil periódicos nacionais e internacionais, 330 mil documentos e 370 bases bibliográficas e multimídia, disponibilizando livros, patentes, estatísticas e dados, além de obras de referências¹⁵.

O Oasisbr é outra importante iniciativa visando ao acesso aberto à informação e ao conhecimento. Seu objetivo é contribuir para o aumento da visibilidade, do acesso e do intercâmbio de informação científica no Brasil. Ele agrega publicações brasileiras em acesso aberto, incluindo teses, dissertações, capítulos de livros, artigos e outros tipos de produção acadêmica disponíveis em diferentes repositórios institucionais. Além disso, permite a pesquisa em fontes de informação de Portugal. Em 2019, o portal já possibilitava o acesso a mais de 2,6 milhões de documentos¹⁶.

O Google Scholar, por sua vez, é um mecanismo de busca do Google que permite a pesquisa de produções científicas de diferentes tipos, incluindo artigos, resumos, livros, teses, entre outros. Ele também oferece acesso a métricas das publicações, incluindo total de citações recentes¹⁷.

A utilização das mais importantes e abrangentes bases bibliográficas nacionais visou mapear de modo extensivo a produção acadêmica brasileira sobre avaliação da qualidade da informação on-line sobre saúde, investigando especificamente os métodos adotados para avaliar a acurácia do conteúdo.

Para realizar o levantamento, foi construída uma estratégia de busca utilizando as palavras “avaliação” ou “qualidade”, somadas a “site” ou “informação” ou “endereço” ou “sítio”.

Nas bases SciELO, Portal Regional da BVS e Portal de Periódicos Capes, a busca foi restrita ao campo ‘título’. Com isso, esperou-se encontrar uma produção que tivesse palavras relacionadas com o objeto deste estudo incluídas em seu título.

Na plataforma Google Scholar, não há o filtro específico para o campo título. Por essa razão, foram incluídas todas as palavras de busca mencionadas acima.

Na plataforma Oasisbr, a restrição da inserção das palavras de busca no título não gerou um resultado expressivo. Assim, a estratégia de busca foi aplicada em todos os campos.

Somando todas as bases, foram obtidos 2.885 resultados, que foram extraídos e organizados

em uma planilha. Para refinar a amostra, foram adotados alguns procedimentos considerados. O primeiro foi a retirada de títulos duplicados. O segundo procedimento relacionou-se com o tipo de produção encontrada. Este estudo considerou para análise apenas artigos de autores brasileiros que publicaram em revistas brasileiras ou estrangeiras, artigos de autores estrangeiros que publicaram em revistas brasileiras, bem como dissertações e teses defendidas em instituições nacionais. Desse modo, foram excluídos trabalhos que não atendessem a tais critérios. Em seguida, foi realizada a leitura dos títulos e dos resumos das produções restantes, a fim de excluir publicações que não abordassem especificamente o tema da avaliação da qualidade da informação on-line sobre saúde. Após esse processo, chegou-se a um primeiro resultado, composto por 30 artigos e 18 dissertações e teses.

Diante desse resultado, considerado exíguo, resolveu-se identificar títulos relacionados com o tema da pesquisa presentes na bibliografia desses 48 estudos. Partiu-se do princípio que poderia ser possível existir trabalhos que não foram recuperados pelo levantamento realizado nas bases selecionadas, mas que tivessem sido citados nas publicações inicialmente encontradas. Desse modo, foi realizada uma revisão das referências bibliográficas da amostra inicial, a fim de identificar outros títulos sobre a temática. Seguindo esse procedimento, foram encontrados 29 artigos e 4 dissertações e teses que não constavam no primeiro resultado. Em relação aos novos títulos encontrados, não foi possível localizar os arquivos completos de um artigo e de uma dissertação. Por essa razão, eles foram eliminados da amostra que serviu de base para a análise. Combinando os resultados do primeiro e do segundo levantamento, a amostra totalizou 79 publicações, sendo 58 artigos, 16 dissertações e 5 teses.

Após a leitura e a análise do material levantado, identificou-se que alguns dos estudos publicados não tinham realizado uma avaliação da qualidade da informação on-line

sobre saúde, restringindo-se a um debate mais teórico-metodológico acerca do tema. Essas publicações foram descartadas para a discussão dos resultados. Ao final, a amostra consistiu em 61 publicações, sendo 47 artigos, 9 dissertações e 5 teses.

O passo seguinte consistiu na análise desse material bibliográfico. Para a coleta de dados, os autores organizaram uma ferramenta on-line. Nela, foram inseridos os seguintes dados sobre cada publicação: o tipo de produção; a área da revista ou do programa de pós-graduação em que foi publicada/apresentada; o ano de publicação; o objeto da avaliação (isto é, doença, condição de saúde, iniciativa de promoção da saúde ou outro); a avaliação da acurácia da informação e o recurso ou método adotado para sua realização.

Resultados e discussão

Aspectos gerais da produção bibliográfica analisada

Em relação aos resultados obtidos na análise do material bibliográfico levantado, identificou-se que a produção acadêmica brasileira sobre avaliação da qualidade de informação on-line sobre saúde iniciou-se em 2000, com somente uma publicação datada desse ano. Entre 2000 e 2020, o total de publicações por ano foi crescente até 2013 e, de 2014 em diante, oscilou entre aumentos e diminuições. No geral, houve quatro ou menos publicações por ano, com exceção dos anos de 2009, 2011, 2012, 2013 e 2017, que apresentaram um quantitativo entre cinco e sete produções.

Esse resultado difere daquele apresentado por Pereira Neto e Paolucci³. Em sua análise bibliográfica sobre avaliação da qualidade da informação sobre saúde na internet, os autores identificaram uma produção datada entre 2005 e 2017, com uma tendência de crescimento a partir do ano de 2012. A diferença de resultados pode ser explicada pela amostra de cada

estudo. Pereira Neto e Paolucci³ limitaram-se a um levantamento na base SciELO, obtendo 21 artigos brasileiros. No presente estudo, utilizaram-se outras bases bibliográficas além da SciELO. Também não se restringiu a artigos: foram incluídas dissertações e teses. Assim, realizou-se uma análise sobre uma amostra maior do que aquela utilizada no estudo de Pereira Neto e Paolucci³. Isso contribuiu para que se obtivessem resultados diferentes em relação à série histórica de estudos nacionais sobre avaliação da qualidade de informação on-line sobre saúde.

Em relação à área do conhecimento do periódico ou do programa de pós-graduação ao qual a produção bibliográfica estava associada, foi identificada uma concentração na área das ciências da saúde, que totalizou 40 publicações, representando mais de 50% da amostra (n=61). A segunda área com mais produções foi a interdisciplinar/outras (n=12), seguida por saúde pública/saúde coletiva (n=6). As áreas das ciências da informação e da comunicação apresentaram a menor expressividade, com duas e uma publicações respectivamente. A partir desses resultados, caber fazer duas considerações.

Uma delas refere-se ao destaque das ciências da saúde e a temática abordada nas publicações dessa área. Mais da metade dos artigos publicados em periódicos e das dissertações e teses defendidos em programas de pós-graduação dessa área dedicaram-se à avaliação da informação on-line sobre doenças e condições de saúde, tais como doença arterial coronariana¹⁸, doença de Alzheimer¹⁹, miopias e frotopsias²⁰, gagueira²¹. Um dos artigos publicados em 2020 voltou-se para o tema da Covid-19²². Temas como transplante, drogas, medicamentos e procedimentos cirúrgicos também estiveram presentes nos estudos dessa área. Entretanto, o conteúdo relacionado com a promoção da saúde foi menos expressivo nesse conjunto de publicações: apenas 5 dos 40 artigos, dissertações e teses das ciências da saúde avaliaram informação sobre essa temática, abrangendo tópicos como aleitamento

materno²³, alimentação e nutrição^{23,24} e saúde bucal²⁵. Esse resultado sugere que o debate acerca da avaliação de informação on-line sobre saúde conduzido em periódicos e programas de pós-graduação da área das ciências da saúde restringe-se a uma perspectiva biomédica, dando pouco enfoque a temas relativos à promoção da saúde e à perspectiva ampliada do processo de saúde-doença.

Além disso, também é possível observar uma endogenia no debate acerca da qualidade de informação on-line: estudos avaliativos sobre temas médicos são publicados em periódicos de ciências da saúde ou realizados em programas de pós-graduação da área. Um processo similar já havia sido apontado por Pereira Neto e Paolucci³ e Paolucci²⁶.

Ao apresentar os resultados de sua análise bibliográfica, Pereira Neto e Paolucci³ atentaram para o caráter endógeno da produção sobre avaliação da qualidade da informação on-line sobre saúde disponível na base Scielo. No seu estudo, os autores afirmam que

[...] trata-se de estudos sobre avaliação de sites de uma determinada área do conhecimento, publicados em periódicos da mesma área, voltados para leitores que atuam e se interessam por essa área. Por exemplo: um artigo publicado no Arquivo Brasileiro de Oftalmologia avalia a qualidade da informação sobre miopia e fotopsias³⁽²⁶⁸⁾.

Essa tendência havia sido discutida previamente por Paolucci²⁶. Em sua revisão sistemática sobre avaliação da qualidade da informação em *sites* de saúde, o autor indica que a maior parte dos estudos médicos identificados foram conduzidos por profissionais médicos, tiveram como tema assuntos médicos e foram publicados em periódicos médicos²⁶. No presente estudo, não foram sistematizadas a formação acadêmica ou a atuação profissional dos autores das publicações identificadas. Entretanto, ao observar mais detalhadamente tal dimensão nos artigos, teses e dissertações da área de ciências da saúde, é possível notar

uma tendência similar àquela apontada por Pereira Neto e Paolucci³ e Paolucci²⁶.

Um exemplo é o artigo de Silva, Mello Jr. e Mion²⁷. Ele apresenta a avaliação da informação sobre rinite alérgica disponível em *sites* brasileiros²⁷. Trata-se de uma doença inflamatória que afeta a mucosa nasal, podendo ser diagnosticada e acompanhada por um especialista em otorrinolaringologia. O artigo, publicado na 'Revista Brasileira de Otorrinolaringologia', é assinado por um aluno de medicina e por dois professores da disciplina de otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Assim, é possível notar que profissionais médicos de uma determinada especialidade abordaram um tema próprio do seu campo e publicaram seu estudo em uma revista da mesma especialidade. Isso aponta para a persistência do caráter endógeno, já observado por Pereira Neto e Paolucci³ e Paolucci²⁶, que o debate sobre avaliação da qualidade da informação on-line sobre saúde assume no campo acadêmico.

A segunda observação a ser realizada sobre a área de conhecimento associada às publicações analisadas refere-se à baixa expressividade dos campos de informação, comunicação e saúde pública e coletiva. A maior parte da produção esteve associada a periódicos ou a programas de pós-graduação da área das ciências da saúde. Um resultado similar já havia sido observado por Pereira Neto e Paolucci³. Os autores identificaram que 14 dos 21 artigos disponíveis na base SciELO acerca da avaliação da qualidade da informação sobre saúde na internet tinham sido publicados em periódicos de ciências biomédicas ou em demais áreas da saúde.

É importante atentar que a avaliação da informação on-line sobre saúde pode ser considerada como um campo interdisciplinar, uma vez que tangencia ou envolve, em maior ou menor grau, discussões acerca das especificidades, possibilidades e limitações do processo de comunicação em rede; produção e compartilhamento da informação sobre saúde on-line; efeitos do conteúdo produzido

e compartilhado por meio da internet nas práticas de saúde, entre outros. No entanto, os estudos avaliativos restringem-se a publicações e a programas da área da saúde, não estabelecendo um diálogo mais efetivo e plural com as demais disciplinas e áreas do conhecimento que são fundamentais para seu debate, especialmente a informação e a comunicação.

Métodos de avaliação da acurácia da informação on-line sobre saúde

Em relação à acurácia da informação on-line sobre saúde, identificou-se que 39 dos 61 artigos, dissertações e teses analisados utilizam tal critério nas avaliações que conduzem. Neste estudo, não se averiguou a proporção do uso do critério da acurácia em relação aos demais critérios. Entretanto, identificou-se que mais da metade das publicações examinou o grau de concordância do conteúdo on-line com as melhores evidências científicas ou aquelas geralmente aceitas. Desse modo, é possível considerar que a preocupação com a acurácia da informação disponível na internet está presente entre os profissionais, pesquisadores e alunos que se dedicam a debater o tema no campo acadêmico brasileiro. Apesar de ainda não ser uma preocupação generalizada, é importante atentar que a acurácia da informação constitui uma dimensão fundamental da avaliação da qualidade da informação de saúde disponível on-line.

Em relação ao modo como as publicações analisadas avaliam a acurácia da informação, foram identificados três principais recursos: consenso entre autores e/ou especialista; manuais, *guidelines*, diretrizes e/ou livros; e estudos bibliográficos e/ou revisões sistemáticas. Em sete publicações, estudos bibliográficos foram usados de modo combinado com manuais, diretrizes e livros. Dezoito estudos utilizaram apenas o consenso entre especialistas; onze fizeram uso somente de manuais e documentos correlatos; e um se baseou somente em estudos bibliográficos ou revisões sistemáticas. Em dois artigos, não foram especificados os

recursos aplicados para avaliar a acurácia da informação on-line sobre saúde. Nenhuma das publicações analisadas recorreu a sistemas de evidências científicas ou sumários sintetizados para referências clínicas – considerados os melhores níveis de evidência científica disponíveis⁸.

Observe-se com mais detalhes como alguns estudos avaliaram a acurácia da informação de saúde disponível on-line.

O artigo de Garcia et al.²⁸, por exemplo, compõe o conjunto de publicações que utilizam o consenso de especialistas e/ou autores. Ao averiguar a qualidade da informação sobre HPV (Papilomavírus Humano), os autores afirmaram que os indicadores referentes à concordância do conteúdo em relação ao conhecimento científico foram avaliados por um especialista:

[...] aspectos dos websites relacionados a quatro indicadores foram avaliados por um especialista da área de saúde, a saber: os exames diagnósticos estão de acordo com a ciência; a prevenção está de acordo com a ciência; o tratamento está de acordo com a ciência e as consequências estão de acordo com a ciência²⁸⁽⁵²⁾.

O artigo de Pereira Neto et al.⁹ é outro exemplo da utilização de consenso de especialistas para avaliar a acurácia da informação sobre dengue disponível em *sites* de saúde. Em seu estudo, dois profissionais médicos participaram na construção dos indicadores de acurácia, e dez foram responsáveis por realizar a avaliação de tal critério: “Os médicos avaliaram a conformidade da informação com o conhecimento científico sobre a dengue, critério denominado de acurácia”⁹⁽¹⁹⁵⁹⁾.

Já Silva e Gubert²³ assinam uma das publicações que recorre a manuais, diretrizes e livros para avaliar a acurácia da informação on-line. As autoras dedicaram-se ao tema do aleitamento materno e alimentação complementar e utilizaram como referência as recomendações do Ministério da Saúde dispostas

no documento 'Dez passos para uma alimentação saudável. Guia alimentar para crianças menores de dois anos', publicado em 2002. Segundo Silva e Gubert²³⁽³³³⁾, o objetivo de seu estudo é

Verificar se as informações contidas em sites da internet sobre a prática de aleitamento materno e a recomendação de introdução de alimentação complementar estão de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde.

Dias et al.²⁹, por sua vez, utilizaram estudos bibliográficos para avaliar a acurácia da informação sobre poluição das águas presente em sites brasileiros. Segundo os autores, "tomou-se como padrão de informações adequadas/corretas aquelas contidas na literatura científica relacionada à temática foco"²⁹⁽⁵⁾.

O artigo de Pithon et al.³⁰ faz parte do conjunto de publicações analisadas que articula o uso de livros e estudos bibliográficos para avaliar a acurácia da informação on-line sobre dor após cirurgia ortognática. Nele, os autores afirmam que

Guidelines based on scientific evidence, textbooks and primary literature were used as source of reference to assess the precision of information provided by the websites³⁰⁽⁸⁷⁾.

O estudo de Tristão et al.³¹ é outro exemplo. Para averiguar a acurácia informação on-line sobre paracoccidiodomicose, um tipo de micose sistêmica, os autores indicam que adotaram a seguinte estratégia:

Para avaliação do conteúdo contido nos websites foi elaborada uma chave de avaliação, contendo as informações esperadas como corretas nos websites avaliados, com base nas informações adequadas e corretas contidas na literatura médica atualizada (livros e/ou periódicos especializados recentes)³¹⁽²⁵⁾.

Em relação aos recursos utilizados nas publicações analisadas para avaliar a acurácia da

informação, cabe destacar que os resultados obtidos corroboram achados de estudos anteriores sobre o tema.

A revisão sistemática publicada por Paolucci e Pereira Neto⁶ identificou que os indicadores de acurácia empregados em avaliações de sites de saúde foram baseados no julgamento de especialistas com atuação profissional na área do estudo ou na comparação com materiais bibliográficos considerados confiáveis, como manuais, livros, diretrizes e artigos publicados em periódicos científicos. Essa tendência também havia sido observada por Eysenbach et al.⁷ e Zhang, Sun e Xie³² em suas respectivas revisões, publicadas anteriormente ao estudo de Paolucci e Pereira Neto⁶.

Sobre esse aspecto, cabe recuperar a crítica feita por Paolucci e Pereira Neto⁶ acerca do conceito da acurácia e ao modo como é avaliada. Eysenbach et al.⁷ entendem tal critério como a concordância da informação com a melhor evidência ou com a prática médica geralmente aceita. Entretanto, Paolucci e Pereira Neto⁶ atentam que a prática pode não estar de acordo com o conhecimento médico-científico mais atual e de melhor qualidade. Desse modo, os autores propõem conceber a avaliação da acurácia da informação enquanto o grau em que a informação concorda com as melhores e mais atuais evidências científicas.

Nessa perspectiva, o uso do consenso de especialistas e de materiais bibliográficos, observado na produção acadêmica brasileira, parece inadequado. O consenso construído entre um grupo de especialistas pode não estar de acordo com as evidências mais atuais, uma vez que os profissionais envolvidos podem estar desatualizados, e suas condutas, em desuso⁸. Considerando o processo de publicação e revisão de materiais bibliográficos, artigos, manuais, guias e diretrizes também tendem a não estar atualizados, apresentando dados que podem não ser mais válidos ou adequados.

O caso da Covid-19 pode servir como exemplo nesse sentido. Apesar de evidências contrárias, havia grupos de profissionais

médicos que apoiavam e prescreviam medicamentos sem eficácia e sem segurança como um procedimento terapêutico para supostamente tratar a Covid-19 e evitar o agravamento do quadro de saúde do paciente – o que ficou conhecido como ‘tratamento precoce’³³. Tal procedimento também foi apoiado e divulgado de forma ampla pelo Ministério da Saúde. Há ainda artigos em circulação que defendem o uso do ‘tratamento precoce’ baseado em evidências científicas³⁴. Nesse caso, o consenso de especialistas, a diretriz do Ministério da Saúde e uma parte dos materiais bibliográficos disponíveis encontram-se na contramão das melhores e mais atuais evidências científicas acerca da Covid-19, apresentando recomendações que são ineficazes e que também podem prejudicar a saúde dos indivíduos³³. Esse cenário reforça a importância, já apontada por Paolucci⁸, de utilizar sumários sintetizados para referências clínicas para a construção de indicadores de acurácia. Serviços como DynaMed agregam as melhores e as mais atuais evidências sobre um amplo conjunto de doenças e condições. Ao utilizá-lo como referência para a avaliação da acurácia de informação on-line sobre saúde, é possível averiguar de modo mais eficiente se o conteúdo disponível é adequado e seguro ao usuário.

Conclusões

As mídias digitais estão se tornando cada vez mais pervasivas. A busca por informações sobre saúde na internet é um fenômeno crescente. Nessa perspectiva, é fundamental debater e analisar a qualidade do conteúdo da informação de saúde disponibilizado on-line. Indivíduos podem ter seu bem-estar e seu processo de tomada de decisão prejudicados devido à informação incorreta, imprecisa ou propositalmente fraudulenta. Nesse sentido, é necessário averiguar, entre outros aspectos, se a informação que é compartilhada em *sites*, *blogs* e mídias sociais está em conformidade com as evidências científicas mais atuais.

Neste artigo, buscou-se analisar os métodos e os procedimentos adotados na produção bibliográfica brasileira para avaliar a acurácia da informação on-line sobre saúde. Identificou-se que a preocupação com essa dimensão da qualidade da informação está presente entre a maioria dos autores: mais da metade dos artigos, dissertações e teses averiguam a conformidade entre um conteúdo informativo disponibilizado na internet e as evidências científicas disponíveis sobre ele. Entretanto, cabe ressaltar que tal processo avaliativo utiliza como referência consenso de especialistas e materiais bibliográficos como revisões sistemáticas, artigos, manuais, livros e diretrizes. Conforme discutido por Paolucci e Pereira Neto⁶ e Paolucci⁸, o emprego desse tipo de recurso para a construção e a avaliação de indicadores de acurácia da informação apresenta limitações, uma vez que os profissionais e os materiais bibliográficos podem estar desatualizados em relação às melhores e mais atuais evidências científicas. Nesse sentido, é fundamental que pesquisas futuras sobre a avaliação da acurácia da informação on-line sobre saúde adotem como referencial os sumários sintetizados de informação clínicas. Essas são as melhores fontes de evidência científica⁸.

Outro aspecto a ser mencionado sobre a análise conduzida refere-se ao caráter endógeno da produção bibliográfica sobre o tema. Tal como observado em estudos anteriores^{6,26}, identificou-se que artigos, teses e dissertações estão associados a periódicos ou programas de pós-graduação de uma determinada área do conhecimento e são produzidos por profissionais da mesma área. Assim, o debate limita-se a um determinado campo.

É necessário que tal debate se amplie e seja inserido em outras áreas do conhecimento como ciência da informação, comunicação e a saúde coletiva.

Cabe atentar para os limites deste estudo. Conduziu-se uma análise bibliográfica da produção acadêmica sobre o tema da avaliação da qualidade da informação on-line sobre saúde. Realizou-se um levantamento nas principais

bases bibliográficas brasileiras. Desse modo, é possível que, no contexto de outros países, resultados diferentes sejam observados. Além disso, é possível que algumas publicações sobre o tema não tenham sido indexadas nas bases utilizadas ou não tenham sido recuperadas pela estratégia de busca escolhida.

Ressalta-se que o campo da avaliação tem se ampliado nas últimas décadas, e mais estudos são necessários para identificar e analisar as tendências, possibilidades e limitações que se colocam no processo de avaliar a qualidade da informação on-line sobre saúde. Desse modo, é importante que mais estudos incluam em seu processo avaliativo a averiguação da concordância entre a informação sobre saúde

disponibilizada on-line e o conhecimento mais atual ou aceito no campo expresso nos sumários sintetizados de informação clínicas.

Colaboradores

Barbosa L (0000-0002-7341-260X)* e Pereira Neto A (0000-0003-3631-8857)* contribuíram para concepção e planejamento do estudo; coleta de dados; análise e interpretação dos dados; elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo; participação na aprovação da versão final do manuscrito. Lima JF (0000-0002-0715-8498)* contribuiu para concepção e análise de dados e revisão para a versão final. ■

Referências

1. Pereira Neto A, Barbosa L, Flynn M. Prefácio da edição brasileira - Há décadas em que nada acontece. Há semanas em que décadas acontecem. In: Pereira Neto A, Flynn M, organizadores. *Internet e saúde no Brasil: desafios e tendências*. 1. ed. São Paulo: Cultura Acadêmica; 2021. p. 7-18.
2. Comitê Gestor da Internet no Brasil. *Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos domicílios brasileiros: TIC domicílios 2020*. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil; 2021.
3. Pereira Neto A, Paolucci R. Avaliação da qualidade da informação de saúde na internet: análise das iniciativas brasileiras. In: Pereira Neto A, Flynn M, organizadores. *Internet e saúde no Brasil: desafios e ten-*
4. Paolucci R, Pereira Neto A, Luzia R. Avaliação da qualidade da informação em sites de tuberculose: análise de uma experiência participativa. *Saúde debate*. 2017; 41(esp):84-100.
5. Waszak PM, Kasprzycka-Waszak W, Kubanek A. The spread of medical fake news in social media – The pilot quantitative study. *Health Policy Tech*. 2018; 7(2):115-118.
6. Paolucci R, Pereira Neto A. Methods for evaluating the quality of information on health websites: Systematic Review (2001-2014). *Latin Am J Develop*. 2021; 3(3):994-1056.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

7. Eysenbach G, Powell J, Kuss O, et al. Empirical studies assessing the quality of health information for consumers on the world wide web: a systematic review. *Jama*. 2002; 287(20):2691-2700.37.
8. Paolucci R. Avaliação da qualidade da informação em sites de saúde: indicadores de acurácia baseada em evidência para tuberculose. [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2020.
9. Pereira Neto A, Paolucci R, Daumas R, et al. Avaliação participativa da qualidade da informação de saúde na internet: o caso de sites de dengue. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017; 22(6):1955-68.
10. Pereira Neto A, López S, Almeida J, et al. Assessment of the quality of information on breastfeeding sites: notes on an experience. In: Silva P, Leite D, organizadores. *Saúde coletiva: avanços e desafios para a integralidade do cuidado*. v. 3. Guarujá: Editora Científica Digital; 2021. p. 114-27.
11. Pereira Neto A, Ferreira E, Domingos R, et al. Avaliação da qualidade da informação de sites sobre Covid-19: uma alternativa de combate às fake news. *Saúde debate*. 2022; 46(132):30-46.
12. Scientific Electronic Library Online. SciELO – modelo de publicação eletrônica para países em desenvolvimento. [sem local]: SciELO; 2019. [acesso em 2021 nov 26]. Disponível em: https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Modelo_SciELO.pdf.
13. Scientific Electronic Library Online Analytics. Collection composition. [sem local]: SciELO; 2019. [acesso em 2021 nov 26]. Disponível em: <https://analytics.scielo.org/>.
14. Biblioteca Virtual em Saúde. Sobre. 2021. [acesso em 2021 nov 26]. Disponível em: <https://bvsaud.org/sobre-o-portal/>.
15. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Quem somos. CAPES; 2021. [acesso em 2021 nov 26]. Disponível em: <https://www.periodicos-capes-gov-br.ez68.periodicos.capes.gov.br/index.php/sobre/quem-somos.html>.
16. Portal brasileiro de publicações e dados científicos em acesso aberto. Home. 2021. [acesso em 2021 nov 26]. Disponível em: <https://oasisbr.ibict.br/vufind/>.
17. Google Scholar. Google Scholar Metrics. 2021. [acesso em 2021 nov 26]. Disponível em: <https://scholar.google.com/intl/fr/scholar/metrics.html>.
18. Marques IR, Marin HF. Enfermagem na web: o processo de criação e validação de um web site sobre doença web site sobre doença arterial coronariana. *Rev Latino-Am Enf*. 2002; 10(3):298-307.
19. Arakawa AM. Portal dos idosos: desenvolvimento e avaliação de um website com informações sobre a Doença de Alzheimer e suas consequências para a comunicação. [tese]. Bauru: Universidade de São Paulo; 2015.
20. Barbosa AL, Martins EN. Evaluation of Internet websites about floaters and light flashes in patient education. *Arq Bras Oftalmol*. 2007; 70(5):839-43.
21. Silveira P, Costa A, Lima C. Gagueira na web: qualidade da informação. *Revista CEFAC*. 2012; 14(3):430-7.
22. Lins-Filho PC, Macêdo TS, Ferreira AKA, et al. Assessing the quality, readability and reliability of online information on COVID-19: an infoveillance observational study. *Research, Soc. Develop*. 2020; 9(12):e3591210680.
23. Silva RQ, Gubert MB. Qualidade das informações sobre aleitamento materno e alimentação complementar em sites brasileiros de profissionais de saúde disponíveis na internet. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*. 2010; 10(3):331-340.
24. Monteiro GSG, Assis MM, Leite MA, et al. Avaliação das informações nutricionais referentes às crianças de até dois anos disponíveis em sites populares. *Rev Paul Pediatr*. 2016; 34(3):287-292.
25. Pauleto ARC. Teleodontologia: elaboração, desenvolvimento e avaliação do website “Portal dos Bebês – Odontologia” como instrumento de informação para

- pais e/ou cuidadores. [tese]. Bauru: Universidade de São Paulo; 2013.
26. Paolucci R. Métodos para avaliação da qualidade de informação em sites de saúde: revisão sistemática (2001-2014). [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2015.
27. Silva LVER, Mello Jr JF, Mion O. Evaluation of Brazilian web site information on allergic rhinitis. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2005; 71(5):590-7.
28. Garcia RI, Matias M, Bastos LC, et al. Qualidade da informação em saúde: um estudo sobre o vírus do papiloma humano (HPV) em websites brasileiros. *Reciis – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde.* 2018; 12(1):43-57.
29. Dias DF, Veiga BGA, Castro ALS, et al. Poluição das águas disponíveis em websites brasileiros: conteúdo com qualidade? *Revista da Biologia.* 2011; (8B):4-10.
30. Pithon M, Santos E. Information available on the internet about pain after orthognathic surgery: A careful review. *Dental Press J. Orthod.* 2014; 19(6):86-92.
31. Tristão GB, Moreira ALE, Assunção LP, et al. As informações sobre paracoccidiodomicose disponíveis em websites brasileiros são de qualidade e confiáveis? *Multi-Science Journal.* 2017; 1(7):23-33.
32. Zhang Y, Sun Y, Xie B. Quality of health information for consumers on the web: A systematic review of indicators, criteria, tools, and evaluation results. *J. Assoc. Inform. Science & Tech.* 2015; 66(10):2071-84.
33. Nedel WL, Antônio ACP, Rodrigues Filho EM. Estratégias terapêuticas falhas na Covid-19: por que o uso de “kit-Covid” ou “tratamento precoce” é inadequado e não se justifica. *Rev AMRIGS.* 2021; 65(1):115-122.
34. Vieira SC, Fontinele DRS, Barjud MB, et al. Tratamento precoce para COVID-19 baseado em evidência científica. *Rev Bras Prom Saúde.* 2020; (33):10993.

Recebido em 11/07/2022

Aprovado em 10/02/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Análise da produção científica nacional das condições crônicas complexas em pediatria

Analysis of the national scientific production on complex chronic conditions in pediatrics

Lívia Almeida de Menezes¹, Karinne Marieta Carvalho¹, Maria Auxiliadora de Souza Mendes Gomes¹, Mariana Setúbal Nassar de Carvalho¹

DOI: 10.1590/0103-1104202313720

RESUMO As condições crônicas complexas de saúde são um grupo de condições clínicas permanentes que demandam cuidados contínuos. Os avanços científicos e tecnológicos permitiram que crianças que antes morriam ao nascimento, ou logo após, ganhassem sobrevida à custa de uma complexa rede de cuidados. Os objetivos do estudo foram identificar e analisar a produção científica nacional acerca da temática em pediatria. Realizou-se uma revisão integrativa nas bases de dados Scopus e Web of Science. Todos os artigos originais completos publicados sem restrição temporal e que continham palavras-chave selecionadas foram incluídos. A busca foi realizada no campo tópico das ferramentas descritas na metodologia, e o resultado foi unificado e harmonizado no *software* Vantage Point. Após tratamento e análise, encontraram-se 64 artigos. Foi utilizado o *software* VOSviewer versão 1.6.16 para identificação dos temas de pesquisa. Os resultados expostos são a distribuição geográfica e temporal da produção científica, as principais instituições pesquisadoras e redes colaborativas, e cinco núcleos temáticos centrais. Há ainda inúmeros desafios relativos às frequentes hospitalizações e aos processos de desospitalização que essas crianças enfrentam. Conclui-se com a necessidade de aprofundamento e exploração do tema de forma colaborativa e com novas questões de pesquisa para avultar a construção do conhecimento nessa temática.

PALAVRAS-CHAVE Doença crônica pediátrica. Crianças dependentes de tecnologia. Saúde da criança. Cuidado da Criança. Mapeamento bibliométrico.

ABSTRACT *Complex chronic conditions are a group of permanent medical conditions that require continuous care. Techno-scientific advances have allowed children who would previously die at birth, or soon after, to gain survival, but at the expense of a complex care. The aims of the study were to identify and analyze the national scientific pediatric production. We performed an integrative review on the Scopus and Web of Science databases. All full original articles published without time restriction and containing selected keywords were included. The search was carried out in the topic field of the tools described in the methodology and the result was unified and harmonized in the Vantage Point software. After treatment and analysis, 64 articles were found. VOSviewer software version 1.6.16 was used to identify the research topics. The results showed are the geographic and temporal distribution of the scientific production, the main research institutions and collaborative networks, and five central thematic nuclei. There are still numerous challenges related to the frequent hospitalizations and clinical care delivery processes. We conclude with the need to explore and search the theme in a collaborative way and with new research issues to increase the construction of knowledge on the theme.*

KEYWORDS *Pediatric chronic disease. Technology dependent children. Child health. Child care. Bibliometric mapping.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
karinnemarieta@gmail.com

Introdução

Ao longo das últimas décadas, houve uma relevante transição epidemiológica na pediatria marcada pela presença crescente das chamadas Condições Crônicas Complexas (CCC) de saúde¹. Com os avanços socioeconômico-sanitários associados às conquistas da ciência e da tecnologia, ocorreu redução da mortalidade de crianças nascidas em condições críticas e frágeis, com malformações congênitas ou com sequelas relacionadas com a prematuridade extrema. Atualmente, essa pequena parcela da população consegue viver, mesmo em situações de profunda vulnerabilidade clínica, muitas vezes, à custa de dependência tecnológica e de cuidados permanentes. Tal mudança do perfil clínico-epidemiológico na saúde infantil traz consigo implicações para seu cuidado em diversas dimensões – assistencial, gerencial, de formação profissional e científica –, que reverberam em todos os pontos de atenção à saúde.

Crianças com CCC são um pequeno subgrupo específico de um conjunto maior de Crianças com Necessidades Especiais de Saúde (Crianes), cujo termo é originário do inglês – Children with Special Health Care Needs (CSHCN) – e foi descrito por McPherson et al.² em 1998. Como sua prevalência aumenta no mundo inteiro, muitas pesquisas subsequentes tiveram o intuito de identificar qual subgrupo de Crianes exibiu maior vulnerabilidade clínica necessitando de maior utilização dos serviços e recursos da saúde. Assim, a temática da complexidade foi inserida no panorama das condições crônicas, estimulando diversos autores no mundo a se dedicarem à pesquisa e à melhoria do cuidado dessa população.

Uma das definições mais relevantes abordando tal questão é a de Feudtner³. Para ele, as crianças com CCC representam um subgrupo daquelas que possuem condições crônicas de saúde e apresentam as seguintes características comuns:

- Presença de qualquer doença, cuja duração mínima esperada seja de 12 meses (exceto se a morte for o desfecho anterior), e;
- envolvimento de mais de um órgão ou sistema, ou de apenas um órgão de forma severa, necessitando de acompanhamento especializado e, provavelmente, de um período de internação em hospital terciário^{3,4}.

As diferentes trajetórias dessas crianças, suas necessidades e demandas de utilização dos recursos para o tratamento implicam, portanto, caracterizar sua saúde em uma perspectiva mais ampliada, que, desde os anos 1940, é reconhecida formalmente pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como conceito que agrega o bem-estar mental e social, juntamente com o físico. Essa perspectiva também avançou no País, sobretudo após o marco do movimento da reforma sanitária, que reconfigurou a saúde enquanto direito universal na Constituição Federal⁵.

No Brasil, as CCC entraram na pauta das políticas públicas de saúde da criança em 2015 quando foram inseridas no eixo estratégico IV de atuação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC): atenção integral à criança com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas⁶. Instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), ela reconhece que é um desafio conciliar uma agenda de compromissos públicos que contemple de forma equânime as múltiplas demandas assistenciais, organizacionais e de pesquisa dessa ‘nova pediatria’. Embora enunciada na PNAISC, ainda persistem lacunas no que se refere às diretrizes da rede de atenção necessárias ao cuidado integral e com qualidade e segurança para essas crianças⁷.

Os objetivos do estudo foram identificar e analisar a produção científica nacional acerca dessa temática no campo saúde da criança, compreender as principais áreas de estudo, além de identificar e divulgar

relevantes instituições que se dedicam à pesquisa envolvendo crianças com CCC e, portanto, à melhoria do cuidado dessa população.

Metodologia

Diversas terminologias são utilizadas na literatura contemporânea para se referir a essa subpopulação. Tal fato tem importância crucial na evolução dos estudos envolvendo as CCC, uma vez que dificulta a investigação de conceitos estruturantes facilitadores da aprendizagem e, por isso, pode ser considerado, inclusive, fator limitante ou capaz de afetar os resultados dessa busca.

Em geral, emprega-se o termo criança acompanhado de duas ou mais das seguintes palavras: complexa, crônica, médica, clínica, condição e/ou necessidades, por exemplo, crianças com CCC, com necessidades médicas complexas, com condições médicas complexas, com condições complexas de saúde ou ainda crianças com complexidade médica⁸. Em virtude disso, as palavras-chave para essa busca foram exaustivamente testadas a fim de minimizar ou mesmo evitar a perda de documentos. Após essa etapa, as seguintes palavras-chave em língua inglesa foram inseridas no campo de busca: “*Pediatric Complex Care*”, “*Child* with Medical Complexity*”, “*Child* with Special Health Care Needs*”, “*Child* with Complex Chronic Conditions*” e “*Technology-Dependent Child**”. Houve ainda a combinação dos termos “*Complex chronic conditions*”, “*technology dependent medical complexity*”, “*Special health care*” com palavras relacionadas com crianças, uma vez que esse é o enfoque do estudo: *infant, child*, kids, pediatric*.

Os dados utilizados nesta revisão integrativa foram coletados em outubro de 2021 e englobam todos os artigos científicos publicados até o ano completo de 2020. Devido à escassez de trabalhos sobre esse tema,

não foi estabelecido um corte temporal. As duas ferramentas acessadas para retorno dos artigos científicos foram a Web of Science (WOS) e a Scopus. A busca também foi realizada na base de dados PubMed, contudo, não houve acréscimo de novos documentos, razão pela qual foi descartada. A WOS e a Scopus são bases de dados robustas que permitem acesso a artigos científicos disponíveis em diversos periódicos, com atualização constante, sendo uma fonte segura e de qualidade para a recuperação dos trabalhos sobre CCC.

A busca se deu nos campos de título, resumo e *keywords* (tópico) das ferramentas descritas acima, e apenas os artigos originais completos do Brasil foram selecionados, excluindo todos os outros formatos de publicações. O tratamento para harmonização dos dados recuperados e eliminação de duplicatas foi feito por meio do *software* Vantage Point, e o compilado final abarcou 64 registros. Concluída a harmonização dos dados, foi possível extrair outras informações, como ano de publicação, nome das instituições envolvidas com essa temática além de especificar a distribuição geográfica dessa produção.

A identificação dos temas de pesquisa envolvendo CCC foi feita por intermédio do *software* VOSviewer versão 1.6.16, que se destina principalmente a analisar redes bibliométricas mediante visualização de semelhanças⁹. Para a construção do mapa de termos, os títulos e os resumos em língua inglesa foram inseridos no *software*. Desse modo, os termos que frequentemente ocorrem nas mesmas publicações ganharam força e ficaram próximos. Um termo com um peso maior é considerado mais importante sendo mostrado com destaque no mapa¹⁰. Foi considerada a recorrência mínima de 7 vezes, e apenas os termos com 60% ou mais de relevância foram selecionados. Para validar a informação, efetuaram-se a leitura e a análise de cada artigo científico recuperado nessa busca com ênfase no seu objetivo.

Resultados e discussão

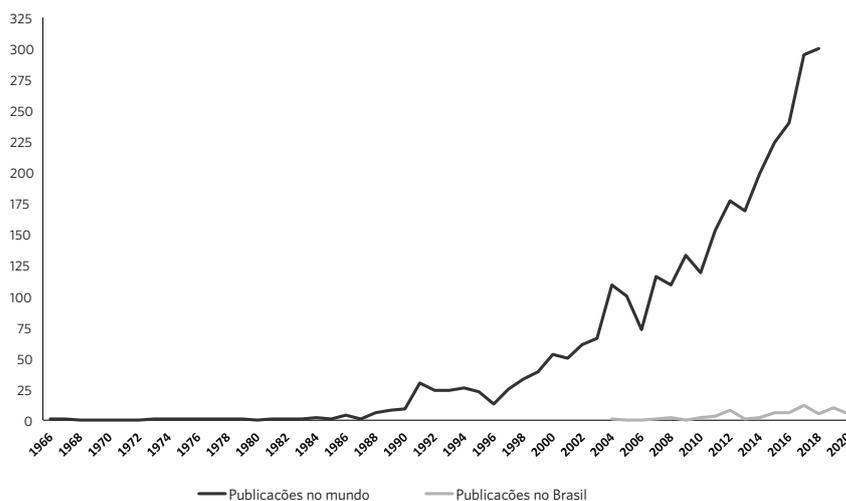
A primeira publicação sobre CCC encontrada no mundo data de 1966, na Europa; desde então, observa-se um movimento científico crescente acerca do tema em todo o planeta¹¹. Atualmente, com 73% de toda a produção científica mundial, os Estados Unidos da América lideram as pesquisas e as publicações envolvendo o tema. Dados norte-americanos apontam que cerca de 15% a 20% das crianças desse país com idade entre 0 e 17 anos apresentam alguma necessidade especial de saúde¹². Reitera-se que as crianças com CCC são um subgrupo ainda menor dessa população. Além disso, embora representem uma parcela muito pequena, são responsáveis por grande parte dos gastos com os serviços de saúde devido às particularidades que envolvem a condição clínica e o seu cuidado. No cenário brasileiro, não existem estudos do tipo inquérito nacional ou dados epidemiológicos específicos acerca da frequência e da magnitude das CCC na infância, no entanto, alguns dados regionais começam a despontar¹³.

No Brasil, o primeiro trabalho sobre CCC publicado em uma revista científica data de 2004 (*gráfico 1*) e foi realizado por pesquisadores da Universidade de São Paulo (USP), abordando crianças com paralisia cerebral.

No ano anterior, a OMS havia reconhecido as condições crônicas como uma categoria ampla de agravos, que requerem gerenciamento contínuo por um período de anos ou décadas, quando então o enfoque passou a ser no controle da condição ao invés da proposição de cura, com os cuidados centrados no paciente¹⁴. Considera-se que esse documento foi um importante parâmetro norteador para a consolidação das CCC como um campo do conhecimento científico.

O *gráfico 1* revela ainda que a produção de artigos publicados sobre essa temática no Brasil caminhou lentamente, tornou-se crescente a partir de 2012 e atingiu seu pico em 2017. Acredita-se que, possivelmente, a falta de consenso acerca da nomenclatura para descrever tais pacientes e a dificuldade em reconhecê-los (e diagnosticá-los) como um grupo com características comuns quanto às suas necessidades especiais de saúde dificultam a construção do tema como um campo de conhecimento mais coeso¹⁵. Já a trajetória temporal dos trabalhos sobre CCC no mundo¹¹ difere da produção brasileira e apresenta crescimento constante ao longo dos anos, ou seja, a produção de novos conhecimentos vem avançando conforme essa população ganha sobrevida e/ou aumenta em número de casos.

Gráfico 1. Evolução temporal de artigos científicos sobre CCC produzidos no Brasil e no mundo



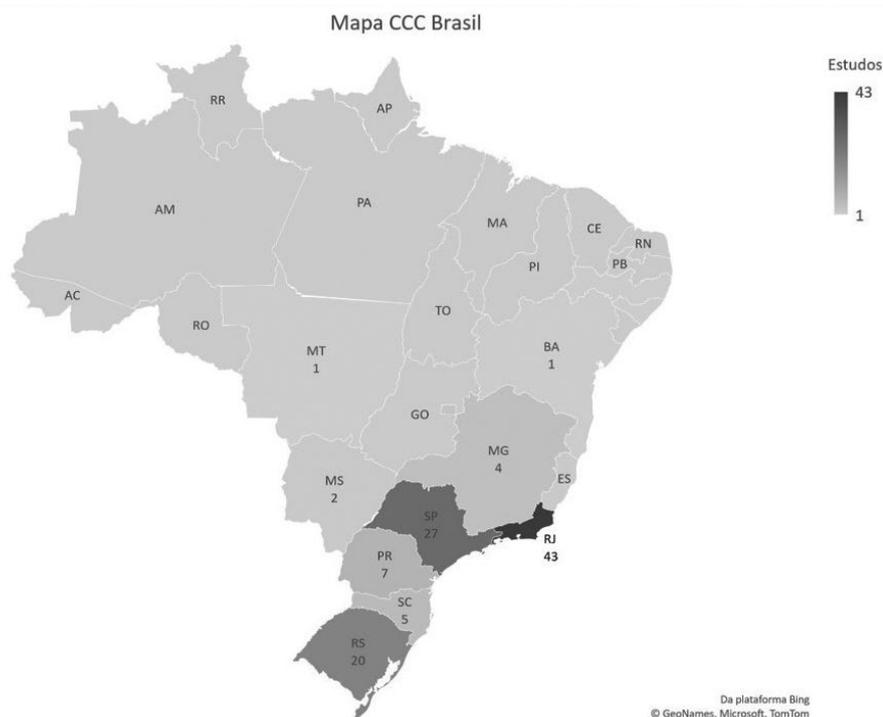
Fonte: elaboração própria.

A distribuição geográfica da produção nacional

No cenário brasileiro, conforme destacado na *figura 1*, os estudos envolvendo as CCC se concentram nas regiões Sul e Sudeste, com destaque para o estado do Rio de Janeiro – líder

absoluto com 43 documentos –, seguido pelos estados de São Paulo e do Rio Grande do Sul. Estados das regiões Norte e Nordeste não se destacaram na produção de pesquisas na área. Contudo, tal resultado pode não traduzir necessariamente o cenário da produção de conhecimento sobre as CCC nessas duas regiões.

Figura 1. Distribuição geográfica da produção científica sobre CCC por estado brasileiro



Fonte: elaboração própria a partir da análise dos documentos recuperados na busca.

As instituições de pesquisa que contribuem para a produção nacional

A Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e a USP são as instituições brasileiras que mais produzem conhecimento no campo temático das CCC (*gráfico 2*). No cenário da Fiocruz, os estudos pertencem, em sua maioria, à unidade técnico-científica que se dedica à saúde das crianças e dos adolescentes, o Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz): dos 17 trabalhos recuperados na busca com autoria da

Fiocruz, 14 são do Instituto. O IFF/Fiocruz é um órgão auxiliar do Ministério da Saúde (MS)¹⁶ e um Centro de Referência para Doenças Raras no Estado do Rio de Janeiro, muitas das quais classificadas como CCC. A maioria dos estudos locais se dedica a compreender a evolução e o papel dos profissionais de saúde que atuam em um hospital de referência, sobretudo nos aspectos relativos à hospitalização e à desospitalização, além das questões familiares envolvidas em seu cuidado.

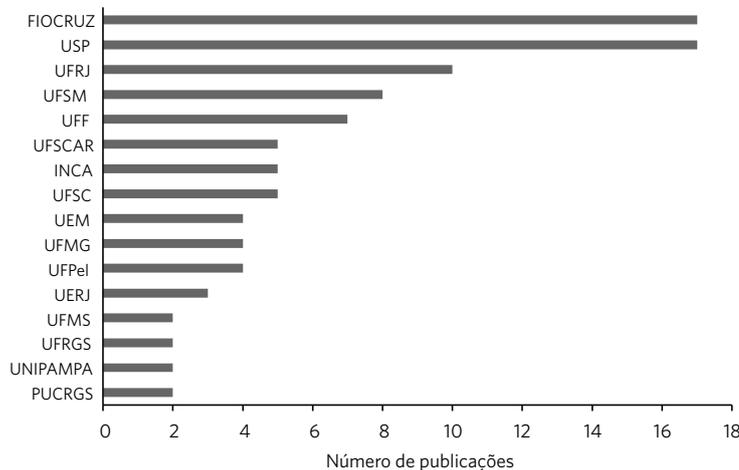
Os estudos elaborados na USP tiveram o objetivo de gerar conhecimento principalmente

nas áreas de cuidado domiciliar e as implicações para a saúde do cuidador, hospitalização/desospitalização, dificuldades no acesso à rede de cuidados e desafios da saúde bucal por meio de uma rede de colaboração diversa.

É importante destacar que as redes de

colaboração são um instrumento relevante, especialmente para estudos envolvendo condições de saúde pouco frequentes e que, portanto, exigem desenhos maiores como coortes de acompanhamento englobando vários serviços pediátricos em diversas regiões do País.

Gráfico 2. Principais instituições brasileiras com produção científica em CCC



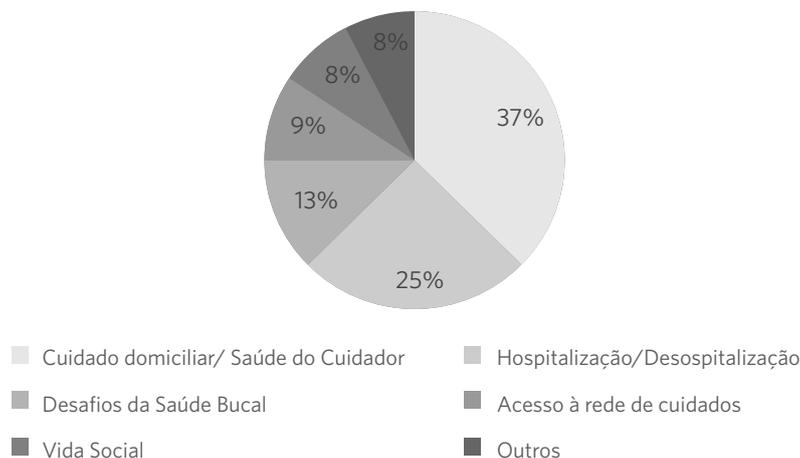
Fonte: elaboração própria.

As principais áreas de estudo e o mapa de termos da produção nacional

A fim de balizar e orientar as reflexões e análises aqui expressas, foram delineadas cinco áreas temáticas, conforme os objetivos de cada artigo recuperado nessa busca. O resultado está apresentado no *gráfico 3* e indica a prevalência do debate envolvendo a transição do ambiente hospitalar para o domiciliar e a dificuldade enfrentada por suas famílias no que tange ao cuidado de uma criança cronicamente adoecida. Essas duas grandes áreas representam mais de 60% dos

artigos retornados na busca e apontam para as principais questões relacionadas com o bem-estar físico, emocional e social dessas crianças, destacando ainda a relevância do profissional de enfermagem nesse cenário. A literatura nacional ressalta que a desospitalização de crianças com CCC é um grande desafio não só para os adoecidos, mas também para todos os envolvidos no processo de cuidado, pois exige habilidade, treinamento, manejo e adaptação do domicílio para a realização do cuidado contínuo. Por isso, mas não somente, tais crianças apresentam reinternações frequentes e, muitas vezes, de forma prolongada¹⁷.

Gráfico 3. Principais áreas temáticas da produção científica sobre CCC no Brasil



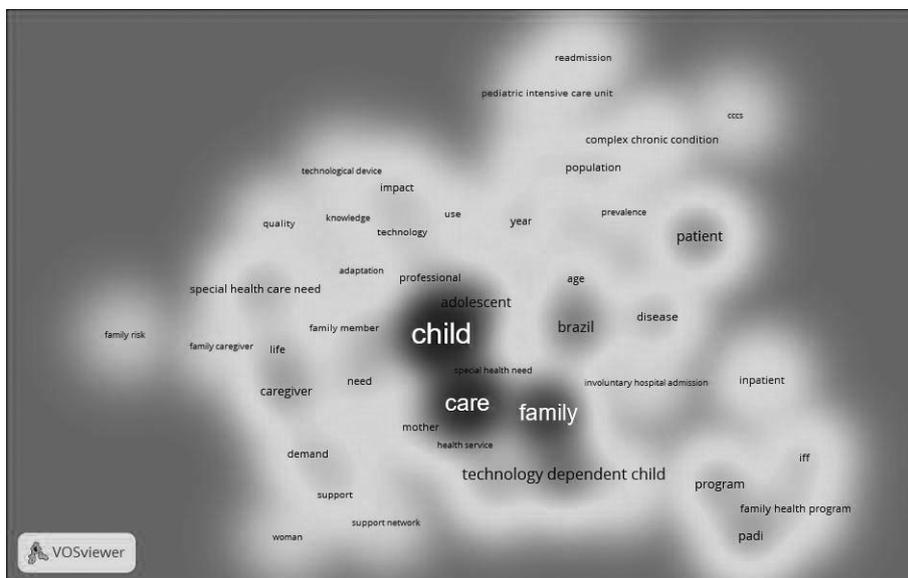
Fonte: elaboração própria a partir da análise dos documentos recuperados na busca.

As análises realizadas pelo *software* VOSviewer, por meio da exibição de palavras que coocorrem nos títulos e nos resumos das publicações, permitiram a construção de um mapa de termos. O resultado exibido na *figura 2* aponta para os assuntos mais abordados nos trabalhos recuperados nessa busca. Termos como “*child*”, “*care*”, “*Family*”, “*technology dependent child*” estão claramente mais visíveis e correspondem aos principais temas pesquisados.

É importante salientar que o mapa de termos corrobora os resultados das áreas

temáticas apresentados no *gráfico 3* e que serão descritas logo abaixo. Fica claro, então, que as pesquisas das instituições nacionais estão voltadas para compreender a dinâmica do cuidado centrado nas famílias, principalmente daquelas que têm crianças dependentes de tecnologia; e que os desafios da desospitalização e suas repercussões no ambiente domiciliar, na grande maioria dos casos, envolvem questões como adversidades físicas, emocionais, sociais e financeiras¹⁸.

Figura 2. Mapa de termos das publicações científicas sobre CCC no Brasil



Fonte: elaboração própria.

CUIDADO DOMICILIAR E AS IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE DO CUIDADOR

Os diversos agentes estressores envolvidos na experiência de cuidar de uma criança com CCC têm o potencial de afetar todos, visto que o cotidiano dessas famílias é marcado por esforços e dificuldades que transcendem a fragilidade clínica. Fatores como exaustão, estresse, ansiedade e depressão atuam como propulsores para problemas de saúde dos cuidadores. Peculiaridades do cuidado, como a necessidade de administração contínua de medicamentos, sobretudo os que incluem o turno da madrugada, também se mostram como um complicador desse processo. Em virtude das novas exigências (como alterações nas suas rotinas para readaptações com o cuidado domiciliar), o cuidador frequentemente negligencia a própria saúde, gerando seu adoecimento concomitante¹⁹.

Existem ainda os aspectos relacionados com as condições materiais, pois uma parcela desses pacientes tem vulnerabilidades econômica e social importantes, as quais são

acentuadas pelos altos custos relativos ao cuidado de um paciente com CCC, muito embora uma parte possa ser garantida por meio de políticas públicas vigentes. De forma adicional, para assegurar a continuidade do cuidado da criança, a condição social das famílias, por vezes, é agravada pela interrupção do vínculo empregatício, gerando impactos na renda e no acesso a bens e serviços por parte da família. Além disso, enfrentam dificuldades na garantia do acesso pleno aos benefícios sociais, constituídos em uma lógica restrita, focalizada e incapaz de suprir as necessidades principais da criança e de sua família.

Acrescidas a isso, as repercussões também são vistas no campo das relações familiares, especialmente entre casais e entre os genitores e outros filhos, pois o cuidado de uma criança com CCC impacta no tempo disponível do cuidador principal para outras interações. Não é infrequente o fato de as famílias fragilizarem seus vínculos de afeto e convivência em decorrência dessa dedicação ou após longos períodos de internação. Importa destacar que esse cuidado, seja no hospital, seja no

domicílio, ainda é majoritariamente atribuído à mãe ou, na ausência dessa, a outra figura que represente o cuidado materno, reproduzindo a lógica de que o cuidado doméstico, que inclui a relação com os filhos, seja atribuição exclusivamente feminina, desresponsabilizando a figura paterna. Também se notam com grande frequência casos que podem ser caracterizados como negligência ou mesmo abandono paterno²⁰.

A dimensão de tais resultados aparece como um delineador tão evidente que se torna difícil não os considerar um dos principais aspectos que atuam diretamente sobre a questão da sobrecarga, ressaltando a importância crucial desses afetos no conceito sobre saúde e doença – aqui se conceitua afeto como todas as propriedades capazes de afetar a saúde do cuidador. As pesquisas centradas na saúde do cuidador mostram que o desequilíbrio entre o que o afeta de forma negativa e positiva resulta em adoecimento, uma vez que a saúde, a doença e o cuidado são determinados socialmente, variando conforme o tempo, os lugares, as culturas e as condições^{21,22}.

HOSPITALIZAÇÃO/DESOSPITALIZAÇÃO

As internações hospitalares são um evento relativamente comum nas crianças com CCC e importantes para a restauração do estado de saúde basal até o momento oportuno da alta hospitalar. Elas quase sempre experimentam passagens pelas unidades de terapia intensiva e eventos cirúrgicos. Em geral, as principais causas de hospitalização são as doenças infecciosas agudas comuns (infecções respiratórias e gastrointestinais); as exacerbações da condição crônica principal (crises convulsivas em paciente epiléticos e agudizações respiratórias da fibrose cística); a necessidade de procedimentos cirúrgicos de médio e grande porte; os defeitos nos dispositivos tecnológicos; e os distúrbios alimentares (vômitos/dificuldade para se alimentar²³).

No entanto, não se podem ignorar as repercussões negativas desencadeadas pela árdua

rotina hospitalar como uma série de restrições – momentos de dor, de isolamento e de solidão. Em virtude disso e dos episódios recorrentes e prolongados de internação hospitalar, a equipe de saúde desenvolve um cuidado diferenciado, cujo principal foco de atenção não é a doença, mas sim o indivíduo e sua família. Essa reorganização do enfoque no plano terapêutico é essencial e reorienta todas as diretrizes de cuidados nessa população. Diversos autores apontam a necessidade de implementar mudanças substanciais no cotidiano desse cuidado a fim de fornecer atendimento eficaz, eficiente, coordenado e centrado na família, que melhor atenda às diferentes necessidades das crianças e de seus núcleos familiares^{24,25}.

Compreende-se a desospitalização como a retirada do paciente, que não é mais de alta gravidade, e sim de alta dependência, do ambiente hospitalar de forma segura e responsável com base em um minucioso processo de planejamento. Para que o processo de desospitalização seja efetivo, faz-se necessária a compreensão do fluxo desses pacientes ainda no início da internação hospitalar. Não é incomum que se tornem despercebidos para o coletivo hospitalar, permanecendo isolados, sem estabelecimento de conexões com outros setores e/ou serviços de apoio dificultando o início da discussão sobre o processo de desospitalização. Esse processo de cuidado no domicílio conta com o protagonismo familiar, com o suporte das Redes de Atenção à Saúde (RAS) do território e valendo-se de estratégias de matriciamento da equipe hospitalar e serviços especializados²⁶. O MS conceitua o matriciamento como um modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, em um processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica²⁷.

O IFF/Fiocruz se destaca como um importante ator social nas estratégias para a desospitalização, garantindo que a vida no hospital não seja a única possibilidade para esses pacientes. Esse processo traz à luz crianças e adolescentes que, muitas vezes, permanecem meses ou anos em ambiente hospitalar, o que os torna quase invisíveis para a sociedade²⁶.

DESAFIOS PARA A SAÚDE BUCAL

A prevalência de cárie em crianças com CCC é maior quando comparada às crianças sem comorbidades. Esse fato que pode estar relacionado com uma maior dificuldade em tratá-las – pois, por vezes, exigem intervenções específicas como sedação –, má qualidade da higiene oral por dificuldade na rotina diária e falta de orientação sobre medidas preventivas adequadas, além de uma eventual dependência tecnológica²⁸.

Não raramente, essas crianças precisam de procedimentos cirúrgicos odontológicos realizados em ambiente hospitalar sob anestesia geral ou sedação. Embora o procedimento ‘Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais de Saúde’ esteja incluído na tabela de procedimentos cobertos pelo SUS desde 2010²⁹, ele esbarra em questões como local adequado para atendimento e escassez de profissionais habilitados.

As pesquisas registram que o acesso limitado ao atendimento odontológico, a alta ingestão de açúcar, a saúde bucal precária, a baixa alfabetização e o uso limitado de água fluoretada são fatores-chave para esses problemas³⁰. A questão da saúde bucal é apontada de forma similar na literatura internacional indicando que essa é uma necessidade de saúde não atendida – ou atendida de forma precária – para tais crianças em diversos países¹¹. A compreensão desse aspecto desafiador da saúde pode ajudar médicos, odontólogos e pesquisadores a avaliar as suas necessidades e as melhores estratégias para tratamento, estabelecendo prioridades de cuidados.

ACESSO À REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Muitos estudos realizados em crianças com CCC evidenciam dificuldade acentuada na continuidade do cuidado após a alta hospitalar, revelando a questão central do acesso às RAS no País, muito embora se reconheça que essa não é uma realidade exclusiva dessa população. As RAS fazem parte dos sistemas

de saúde, e são um conjunto de serviços que se comunicam entre si, buscando a proteção social³¹, e que até a primeira metade do século XX eram voltadas para as doenças infecciosas e depois para as condições agudas de modo geral. No início do século XXI, as condições crônicas ganharam maior expressão e necessidade de respostas, entretanto, o modelo atual (ainda voltado para as condições agudas) é insuficiente para atendê-las³².

O sentido etimológico da palavra rede advém do latim *retém*, que define o que possui padrão característico³³. Apesar disso, quando levados em consideração os atores da área da saúde, o conceito de rede possui diferentes significados. O conceito de RAS faz parte do constructo de documentos que norteiam o SUS, passando a ter propostas de operacionalização mais concretas e diretrizes para organização após publicação da Portaria GM/MS nº 4.279/2010³⁴ e do Decreto nº 7.508/2011³⁵. São definidas como:

arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

Estudiosos definem que o futuro dos sistemas de saúde está na efetiva integração entre essas RAS, entendendo que isso envolve a implantação de diretrizes clínicas e integração vertical e horizontal dos serviços³⁶, atrelado à dimensão da intersetorialidade e da territorialidade, visto que a população vive e se organiza a partir de espaços socialmente determinados, com características sociodemográficas. Por isso enfatiza-se a importância da subdivisão por fatores de risco e estratificação por condições de saúde como preconiza Mendes³².

A dificuldade de acesso à assistência à saúde potencializa a vulnerabilidade individual e social, uma vez que é demonstrado que a iniquidade no acesso ao serviço de saúde é comum entre as crianças com CCC, especialmente entre aquelas que possuem mais de

uma condição crônica. Torna-se importante dialogar sobre o estigma da cronicidade em crianças e o acesso delas à rede de cuidados, considerada frágil e desarticulada³⁷.

Estudos apontam que as dificuldades em atender de forma segura e eficaz – seja na atenção primária à saúde, na atenção domiciliar e/ou na rede de urgência e emergência – são várias. Dentre elas, destacam-se: número insuficiente de profissionais habilitados nos territórios das famílias e treinamento/capacitação inadequados para os profissionais²⁶.

VIDA SOCIAL

Uma rede social está relacionada com uma teia de relacionamentos ligando vários indivíduos que possuem algum tipo de laço. Pode acontecer por meio de igrejas, instituições de saúde, familiares, escolas, associações etc.³⁵. É um processo importante de interação entre pessoas ou grupos de pessoas, que, por meio do contato regular, estabelecem vínculos de amizade, trocam informação, apoiam-se emocionalmente e, dessa forma, contribuem para a construção de fatores positivos para o bem-estar recíproco. Nesse sentido, famílias e Crianças requerem uma rede social e suporte bem estabelecido^{38,39}. Destaca-se a rede de solidariedade constituída informalmente pelas mães, as quais se ajudam mutuamente uma vez que compartilham as facilidades e as dificuldades sobre a experiência do cuidar de uma criança, o qual exige conhecimentos adicionais daqueles comuns a toda maternidade. Fatores como a dificuldade na locomoção cotidiana, além do medo e a insegurança com os julgamentos, afetam a vida social dessas crianças e sua família.

Se as dificuldades em construir e manter uma vida social já são grandes para a garantia da visibilidade dessa população, deve-se ainda considerar a questão adicional e desafiadora da integração no ambiente escolar, em especial das que vivem com dispositivo tecnológico. Não raramente, a dificuldade em conciliar os longos períodos de internação com a rotina escolar acarreta um processo de evasão. Por

esse motivo, é premente apontar para a importância e a necessidade do preparo adequado e sensibilização dos profissionais da saúde, mas também daqueles da educação, para a garantia de todos os direitos, entre os quais, a inclusão na sociedade⁴⁰⁻⁴².

Considerações finais

Há necessidade de novas questões de pesquisa em redes colaborativas entre instituições do País com o propósito de adensar tal campo de estudo, ampliando não só sua produção de conhecimento, mas também proposições para um modelo de cuidado e rede de atenção adequados em uma perspectiva nacional. A construção e a divulgação do conhecimento de forma coesa sobre a temática se configuram de forma essencial para dimensionar a questão, uma vez que a produção brasileira caminha de forma crescente, porém insuficiente, ante as constantes necessidades de um grupo pediátrico cada vez maior.

O mapeamento destaca diagnósticos situacionais de uma realidade marcada por desafios e aponta para a escassez de políticas públicas direcionadas a tal população.

Novas pesquisas com diretrizes e experiências exitosas em relação ao cuidado das crianças com CCC são capazes de atuar como direcionadores para o desenvolvimento de políticas públicas que atendam tanto crianças como adolescentes cronicamente adoecidos e suas famílias, principalmente no que tange à qualidade de vida, uma vez que os estudos indicam que as pesquisas e as estratégias políticas centradas no cuidado em saúde com foco no paciente são insuficientes.

Agradecimentos

As autoras agradecem ao Observatório em Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde da Fiocruz, pela importante colaboração para o desenvolvimento deste trabalho.

Colaboradoras

Menezes LA (0000-0001-5293-1729)*, Carvalho KM (0000-0002-1611-8498)* e Carvalho MSN (0000-0002-0076-6589)* participaram da concepção, análise e interpretação

dos dados, redação e revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação da versão final do artigo. Gomes MASM (0000-0001-5908-1763)* participou da redação e revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação da versão final do artigo. ■

Referências

- Stein RE. The 1990s: a decade of change in understanding children with ongoing conditions. *Arch Pediatr. Adolesc. Med.* 2011; 165(10):880-3.
- McPherson M, Arango P. A new definition of children with special health care needs. *Pediatrics.* 1998; 102(1):137-139.
- Feudtner C, Hays RM, Haynes G, et al. Deaths attributed to pediatric complex chronic conditions: national trends and implications for supportive care services. *Pediatrics.* 2001; 107(6):e-99-e-99.
- Feudtner C, Feinstein JA, Zhong W, et al. Pediatric complex chronic conditions classification system version 2: updated for ICD-10 and complex medical technology dependence and transplantation. *BMC Pediatr.* 2014; 14(199):1-7.
- Paim JS. Bases Conceituais da Reforma Sanitária Brasileira. In: Fleury S, organizadora. *Saúde e democracia: a luta do CEBES.* São Paulo: Lemos Editorial; 1997. p. 11-23.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 05 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União.* 6 Ago 2015.
- Gomes MASM. As políticas públicas na área da saúde da criança. *Ciênc. saúde coletiva.* 2010; 15(2):329-330.
- Cohen E, Kuo DZ, Agrawal R, et al. Children with medical complexity: an emerging population for clinical and research initiatives. *Pediatrics.* 2011; 127(3):529-538.
- Van Eck NJ, Waltman L. Software survey: VOSviewer, a computer program for bibliometric mapping. *Scientometrics.* 2010 [acesso em 2021 ago 19]; 84(2):523-538. Disponível em: <https://akjournals.com/view/journals/11192/84/2/article-p523.xml>.
- Van Eck NJ, Waltman L. How to normalize cooccurrence data? An analysis of some well-known similarity measures. *J. Amer. Societ. Inform. Science and Technol.* 2009; 60(8):1635-1651.
- Carvalho KM, Carvalho MSN, Grando RL, et al. Children with complex chronic conditions: an evaluation from the standpoint of academic publications. *Int. J. Contemp. Pediatr.* 2021; 8(3):594-601.
- Musumeci M, Chidambaram P. Medicaid's role for children with special health care needs: a look at eligibility, services, and spending. *Kaiser Family Foundation.* 2019. [acesso em 2022 jun 19].

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- Disponível em: <https://files.kff.org/attachment/Mediaid%E2%80%99s-Role-for-Children-with-Special-Health-Care-Needs-A-Look-at-Eligibility,-Services-and-Spending>.
13. Arrué AM, Hökerberg YHM, Jantsch LB, et al. Prevalence of children with special healthcare needs: An epidemiological survey in Brazil. *J. Pediatric Nursing*. 2022; (67):95-101.
 14. Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Relatório mundial. Brasília, DF: OMS; 2003.
 15. Berry JG, Hall M, Cohen E, et al. Ways to identify children with medical complexity and the importance of why. *The J. Pediatrics*. 2015; 167(2): 229-237.
 16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.159, de 21 de dezembro de 2010. Define o Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), como Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, para atuar como órgão auxiliar do Ministério da Saúde no desenvolvimento, na coordenação e na avaliação das ações integradas para a saúde da mulher, da criança e do adolescente no Brasil. *Diário Oficial da União*. 21 Dez 2010.
 17. Neves ET, Silveira AD, Arrué AM, et al. Network of care of children with special health care needs. *Text. Contexto-Enferm*. 2015; 24(2):399-406.
 18. Spratling R. Defining Technology Dependence in Children and Adolescents. *Western J. Nursing Research*. 2015; 37(5):634-651.
 19. Marx C, Rodrigues EM, Rodrigues MM, et al. Depressão, ansiedade e sonolência diurna em cuidados primários de crianças com paralisia cerebral. *Rev Paulista Pediatr*. 2011; 29(4):483-488.
 20. Guerini IC, Cordeiro PKS, Osta SZ, et al. Relatives' perception on the stressors resulting from the care demands of technology-dependent children and adolescents. *Texto Contexto-Enferm*. 2012; 21(2):348-355.
 21. Vianna LA. Processo saúde-doença. Módulo Político Gestor. [monografia]. São Paulo: Unasus; Unifesp; 2011. 91 p. [acesso em 2021 dez 11]. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/332141/mod_resource/content/1/Vianna%20-%20Processo%20sa%C3%BAde%20doen%C3%A7a.pdf.
 22. Pettres AA, Ros MA. A determinação social da saúde e a promoção da saúde. *Arqui. Catar. Med*. 2018; 47(3):183-196.
 23. Berry JG, Agrawal R, Kuo DZ, et al. Characteristics of hospitalizations for patients who use a structured clinical care program for children with medical complexity. *J Pediatr*. 2011; 159(2):284-290.
 24. Sampaio ADA, Zonta JB, Ferreira FY, et al. Family-centered care in a pediatric intensive care unit: professionals' perceptions. *Rev. Rene*. 2017; 18(4):515-520. [acesso em 2021 ago 19]. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/25393/1/2017_art_aa-sampaio.pdf.
 25. Buboltz FL, Silveira AD, Neves ET, et al. Family perception about their presence or not in a pediatric emergency situation. *Texto Contexto-Enferm*. 2016; 25(3):e0230015.26.
 26. Carvalho MSN, Menezes LA, Cruz Filho AD, et al. Desospitalização de crianças com condições crônicas complexas: perspectivas e desafios. Rio de Janeiro: ed. Eldorado; 2019.
 27. Chiaverini DH, Gonçalves AD, Ballester D, et al. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva; 2011. 236 p. [acesso em 2022 jul 30]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf.
 28. Faker K, Tostes MA, Paula VAC. Impact of untreated dental caries on oral health-related quality of life of children with special health care needs. *Braz Oral Research*. 2018; (32):e117.
 29. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.032, de 05

- de maio de 2010. Inclui procedimento odontológico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde - SUS, para atendimento às pessoas com necessidades especiais. Diário Oficial da União. 5 Maio 2010.
30. Salles OS, Tannure PN, Rosa Oliveira CAGD, et al. Dental needs and management of children with special health care needs according to type of disability. *J. Dentist. Children.* 2012; 79(3):165-169.
31. World Health Organization. The World Health Report: Health Systems-Improving Performance. Geneva: WHO; 2000.
32. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, DF: OPAS; OMS; 2012.
33. Pereira IB, Lima JCF. Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 30 Dez 2010.
35. Brasil. Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 29 Jun 2011.
36. Campos GW. Efeitos paradoxais da descentralização no Sistema Único de Saúde do Brasil. In: Fleury S, organizador. Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil & Espanha. Rio de Janeiro: FGV; 2006. p. 417-442.
37. Barbosa TA, Reis KMN, Lomba GDO, et al. Support network and social support for children with special health care needs. *Rev Rene.* 2016; 17(1):60-66.
38. Silveira AD, Neves ET. The social network of adolescents who need special health care. *Rev Brasil. Enferm.* 2019; 72(2):442-449.
39. Lemos HJMD, Mendes-Castillo AMC. Social support of families with tracheostomized children. *Rev Brasil Enferm.* 2019; 72(3):282-289.
40. Cabral PFDA, Oliveira BED, Anders JC, et al. Perception of the child and adolescent in relation to being dependent on technology: fundamental aspects for nursing care. *Texto Contexto-Enferm.* 2013; 22(2):343-351.
41. Cabral IE, Moraes JRMMD. Family caregivers articulating the social network of a child with special health care needs. *Rev Bras. Enfer.* 2015; 68(6):1078-1085.
42. Menezes LA. Cuidado hospitalar de crianças com condições crônicas complexas de saúde no Brasil: desafios e perspectivas. [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz; 2021. 133 p. [acesso em 2022 fev 15]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/53558>.

Recebido em 06/09/2022

Aprovado em 30/01/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Condições de trabalho e saúde de trabalhadoras rurais: uma revisão integrativa

Work and health conditions of women rural workers: an integrative review

Lucimara Beserra¹, Élide Azevedo Hennington¹, Marta Gislene Pignatti²

DOI: 10.1590/0103-1104202313721

RESUMO As mudanças na força de trabalho rural mundial ocorreram, a partir de 1980, sobretudo, com o aumento da participação feminina no trabalho assalariado. Foi realizada uma revisão integrativa da literatura publicada entre os anos de 2010 a 2020 a respeito das condições de trabalho e saúde de trabalhadoras rurais. As bases de dados consultadas foram BVS, SciELO e PubMed, e 43 estudos, 11 nacionais e 32 internacionais, foram analisados. Os resultados apontam uma diversidade de atividades de trabalho exercidas por mulheres rurais, de forma assalariada, autônoma e em cooperativas, bem como atividades não remuneradas. As condições de trabalho em empregos assalariados, em geral, são precarizadas, com contratos temporários, baixos salários e longas jornadas de trabalho. No trabalho autônomo e em cooperativas, os estudos relatam maior controle das atividades, autonomia financeira e maior satisfação das trabalhadoras. Destacou-se, em todas as formas de trabalho, a divisão sexual e a sobrecarga de trabalho com o acréscimo às atividades produtivas, das atividades reprodutivas não remuneradas, serviço doméstico e de cuidado. Distúrbios osteomusculares, sofrimentos e adoecimentos mentais, alta exposição e intoxicações por agrotóxicos e a violência no ambiente de trabalho e doméstico foram identificados como preponderantes nas relações saúde-trabalho vivenciadas por essas trabalhadoras rurais.

PALAVRAS-CHAVE Mulheres trabalhadoras. Trabalhadoras rurais. Condições de trabalho. Saúde da trabalhadora rural.

ABSTRACT *Changes in the global rural workforce took place from 1980 onwards, above all, with the increase in female participation in salaried work. An integrative review of the literature on the working and health conditions of rural women workers, published from 2010 to 2020, was carried out. The databases consulted were BVS, SciELO and PubMed, and 43 studies, 11 national and 32 internationals, were analyzed. The results point to a diversity of work activities performed by rural women, in a salaried, autonomous and cooperative way, as well as unpaid activities. Working conditions in salaried jobs are generally precarious, with temporary contracts, low wages and long working hours. In autonomous work and in cooperatives, studies report greater control of activities, financial autonomy and greater satisfaction of workers. Stood out in all forms of work, the sexual division of labor and the work overload with the addition of productive activities, unpaid reproductive activities, housework and care work. Musculoskeletal disorders, suffering and mental illness, high exposure and poisoning to pesticides and violence in the work and domestic environment were identified as preponderant in the health-work relationships experienced by these rural women workers.*

KEYWORDS *Women, working. Rural workers. Working conditions. Rural health.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Programa de Pós-graduação em Saúde Pública - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
lucimara.beserra@gmail.com

²Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Cuiabá (MT), Brasil.

Introdução

O trabalho é uma atividade humana que atravessa a vida em sociedade, cumprindo um papel importante na mediação das relações entre sujeitos e coletividades, entre o nível microscópico e o macroscópico da vida^{1,2}. Enquanto atividade humana, o trabalho não está restrito a um vínculo formal de emprego ou às atividades produtivas remuneradas, também se volta às atividades de trabalho não remuneradas e de reprodução social, como o trabalho doméstico^{3,4}.

As atividades de trabalho das mulheres no campo são essenciais para a produção de alimentos, na criação de animais e para a reprodução social. São as trabalhadoras rurais que produzem boa parte da agricultura de subsistência (especialmente nas regiões da África, Ásia e Américas), além de realizarem a maior parte do trabalho doméstico e cuidado das crianças e idosos⁵.

Dados da Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO)⁶ e da Organização Internacional do Trabalho (OIT)⁷ apontam que as mulheres representam mais de 40% da força de trabalho na economia rural no mundo, podendo passar dos 50% em países pobres e do Sul global. Todavia, a participação da força de trabalho da mulher no campo é subestimada e invisibilizada nas estatísticas, considerando que são as mulheres que desenvolvem a agricultura e a criação de animais no entorno da casa – atividades de subsistência tidas como parte do trabalho doméstico e não atividades produtivas na economia capitalista⁵.

A invisibilidade do trabalho das mulheres no campo é favorecida pela estrutura patriarcal das relações sociais e de poder em que predomina a divisão sexual do trabalho. O trabalho das mulheres é tratado como complementar nas atividades produtivas remuneradas rurais e o trabalho não remunerado, ao contrário, é considerado como tarefa feminina, na qual os homens oferecem força de trabalho complementar⁸.

Com a reestruturação produtiva capitalista e o neoliberalismo, a partir da década

de 1980, novos cenários se desenvolveram nas atividades agropecuárias globalizadas, nos quais as mulheres passaram a ter maior participação na força de trabalho rural assalariada, assim como houve crescimento nas taxas de trabalhadoras rurais autônomas e chefes de família. Tal tendência no trabalho rural assalariado é denominada feminização da agricultura, principalmente na América do Sul e África^{9,10}. Lastarria-Cornhiel⁹, em uma revisão da literatura sobre o tema, em 2008, observa condições precárias de vida e trabalho para as trabalhadoras rurais nesses novos postos de trabalho, além de salários menores em relação aos homens.

Diante de um cenário de desigualdades históricas entre o trabalho masculino e feminino e o urbano e rural, bem como da relação do processo de trabalho com o processo saúde-doença dos indivíduos e populações, o conhecimento e visibilidade das condições de trabalho e saúde das trabalhadoras rurais tornam-se essenciais na elaboração de políticas públicas de saúde, trabalho e redução das desigualdades de gênero no meio rural.

Desse modo, o objetivo do estudo é conhecer as condições de trabalho e saúde de trabalhadoras rurais a partir de uma revisão integrativa da literatura publicada sobre o tema entre janeiro de 2010 e dezembro de 2020.

Metodologia

Este estudo consiste em uma revisão bibliográfica do tipo integrativa sobre o trabalho e saúde de trabalhadoras rurais. A revisão integrativa combina a literatura empírica e teórica e diversas metodologias de estudos, possibilitando uma abordagem ampla e a incorporação de múltiplos objetivos (definir conceitos, revisar teorias, revisar evidências etc.). Partindo de uma questão/problema e critérios pré-estabelecidos, a busca na literatura, a coleta de dados e a análise crítica são etapas fundamentais na revisão integrativa¹¹⁻¹³.

A questão/problema desta revisão são as condições de trabalho e saúde de trabalhadoras rurais e os critérios de inclusão estabelecidos para a seleção dos artigos foram: discutir as atividades de trabalho de mulheres rurais e as relações com a saúde das trabalhadoras; publicações de acesso aberto; disponibilidade do texto completo nos idiomas português, inglês ou espanhol. Os critérios de exclusão foram: publicações de acesso restrito; publicações em outras línguas; publicações que não abordassem o problema de pesquisa em questão.

A busca bibliográfica foi realizada nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) – Saúde Pública, Scientific Electronic Library Online (SciELO) e PubMed, em janeiro de 2021, utilizando os descritores em inglês: *working conditions*, *rural health*, *agricultural workers' diseases*, *rural workers*, *rural women*, e *women, working*. As estratégias de busca, combinando os descritores e os operadores booleanos, utilizadas em cada base foram: BVS-Saúde Pública – ((*Rural Health*) OR (*Agricultural Workers' Diseases*) OR (*rural workers*) AND (“*women, working*”));

SciELO – ((“*Rural Health*”) OR (“*Agricultural Workers' Diseases*”) OR (“*Working Conditions*”) AND (“*Rural Women*”)); PubMed – (“*Rural health*” OR “*Agricultural Workers' Diseases*” OR “*Rural Workers*” AND “*Women, Working*”).

Ao total, foram recuperados 170 artigos publicados no período de 2010 a 2020. Após a leitura dos títulos e resumos, 64 artigos foram selecionados para análise do texto na íntegra. Em seguida à leitura dos artigos, 32 foram selecionados para revisão. De modo complementar, foram incluídas nos resultados 11 referências bibliográficas dos artigos previamente selecionados na revisão integrativa. Os 11 artigos, embora não detectados por meio dos descritores de busca, atendiam ao restante dos critérios de inclusão: publicações no período de 2010 a 2020, de acesso aberto, no idioma português, inglês ou espanhol, abordando a temática trabalho rural de mulheres e a saúde das trabalhadoras. As 11 publicações identificadas e acrescidas a partir da análise das referências dos 32 artigos da revisão possibilitaram ampliar o escopo da discussão, especialmente por contemplarem países e regiões diversas.

Figura 1. Processo de seleção dos estudos incluídos na revisão



Fonte: elaboração própria, 2022.

Para a organização das referências recuperadas, utilizou-se o *software* gerenciador de referências Zotero. Na extração das informações dos artigos, entre elas as características gerais de cada estudo (autores, ano, tipo de estudo, local de estudo etc.), assim como as informações sobre o trabalho e a saúde das trabalhadoras rurais, utilizou-se uma planilha de dados Excel.

Resultados e discussão

Foram selecionados e analisados 43 artigos que representam uma diversidade de pesquisas nacionais e internacionais realizadas sobre o trabalho e saúde de trabalhadoras rurais (*quadro 1*). Tais estudos foram realizados em 14 países, com predominância de artigos das Américas (86% dos estudos). O Brasil foi o país com mais estudos analisados (11). Em relação ao tipo de estudo, a abordagem qualitativa (incluindo estudos de caso, história oral, pesquisas documentais, ensaios e etnografias) foi encontrada em 21 artigos (49%), seguida dos estudos epidemiológicos (descritivos e transversais) em 10 artigos (23%), sete estudos com métodos mistos quantitativo-qualitativo (16%), quatro artigos (9%) com abordagens

quantitativas (estudos demográficos e estatísticos) e uma revisão de literatura.

Os estudos apresentaram diferenças em relação à abrangência territorial da pesquisa, uma vez que as áreas rurais, dependendo do país ou da região, possuem características diferenciadas em relação à organização das propriedades, tipo de paisagem natural, atividades produtivas desenvolvidas, entre outros. No *quadro 1*, a abrangência espacial das publicações foi organizada a partir da descrição dos locais de estudo, sendo: a) agroindústria – local específico; b) comunidade rural – áreas de assentamentos e pequenas propriedades com atividades variadas de produção; c) região rural – áreas abrangendo fazendas, agroindústrias e comunidades rurais de assentamentos e pequenos(as) agricultores(as), com a predominância de atividade produtiva específica ou atividades variadas; d) país – abrange dados do território nacional.

A partir dessa organização, verificou-se que a maioria dos estudos (24 artigos) abordaram regiões rurais, geralmente com um setor predominante de produção, como a fruticultura e horticultura. Estudos em comunidades rurais foram observados em 11 artigos; em agroindústrias foram três e com dados de abrangência nacional foram cinco artigos (*quadro 1*).

Quadro 1. Artigos incluídos na revisão de acordo com o país, abordagem de estudo, autores/ano e abrangência territorial do estudo

País	Tipo/Abordagem de estudo	Autores/Ano	Abrangência do estudo
África do Sul	Epidemiológico	Naidoo et al., 2011 ¹⁴	Comunidades rurais
		Motsoeng e Dalvie, 2015 ¹⁵	Região rural – fruticultura
Argentina	Qualitativo	Mingo, 2011 ¹⁶	Região rural – fruticultura e horticultura
		Bocero e Di Bona, 2012 ¹⁷	Região rural
		Perona, 2012 ¹⁸	Região rural
Austrália	Quanti-quali	Innes et al., 2010 ¹⁹	Região rural – horticultura
Brasil	Quanti-quali	Costa et al., 2014 ²⁰	Comunidade rural
	Epidemiológico	Motta et al., 2010 ²¹	Comunidades rurais
		Cezar-Vaz et al., 2015 ²²	Região rural – hortifrutigranjeiro
	Qualitativo	Graf e Coutinho, 2010 ²⁴	Agroindústria de carne
		Cavalcanti et al., 2012 ²⁵	Região rural – fruticultura
		Mendes et al., 2014 ²⁶	Comunidade rural

Quadro 1. Artigos incluídos na revisão de acordo com o país, abordagem de estudo, autores/ano e abrangência territorial do estudo

País	Tipo/Abordagem de estudo	Autores/Ano	Abrangência do estudo
Brasil	Qualitativo	Oliveira e Nina, 2014 ²⁷	Comunidades rurais
		Wesz Junior, 2015 ²⁸	Comunidade rural
		Rocha e Rigotto, 2017 ²⁹	Agroindústrias de frutas
		Siqueira et al., 2017 ³⁰	Região rural - fruticultura
Chile	Quanti-quali	Fawaz-Yissi e Soto Villagran, 2012 ³¹ Fawaz-Yissi e Rodríguez Garcés, 2013 ³²	Região rural
	Quantitativo	Rodríguez Garcés e Munoz Soto, 2015 ³³	País
	Qualitativo	Caro Molina, 2017 ³⁴ Valdés S. et al., 2017 ³⁵	Região rural - fruticultura País
Colômbia	Qualitativo	Giraldo, 2010 ³⁶	Comunidades rurais
		Becerra et al., 2013 ³⁷	Região rural - fruticultura
		Suárez et al., 2018 ³⁸	Comunidades rurais
Cuba	Qualitativo	Campos-Gómez, et al., 2018 ³⁹	Região rural
Equador	Qualitativo	Mantilla, 2015 ⁴⁰	Região rural
EUA	Epidemiológico	Arcury et al., 2015 ⁴¹	Região rural
		Pulgar et al., 2016 ⁴²	
		Arcury et al., 2018 ⁴³	
	Qualitativo	Murphy et al., 2015 ⁴⁴	Região rural
		Kim et al., 2016 ⁴⁵	
México	Quanti-quali	Ruiz Meza, 2013 ⁴⁶	Comunidade rural
	Quantitativo	Garay-Villegas, 2012 ⁴⁷	País
	Qualitativo	Ledesma, 2010 ⁴⁸ Guzmán Gómez, 2014 ⁴⁹	Agroindústria de tomate Região rural
Paraguai	Quanti-quali	Borja e Díaz, 2010 ⁵⁰	Comunidade rural
Polônia	Epidemiológico	Bojar et al., 2011 ⁵¹	Região rural
		Rackiewicz et al., 2019 ⁵²	
Turquia	Quantitativo	Davran, et al., 2019 ⁵³	Comunidades rurais
Uruguai	Quanti-quali	Mascheroni e Riella, 2016 ⁵⁴	Regiões rurais
	Quantitativo	Vitelli e Borrás, 2016 ⁵⁵	País
	Revisão	Chiappe, 2020 ⁵⁶	

Fonte: elaboração própria.

Identificou-se três principais formas de inserção das mulheres no trabalho rural: trabalho assalariado – realizado em fazendas e agroindústrias de terceiros; trabalho autônomo – atividades realizadas em suas propriedades rurais; trabalho cooperativo – realizado em cooperativas de mulheres ou de pequenos agricultores. Em 25 estudos foi

identificado o trabalho assalariado (58%), em 13 estudos o trabalho autônomo (30%) e em cinco o trabalho cooperativo (12%). As principais características e condições de trabalho encontradas nos estudos foram organizadas no *quadro 2*, de acordo com a forma de inserção no trabalho rural.

Quadro 2. Formas de inserção no trabalho e principais características e condições relacionadas ao trabalho de mulheres rurais, no período de 2010 a 2020

Inserção no trabalho rural	Características e condições de trabalho	Referência
Trabalho assalariado	Contratos temporários e flexíveis; baixa remuneração; desigualdade de gênero	16,17,25,27,29,33-35,37,40,42,45,48,54
	Altas jornadas de trabalho	29,35,41,48
	Falta de infraestrutura sanitária; ausência de Equipamentos de Proteção Individual (EPI)	29,34,37,48
	Sobrecarga de trabalho (produtivo e reprodutivo)	16,17,27,40
	Exposição a agrotóxicos	15,22,27,29,35,37,45,48
	Desigualdade de gênero	30,55
	Falta de direitos trabalhistas e previdenciários	34,41,54
	Assédio sexual	44,45
	Sobrecarga de trabalho físico; levantamento de carga pesada	52
Reconhecimento social do trabalho feminino	32,33	
Trabalho autônomo	Sobrecarga de trabalho (produtivo e reprodutivo); desigualdade de gênero	20,23,24,39,50,53
	Movimentos repetitivos; levantamento de carga pesada	19,21
	Falta de reconhecimento social do trabalho feminino	18,46,53
	Exposição a agrotóxicos	14,20,56
	Alta demanda física e temporal	23
	Aumento da renda familiar	24,31
Trabalho cooperativo	Ambiente harmonioso e solidário	27,36
	Reconhecimento social do trabalho feminino	27,28,38
	Liderança feminina	26-28,36,38
	Aumento de renda familiar	26,28
	Sobrecarga de trabalho (produtivo e reprodutivo)	27,38

Fonte: elaboração própria.

Trabalho assalariado, autônomo e a divisão sexual do trabalho

Em relação ao trabalho assalariado rural das mulheres, foram predominantes as características: contratos temporários e flexíveis, somados a baixa remuneração; desigualdade de gênero na divisão do trabalho; altas jornadas de trabalho; sobrecarga de trabalho produtivo e reprodutivo; exposição a agrotóxicos, além da falta de direitos trabalhistas e previdenciários (*quadro 2*).

Na América Latina, estudos na Argentina^{16,17}, Brasil^{25,27,29}, Chile³³⁻³⁵, Colômbia³⁷, Equador⁴⁰, México⁴⁸ e Uruguai⁵⁴ evidenciam o trabalho assalariado das mulheres

desenvolvido principalmente no setor de fruticultura (tomate, maracujá, mamão, banana, uva, pêssego, entre outros) e horticultura (brócolis e verduras em geral), no qual são empregadas por contratos temporários, dependendo do período de colheita e plantio das culturas, não tendo uma renda fixa mensal. Os salários são baixos e muitas vezes sujeito a metas de produção diária, as jornadas de trabalhos são longas (entre 8 a 16 horas), há sobrecarga de trabalho para as mulheres, em relação às atividades produtivas e o trabalho doméstico, e a exposição aos agrotóxicos é frequente.

Esse cenário está em consonância com o desenvolvimento das cadeias produtivas do

agronegócio na América Latina, em meio à globalização neoliberal⁵⁷. A reestruturação produtiva capitalista, a partir da crise dos anos de 1970, de modo geral, gerou uma mudança na organização da produção e do trabalho, passando de um modelo mais rígido, controlado, com centralidade nos países ‘desenvolvidos’ (fordismo-taylorismo) para uma forma de organização mais flexível, adaptável, podendo ser transportada para territórios com condições trabalhistas e ambientais mais rentáveis (toyotismo)⁵⁸. Tais concepções também foram incorporadas no setor agropecuário mundial^{57,59}.

Nas últimas três décadas, na América Latina, houve a instalação e o desenvolvimento de diversas agroindústrias para exportação do Sul para o Norte^{10,57}, com intensa incorporação e exploração do trabalho das mulheres, em condições mais precárias de trabalho e com poucos direitos trabalhistas, como observa-se nos estudos revisados nas regiões do Vale do São Francisco (PE)²⁵ e Chapada do Apodi (CE)²⁹, no Brasil; na Província de Cotopaxi⁴⁰, no Equador; no Valle de Arista⁴⁸, no México; na comuna de Putaendo³⁴, no Chile; e nas regiões de General Pueyrredón (Mar del Plata)¹⁷ e do Valle do Uco¹⁶, na Argentina.

Além da reestruturação produtiva da agropecuária, tais condições de trabalho também se apoiam na lógica societária patriarcal, racista e colonialista que considera que o trabalho das mulheres deve priorizar a esfera reprodutiva da vida social, sendo que quando inserido na esfera produtiva, o trabalho feminino, principalmente das mulheres negras e de países do Sul global, é menos valorizado socialmente e monetariamente^{8,60}.

Nos Estados Unidos da América (EUA), ocorre o movimento de incorporação da força de trabalho rural migrante, especialmente de mulheres mexicanas e da América Central⁴¹⁻⁴⁵. Trabalhadoras que, em situação de vulnerabilização social⁶¹, com menor horizonte de expectativas e em busca da própria sobrevivência e de sua família, tendem a aceitar condições de trabalho mais degradantes e precárias.

Nos estudos de Kim et al.⁴⁵ e Murphy et

al.⁴⁴, desenvolvidos com trabalhadoras migrantes, na zona rural de Washington (Yakima Valley) e no Vale Willamette (Oregon) nos EUA, as trabalhadoras relatam também um ambiente inseguro e intimidador, permeado por assédio sexual por parte de supervisores e colegas de trabalho, em sua maioria homens. As trabalhadoras se sentem pressionadas a tolerar os assédios devido às suas condições socioeconômicas e legais no país.

De forma menos predominante, a autonomia financeira, bem como o reconhecimento social e desenvolvimento pessoal das trabalhadoras rurais foram características ligadas às atividades de trabalho assalariado^{32,33,48}. No estudo de Fawaz-Yissi e Rodríguez Garcés³², na província de Ñuble no Chile, os resultados apontam para contradições e mudanças no papel tradicional das mulheres na agricultura familiar, uma vez que há o aumento da incorporação das mulheres no mundo do trabalho rural assalariado e estas também desenvolvem outras atividades não-agrícolas que complementam a renda familiar, gerando maiores níveis de autonomia financeira, acesso a novas redes e círculos sociais.

Ainda no Chile, Rodríguez Garcés e Muñoz Soto³³ observam o aumento do emprego feminino nas áreas rurais, nos últimos 30 anos no país, com condições mais precárias de trabalho, contratos temporários e flexíveis e salários mais baixos. Entretanto, acrescentam que as mulheres do campo, em especial as mais jovens e mais escolarizadas, vinculam seu desenvolvimento pessoal, o reconhecimento social e o bem-estar da família à inserção no mundo do trabalho. Observações similares são feitas por Ledesma⁴⁸ no México, onde o trabalho na agroindústria de tomate, apesar de temporário e precário, possibilita maior autonomia financeira e o ingresso em outros espaços sociais na busca por parceiros.

Tais características ressaltam o atributo do trabalho enquanto uma atividade humana permeada por contradições potenciais¹. Segundo Schwartz et al.², a atividade de trabalho é o lugar de debate entre as normas antecedentes

arraigadas nos meios sociais de reprodução da vida e as ressingularizações que invariavelmente acontecem. No trabalho, a partir de seus valores e visão de mundo, as mulheres renormatizam e ressingularizam essa atividade em suas vidas.

No que se refere ao trabalho autônomo, desenvolvido em terras próprias da família, as principais características e condições de trabalho das mulheres foram a sobrecarga de trabalho e a desigualdade de gênero na divisão das atividades, seguidas da falta de reconhecimento social do trabalho feminino, a exposição aos agrotóxicos e a alta demanda física (*quadro 2*).

Estudos realizados em comunidades rurais no Brasil^{20,23,24}, Paraguai⁵⁰, Cuba³⁹ e Turquia⁵³ observam na rotina das mulheres a sobrecarga do trabalho produtivo e reprodutivo, ou seja, a sobrecarga das atividades agrícolas (semeadura, cultivo, colheita etc.) e tratamento dos animais (gado, galinha, porco etc.), com as atividades domésticas e cuidado dos filhos, uma vez que pela divisão sexual histórica do trabalho entre homens e mulheres, os homens tendem a realizar menos o trabalho doméstico e de cuidado⁹.

A divisão sexual do trabalho, seja repercutindo no âmbito urbano ou rural, tem como característica central a atividade de trabalho dos homens estarem voltada ao polo da produção e das mulheres ao polo da reprodução social. Essa divisão não remete necessariamente a noção de complementaridade e igualdade, uma vez que é baseada nas relações de exploração-dominância de gênero, classe e raça, e possui caráter de hierarquização, na qual o trabalho masculino possui maior valorização social do que o trabalho feminino⁸.

Nos estudos sobre o trabalho assalariado das mulheres rurais também estiveram presentes a sobrecarga e a divisão sexual do trabalho, tanto na agroindústria e agricultura, quanto nas atividades desenvolvidas dentro do ambiente doméstico. Segundo Lastarria-Cornhiel⁹, na América Latina e África, no trabalho assalariado no campo e no processamento da produção,

há forte separação das atividades de acordo com o gênero. As mulheres desenvolvem trabalhos manuais que necessitam de maior atenção, cuidado e delicadeza – características consideradas ‘habilidades naturais’ femininas – e, na maior parte das vezes, é considerado trabalho não qualificado. Em contrapartida, o trabalho masculino exige maior força física e por vezes a utilização de maquinário, caracterizando-o como trabalho qualificado.

Nos artigos analisados, a atividade de classificação e empacotamento de frutas e verduras em agroindústrias é realizada preferencialmente por mulheres no México⁴⁸, Argentina¹⁷, Brasil^{25,29,30}, Chile³⁴, Equador⁴⁰ e EUA⁴⁵. Já na agricultura, principalmente de frutas, as mulheres desenvolvem atividades baseadas nas ditas ‘características manuais femininas’ – polinização, semeadura e colheita –, como observa-se em estudos na Argentina^{16,17}, Brasil^{25,27}, Chile³⁴, Colômbia³⁷, Equador⁴⁰ e EUA⁴⁵. No Uruguai, Mascheroni e Riella⁵⁴ apontam para a grande empregabilidade das mulheres rurais em trabalhos domésticos.

Outra questão que atravessa a vida das trabalhadoras rurais é a falta de reconhecimento social do seu trabalho enquanto agricultoras e camponesas, que por diversas vezes está relacionado à divisão desigual do poder e do trabalho entre homens e mulheres nas propriedades rurais, bem como nas legislações de seus países. No México, na região de Chiapas, por exemplo, foi observado que as mulheres, apesar de terem um papel importante na produção de alimentos, possuem dificuldades legais para terem as terras em seu nome e serem reconhecidas como chefes de família, afetando também sua participação na associação de gestão do uso da água e irrigação da região⁴⁶.

Na Argentina, Perona¹⁸ problematiza a perspectiva de gênero no Censo Nacional Agropecuário, que considera as mulheres como ‘familiares do produtor’ e não categorizadas como ‘produtoras’, invisibilizando o trabalho das mulheres junto à produção (colheita, semeadura, comercialização etc.).

Trabalho cooperativo, organização e resistência

Em contraponto ao trabalho assalariado e autônomo, nos estudos sobre o trabalho cooperativo, seja em cooperativas exclusivas de mulheres ou mistas (homens e mulheres), percebeu-se que tal atividade está relacionada a maiores níveis de reconhecimento social do trabalho feminino, à liderança feminina, ao aumento da renda familiar e a um ambiente harmonioso e solidário de trabalho, entretanto, persistindo a sobrecarga de trabalho reprodutivo e produtivo (*quadro 2*).

A atividade de trabalho desenvolvida em cooperativas foi identificada em estudos realizados no Brasil²⁶⁻²⁸ e Colômbia^{36,38}. Nas cooperativas, de modo geral, as mulheres realizam atividades de beneficiamento de frutas em polpas, doces e compotas, produzem queijos e iogurtes, criam pequenos animais, produzem artesanatos e organizam eventos comunitários, apostando na pluralidade de atividades.

No estudo realizado por Oliveira e Nina²⁷ na região amazônica brasileira, as atividades desenvolvidas no grupo de mulheres da cooperativa representam também um escape das múltiplas tarefas domésticas e possibilitam o relaxamento, a amizade e a liberdade, favorecendo a saúde e a qualidade de vida. De forma similar, para as trabalhadoras colombianas da região de Cundinamarca, a participação nas agroindústrias cooperadas contribui para a autoestima, possibilita a mudança da rotina do trabalho domiciliar, com mais familiares se encarregando de tarefas, e aumenta a rede e círculo de relações interpessoais³⁶. Giraldo³⁶, além disso, ressalta a importância das cooperativas femininas para o enfrentamento da pobreza na população rural colombiana e o papel que estas estruturas cumprem tensionando as relações de poder impostas pela hegemonia patriarcal.

De modo geral, os grupos de mulheres das cooperativas se constituem mais do que apenas grupos de trabalho; são grupos de ação política, visto que o movimento de criação

de cooperativas de mulheres rurais também carrega a necessidade de as trabalhadoras terem um espaço de autonomia e organização política diante das desigualdades econômicas e de gênero enfrentadas no âmbito rural. Para Kergoat³, o trabalho não é somente espaço de dominação, mas também de solidariedade, cooperação e socialização, estando 'potencialmente no centro das resistências e das lutas' em busca da transformação das relações sociais de exploração e dominação.

Ademais, a luta e a organização política das trabalhadoras rurais em sindicatos e associações nacionais também estiveram presentes. Valdés et al.³⁵ analisam a atuação da Associação Nacional de Mulheres Rurais e Indígenas (Anamuri), no Chile, diante da precarização do trabalho assalariado e das condições de saúde, ressaltando algumas conquistas como o aumento do emprego formal, acesso ao sistema de saúde por trabalhadoras temporárias, melhorias nos ambientes de trabalho e mudanças no sistema de subcontratação.

Cavalcanti et al.²⁵ evidenciam, na região de fruticultura de exportação no Vale do São Francisco – Brasil, a organização, luta e conquistas do sindicato de trabalhadores rurais, composto em sua maioria por mulheres (embora persistindo as desigualdades de gênero). Entre as conquistas relacionadas às demandas de gênero, estão a garantia de creche em empresas com mais de 20 mulheres, segurança e emprego para gestantes, direito a descanso para amamentação, entre outras.

Saúde das trabalhadoras rurais

As condições de saúde das trabalhadoras rurais foram sistematizadas em quatro principais grupos de problemas e agravos à saúde: distúrbios osteomusculares, intoxicação por agrotóxicos, transtornos mentais e doenças infecciosas (*quadro 3*).

Os distúrbios osteomusculares e os transtornos mentais foram os problemas de saúde ligados ao trabalho mais relatados nos estudos revisados. As doenças infecciosas foram

relatadas somente em um estudo realizado na África do Sul, na qual as trabalhadoras rurais da região Distrito de Umkhanyakude, no norte de KwaZulu-Natal, apresentavam histórico de casos de malária. Neste caso, as longas jornadas de trabalho ao aplicar agrotóxicos, a falta de

roupas de proteção ao vetor da malária, o uso da irrigação artificial no cultivo de cana-de-açúcar, algodão e manga foram apontados como fatores que podem ter contribuído para o aumento da incidência da doença¹⁴.

Quadro 3. Síntese dos principais problemas e agravos à saúde relacionados ao trabalho de mulheres rurais, no período de 2010 a 2020

Problemas e agravos à saúde	Doenças, sinais e sintomas	Referência
Distúrbios osteomusculares	Dor nos braços, mãos e pernas	19,27,29,34,48
	Dor lombar	19,21,27,29,34,40,52
	Osteoartrite	34
	Tendinite	35,40
	Hérnia de disco	40
Transtornos mentais	Estresse	23,34,37,41,43,45,51
	Ansiedade	20,23,29,43,44
	Depressão	20,23,29,42
	Distúrbios no sono	23,29
	Transtorno do pânico	23
Intoxicação por agrotóxicos	Irritação na pele	48
	Irritação na garganta, vias respiratórias e olhos	29
	Manifestações gástricas: dor epigástrica, regurgitação, inchaço, náusea, vômitos	22
	Sintomas neurotóxicos	15
	Malformação congênita	35
Doenças infecciosas	Malária	14

Fonte: elaboração própria.

Distúrbios osteomusculares

Os sintomas de dor lombar e a dor nos membros superiores e inferiores estão presentes em praticamente todos os estudos que relataram incômodos osteomusculares por parte das trabalhadoras. Tais sintomas estiveram relacionados com movimentos e posturas repetitivas^{21,35,48}, levantamento de peso⁵², longas jornadas de trabalho³⁴ e práticas inadequadas de manuseio de equipamentos¹⁹, realizadas principalmente em atividades de trabalho assalariado e autônomo.

Motta et al.²¹, em um estudo com comunidades rurais de Santa Catarina, apontam que 93,3% das trabalhadoras rurais com idade média de 40 e 41 anos, já sofreram com dor lombar durante algum período da vida, podendo estar relacionada com tempo de trabalho no campo, movimentos repetitivos no trabalho, idade e aumento de peso. Rocha e Rigotto²⁹ relatam as queixas de Lesões por Esforços Repetitivos (LER) e as Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (Dort) por parte das trabalhadoras em agroindústrias de frutas no Ceará, Brasil.

No Chile, na Comuna de Putaendo, Molina³⁴ descreve que os principais problemas de saúde das trabalhadoras são a osteoartrite e dores nas pernas, costas, mãos e braços, decorrentes de atividades como a colheita e a quebra de nozes por mais de 10 horas sem intervalo. Ademais, no Chile, Valdés et al.³⁵ identificam tendinites relacionadas à movimentos repetitivos exercidos pelas trabalhadoras.

Estudos na Austrália¹⁹, Polônia⁵², Equador⁴⁰ e México⁴⁸, também reforçam a queixa das mulheres rurais de dores na lombar e nos membros inferiores e superiores ao realizarem seu trabalho em condições de alta demanda física, sobrecarga de trabalho e posturas inadequadas.

Transtornos mentais e violência

O estresse, a ansiedade e a depressão foram as morbidades relacionados ao trabalho e saúde mental mais presentes nas mulheres rurais. Bojar et al.⁵¹ observou que as mulheres polonesas que trabalham na agricultura, na região de Lublin, em relação a outros grupos de trabalhadoras (escriturárias, costureiras e trabalhadoras da indústria farmacêutica), apresentam maior intensificação do estresse no trabalho, estando relacionado a carga de trabalho, a falta de recompensa e a incerteza das tarefas diárias que devem ser realizadas. No estudo de Becerra et al.³⁷, na Colômbia, o estresse laboral relatado pelas trabalhadoras estava relacionado principalmente às condições precárias de trabalho, com salários menores e contratos temporários.

No Brasil, em uma comunidade rural de horticultura, Cezar-Vaz et al.²³ apontam que 61% das mulheres entrevistadas relataram algum tipo de transtorno mental relacionado ao trabalho, sendo mais prevalente o transtorno de ansiedade generalizada, seguido de reação aguda ao estresse, distúrbios no sono, episódios depressivos e transtorno do pânico. As trabalhadoras com transtornos mentais também relataram níveis maiores de demanda física, tempo de trabalho, esforço e frustração.

Nos EUA, trabalhadoras rurais migrantes do México, sentem-se estressadas devido ao trabalho e às responsabilidades familiares, sendo que o assédio sexual sofrido no trabalho culminou no aumento do estresse físico e emocional⁴⁵. As trabalhadoras também descreveram como empecilho para uma boa saúde a falta de seguro saúde e o pouco conhecimento de como acessar o sistema de saúde, além de dificuldades linguísticas. Outro estudo nos EUA⁴², com trabalhadoras rurais latinas, aponta que um terço das mulheres entrevistadas apresentam sintomas depressivos, valor três vezes maior que a taxa de depressão na população feminina estadunidense. As trabalhadoras rurais que apresentaram maiores sintomas de depressão passavam por dificuldades econômicas e baixa segurança alimentar. Arcury et al.⁴³ identificaram que as trabalhadoras rurais latinas, nos EUA, apresentam maiores pontuações de estresse e ansiedade em relação a trabalhadoras latinas não agrícolas e desempregadas.

A violência (sexual, física, verbal e psicológica) também se apresentou como fator relevante no sofrimento mental das trabalhadoras, tanto no ambiente formal do trabalho assalariado, quanto no ambiente doméstico – vinculado à realização das atividades remuneradas autônomas e de reprodução social. A violência é um problema social e histórico, sendo que a violência contra as mulheres não é diferente, carrega marcas de dominação-exploração, opressão e crueldade nas relações de poder historicamente construídas entre homens e mulheres^{62,63}.

Kim et al.⁴⁵, nos EUA, relatam que 75% das trabalhadoras rurais latinas entrevistadas já sofreram ou conhecem alguém que sofreu assédio sexual no trabalho, em sua maioria por parte de supervisores e colegas de trabalho homens. Assim como Murphy et al.⁴⁴, na região do Vale Willamette, em Oregon, nos EUA, apresentam que a maioria das trabalhadoras latinas da região sofreram algum tipo de assédio no trabalho. Os assédios são identificados pelas trabalhadoras por comentários verbais e contatos físicos indesejados, olhares fixos e

sentimentos de desconforto. Tais situações geraram maiores níveis de estresse, ansiedade, angústia e insegurança para as trabalhadoras, obrigando também as mulheres ficarem em alerta no trabalho e desenvolverem formas de se defenderem, como vestir roupas mais largas para cobrir o corpo e fingir ser casada ou homossexual (no caso de mulheres solteiras e heterossexuais).

Ademais, Costa et al.²⁰ identificaram que 43% das trabalhadoras rurais, moradoras de uma região de assentamentos no Rio Grande do Norte – Brasil, apresentam indicativos de transtorno mental comum, sendo o humor depressivo/ansioso o sintoma mais citado. A violência (doméstica e sexual), bem como o casamento, a pobreza, a sobrecarga de trabalho foram citados pelas mulheres como os principais fatores relacionados ao sofrimento mental. E Siqueira et al.³⁰ observaram que 78,8% das mulheres trabalhadoras rurais da região de Petrolina em Pernambuco – Brasil, já haviam sofrido algum tipo de violência física, verbal, sexual e/ou psicológica.

Exposição e intoxicação por agrotóxicos

A exposição aos agrotóxicos nas atividades de trabalho de mulheres rurais foi identificada em pesquisas realizadas na Argentina¹⁷, Brasil^{20,23,27,29}, Colômbia³⁷, Chile³⁵, Equador⁴⁰, Uruguai⁵⁶, México⁴⁸, EUA⁴⁵ e África do Sul^{14,15}, em postos de trabalho assalariados ou em atividades de produção própria. As trabalhadoras estão expostas diretamente aos agrotóxicos na preparação da calda (mistura de agrotóxicos), no manuseio e aplicação dos produtos químicos nas culturas agrícolas e no manejo de frutas e verduras na qual foram pulverizados agrotóxicos. Além do mais, é necessário considerar a exposição ambiental das trabalhadoras rurais e população aos agrotóxicos, uma vez que a pulverização desses produtos químicos torna o ar, a água e as chuvas de regiões rurais, vias de contaminação^{64,65}.

Estima-se que 385 milhões de pessoas adoecem todos os anos em decorrência de intoxicações por agrotóxicos⁶⁶. Nessa revisão identificou-se cinco estudos que relatam sinais e sintomas de intoxicações por agrotóxicos em trabalhadoras rurais. Na agroindústria de tomate, na região de San Luis Potosí, no México, as trabalhadoras que classificam e embalam os tomates sentem irritações e alergias na pele devido ao contato com os produtos químicos utilizados na produção⁴⁸. Em agroindústrias de frutas, na região da Chapada do Apodi – Ceará, no Brasil, as mulheres sentem irritações na garganta, nos olhos e trato respiratório devido à proximidade e forte odor dos produtos químicos.

Ainda no Brasil, trabalhadoras do setor hortifrutigranjeiro no Rio Grande do Sul, relatam alta prevalência de manifestações gástricas (dor, regurgitação, náusea e vômitos) que estiveram associadas, entre outros fatores, à utilização de agrotóxicos²². Na África do Sul, Motsoeneng e Dalvie¹⁵ identificaram a maior prevalência de sintomas neurotóxicos em trabalhadoras rurais em relação a mulheres residentes em cidades, sendo que três sintomas do questionário aplicado (problemas com abotoamento, leitura e anotações) foram significativamente associados à presença de três metabólitos de inseticidas piretroides na urina. Valdés et al.³⁵ relatam as queixas de intoxicação por agrotóxicos e casos de malformações de filhos de trabalhadoras expostas a esses produtos químicos por parte Associação Nacional de Mulheres Rurais no Chile.

Em todo mundo, anualmente, é utilizado cerca de 4 milhões de toneladas de agrotóxicos⁶⁶. De acordo com a base de dados Pesticides Use⁶⁷, da FAO, de 2010 a 2019, em média anualmente, foram utilizadas ou vendidas em torno de 2 milhões de toneladas de agrotóxicos na Ásia, 729 mil na América do Sul, 485 mil na Europa, 482 mil na América do Norte, 99 mil na África, 96 mil na América Central e 60 mil toneladas de agrotóxicos na Oceania. Em relação à América do Sul – uma das regiões na qual concentrou-se os estudos

dessa revisão –, 50,1% dos agrotóxicos foram utilizados no Brasil, 28,3% na Argentina, 6,7% na Colômbia e 4% no Equador. No caso da América do Norte, os EUA foi o país que mais utilizou agrotóxicos no período.

A intensa exposição e as intoxicações agudas e crônicas por agrotóxicos nas trabalhadoras rurais estão diretamente relacionadas ao atual modelo de produção agrícola, baseado em monocultura, com pouca ou nenhuma diversidade e rotatividade de culturas agrícolas, alta mecanização e a dependência de produtos químicos^{64,68}. As agricultoras familiares e camponesas que tentam fugir da lógica hegemônica de produção, no caso do uso de agrotóxicos, ficam cada vez mais encurraladas entre as grandes propriedades e a utilização do ‘pacote tecnológico’ (sementes tratadas e patenteadas convencionais ou transgênicas, fertilizantes e agrotóxicos), sendo difícil a resistência sem políticas públicas de incentivo a diminuição do uso de agrotóxicos e a produção orgânica e agroecológica.

Considerações finais

Os artigos revisados apontam para uma diversidade de atividades de trabalho das mulheres do campo, remuneradas formais, autônomas ou em cooperativas, bem como atividades não remuneradas de produção de alimentos para subsistência e o trabalho doméstico e cuidado. As condições de trabalho em postos assalariados, de modo geral, são precarizadas, com contratos temporários, flexíveis, longas jornadas de trabalho e salários baixos. Seguindo a lógica da divisão sexual do trabalho, observa-se a predominância das mulheres em atividades do setor agroindustrial consideradas mais ‘delicadas’ e manuais, como a colheita e empacotamento de frutas e verduras e a semeadura e polinização de algumas culturas.

As atividades de trabalho remuneradas desenvolvidas de forma autônoma caracterizaram-se pela sobrecarga de trabalho, a

alta demanda física e repetitiva e a falta de reconhecimento social do trabalho feminino, entretanto os estudos também relatam maior controle das atividades por parte das mulheres e possibilidade de autonomia financeira. Nas cooperativas de mulheres, o reconhecimento social do trabalho, a liderança feminina e o aumento da renda familiar foram predominantes na caracterização do trabalho realizado pelas mulheres. Em conjunto com as atividades produtivas desenvolvidas, foi comum o apontamento da realização de atividades de reprodução social, como o trabalho doméstico e o cuidado dos filhos, sendo uma questão importante na sobrecarga de trabalho.

No processo saúde-doença das trabalhadoras, os distúrbios osteomusculares ligados a sobrecarga de trabalho físico rural e ao trabalho doméstico, os sofrimentos e adoecimentos mentais, a alta exposição e intoxicações agudas e crônicas à agrotóxicos e a violência foram apontados como processos e situações preponderantes vivenciadas por essas mulheres.

Contrapondo esse cenário de precárias condições de trabalho e saúde, a organização das trabalhadoras em sindicatos e grupos de mulheres nas cooperativas apresentou papel importante na resistência e na busca por melhores condições de trabalho e diminuição das desigualdades no âmbito rural.

Com relação às limitações do estudo, aponta-se a utilização de apenas três bases de dados (SciELO, PubMed e BVS-Saúde Pública), podendo ser ampliada em novas investigações. Além do mais, os estudos revisados discutem, predominantemente, o contexto das trabalhadoras rurais nas Américas, sendo necessários novos estudos e estratégias de busca em revisões que possam abranger pesquisas a respeito das particularidades das trabalhadoras rurais na Ásia, África e Europa.

Por fim, aponta-se a importância da implementação e fortalecimentos de políticas públicas voltadas à melhoria das condições de trabalho e saúde em postos assalariados rurais, com a ampliação e garantia de direitos

trabalhistas e previdenciários, além de políticas públicas de incentivo à agricultura familiar e agroecologia, com ênfase na participação das mulheres na produção rural.

Agradecimentos

Esta publicação contou com o apoio da Vice-direção de Pesquisa e Inovação, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz (Ensp-Fiocruz).

Colaboradoras

Beserra L (0000-0002-5310-1986)* contribuiu para concepção, análise e interpretação de dados, redação, revisão crítica e aprovação final da versão a ser publicada. Hennington EA (0000-0001-5280-8827)* contribuiu para análise dos resultados, revisão crítica e aprovação final da versão a ser publicada. Pignatti MG (0000-0001-7942-3847)* contribuiu para concepção, revisão crítica e aprovação final da versão a ser publicada. ■

Referências

1. Schwartz Y. Actividade. Laboreal. 2005 [acesso em 2021 ago 6]; 1(1):1-3. Disponível em: <http://journals.openedition.org/laboreal/14272>.
2. Schwartz Y, Duc M, Durrive L. Trabalho e uso de si. In: Schwartz Y, Durrive L, organizadores. Trabalho & ergologia: conversas sobre a atividade humana. Niterói: EdUFF; 2007. p. 191-206.
3. Kergoat D. O trabalho, um conceito central para os estudos de gênero? In: Maruani M, organizador. Trabalho, logo existo: perspectivas feministas. Rio de Janeiro: FGV Editora; 2019. p. 287-294.
4. Schwartz Y. Circulações, dramáticas, eficácias da atividade industriosa. Trab. Educ. Saúde. 2004 [acesso em 2021 set 10]; 2(1):33-55. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462004000100004>.
5. Federici S. Mulheres, lutas por terra e globalização: uma perspectiva internacional. In: O ponto zero da revolução: trabalho doméstico, reprodução e luta feminista. São Paulo: Editora Elefante; 2019. p. 279-302.
6. Food and Agriculture Organization of the United Nations. Women in agriculture: closing the gender gap for development. Rome: FAO; 2011. [acesso em 2022 mar 4]. Disponível em: <https://www.fao.org/3/i2050e/i2050e.pdf>.
7. International Labour Organization. Rural women at work: bridging the gaps. Switzerland: ILO; 2018. [acesso em 2022 mar 4]. Disponível em: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/publication/wcms_619691.pdf.
8. Kergoat D. Divisão sexual do trabalho e relações sexuais de sexo. In: Hirata H, Laborie F, Doaré HL, et al. organizadores. Dicionário crítico do feminismo. São Paulo: Ed. UNESP; 2009. p. 67-75.
9. Lastarria-Cornhiel S. Feminización de la agricultura en América Latina y África. RIMISP-Centro Latinoamericano para el Desarrollo Rural. 2008 [acesso em 2022 fev 5]; (11):1-26. Disponível em: https://rimisp.org/wp-content/files_mf/files_mf/1366830040DTR_No.11_Lastarria.pdf.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

10. Valdés Subercaseaux X. Feminización del empleo y trabajo precario en las agriculturas latinoamericanas globalizadas. *Cuad Antropol Soc.* 2015 [acesso em 2021 set 16]; (41):39-54. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180942587003>.
11. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (São Paulo)*. 2010 [acesso em 2021 jan 6]; 8(1):102-106. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>.
12. Roman AR, Friedlander MR. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. *Cogitare Enferm.* 1998 [acesso em 2022 fev 7]; 3(2):109-112. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44358>.
13. Whittemore R, Knafk K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs.* 2005 [acesso em 2021 jan 6]; 52(5):546-553. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>.
14. Naidoo S, London L, Burdorf A, et al. Occupational activities associated with a reported history of malaria among women working in small-scale agriculture in South Africa. *Am J Trop Med Hyg.* 2011 [acesso em 2021 jan 15]; 85(5):805-810. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22049030/>.
15. Motsoeneng PM, Dalvie MA. Relationship between urinary pesticide residue levels and neurotoxic symptoms among women on farms in the Western Cape, South Africa. *Int J Env Res Public Health.* 2015 [acesso em 2021 fev 9]; 12(6):6281-6299. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/12/6/6281>.
16. Mingo E. Género y trabajo: la participación laboral de las mujeres en la agricultura del Valle de Uco, Mendoza, Argentina. *Papeles Trab.* 2011 [acesso em 2021 set 16]; 5(7):172-188. Disponível em: <http://revistasacademicas.unsam.edu.ar/index.php/papdetrab/article/view/216>.
17. Bocero SL, Di Bona A. El trabajo asalariado femenino en el cinturón frutihortícola marplatense. *Geograficando.* 2012 [acesso em 2021 ago 10]; 8(8):1-21. Disponível em: <https://www.geograficando.fahce.unlp.edu.ar/article/view/GEOv08n08a04/pdf.5>.
18. Perona E. La transformación tecnológica del sector agropecuario en la provincia de Córdoba y sus repercusiones sobre la mujer y la familia rural: its effects on women and rural families. *Rev Estud Fem.* 2012 [acesso em 2021 mar 8]; 20(3):739-760. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2012000300008>.
19. Innes E, Crowther A, Fonti F, et al. Women's Health at Work Program: musculoskeletal pain experienced by women of Chinese background working on market gardens in the Sydney Basin. *Work.* 2010 [acesso em 2021 jan 22]; 36(2):129-140. Disponível em: <https://content.iospress.com/articles/work/wor01015>.
20. Costa MGSG, Dimenstein MDB, Leite JF. Condições de vida, gênero e saúde mental entre trabalhadoras rurais assentadas. *Estud. Psicol.* 2014 [acesso em 2019 abr 22]; 19(2):145-154. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26132115007>.
21. Motta AF, Cardoso FL, Sacomori C, et al. Dor lombar auto-referida em mulheres trabalhadoras rurais de sete comunidades de Concórdia-SC. *Ter Man.* 2010 [acesso em 2021 mar 8]; 8(35):10-16. Disponível em: http://s3.amazonaws.com/host-client-assets/files/mtprehab/tm_2010_35.pdf.
22. Cezar-Vaz MR, Bonow CA, Couto AM, et al. Prevalência de sinais e sintomas digestórios em trabalhadoras rurais e fatores associados. *Acta Paul Enferm.* 2015 [acesso em 2021 mar 8]; 28(5):460-466. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500077>.
23. Cezar-Vaz MR, Bonow CA, Silva MRS. Mental and Physical Symptoms of Female Rural Workers: Relation between Household and Rural Work. *Int J Environ Res Public Health.* 2015 [acesso em 2021 jan 22]; 12(9):11037-11049. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4586660/>.
24. Graf LP, Coutinho MC. Trajetórias de mulheres atuantes em pequenos abatedouros de animais. *Cad Psicol Soc Trab.* 2010 [acesso em 2021 mar 8]; 13(1):119-132. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172010000100010.

25. Cavalcanti J, Rodrigues V, Andrade B. Mulheres e trabalho na agricultura de exportação: questões atuais. *Anthropológicas*. 2012 [acesso em 2021 jul 12]; 23(1):67-88. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaanthropologicas/article/view/23745>.
26. Mendes MF, Silva Neves SMA, Neves RJ, et al. A organização das mulheres extrativistas na região Sudoeste mato-grossense, Brasil. *Rev Estud Fem*. 2014 [acesso em 2020 fev 21]; 22(1):71-89. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2014000100005>.
27. Oliveira JA, Nina SFM. Ambiente e saúde da mulher trabalhadora: transformações numa comunidade da Amazônia brasileira. *Saúde soc*. 2014 [acesso em 2019 out 27]; (23):1162-1172. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000400004>.
28. Wesz Junior VJ. Estratégias de desenvolvimento e a expansão das capacidades em um grupo produtivo de mulheres rurais assentadas. *Interações*. 2015 [acesso em 2021 mar 8]; 16(2):395-406. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/151870122015214>.
29. Rocha MM, Rigotto RM. Produção de vulnerabilidades em saúde: o trabalho das mulheres em empresas agrícolas da Chapada do Apodi, Ceará. *Saúde debate*. 2017 [acesso em 2019 jun 19]; 41(2):63-79. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S206>.
30. Siqueira VB, Oliveira LMSR, Siqueira MAS, et al. Rural workers: work relationships and perceptions on violent events. *J Nurs UFPE online*. 2017 [acesso em 2021 mar 8]; 11(4):1662-1666. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/15236/18010>.
31. Fawaz Yissi J, Soto Villagrán P. Mujer trabajo y familia: Tensiones, rupturas y continuidades en sectores rurales de Chile central. *Ventana Rev Estud Género*. 2012 [acesso em 2021 abr 7]; 4(35):218-254. Disponível em: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362012000100009.
32. Fawaz-Yissi MJ, Rodríguez-Garcés C. Mujeres rurales y trabajo en Chile central. Actitudes, factores y significaciones. *Cuad. Desarro. Rural*. 2013 [acesso em 2021 abr 7]; 10(72):47-68. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/cudr/v10n72/v10n72a04.pdf>.
33. Rodríguez-Garcés C, Muñoz Soto J. Participación laboral de las mujeres rurales chilenas: tendencias, perfiles y factores predictores. *Cuad Desarro Rural*. 2015 [acesso em 2021 mar 9]; 12(75):77-98. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.cdr12-75.plmc>.
34. Caro Molina P. Desigualdad y transgresión en mujeres rurales chilenas: Lecturas desde la interseccionalidad, género y feminismo. *Psicoperspectivas*. 2017 [acesso em 2021 mar 10]; 16(2):125-137. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol16-issue2-fulltext-1050>.
35. Valdés SX, Gloria Godoy RC, Mendoza AA. Acción colectiva y resistencia: asalariadas agrícolas en Chile frente a la precarización laboral. *Izquierdas*. 2017 [acesso em 2021 mar 10]; (35):167-198. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-50492017000400167>.
36. Giraldo OF. Campesinas construyendo la utopía: mujeres, organizaciones y agroindustrias rurales. *Cuad Desarro Rural*. 2010 [acesso em 2021 mar 9]; 7(65):41-57. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/cudr/v7n65/v7n65a03.pdf>.
37. Becerra NME, Galán EYB, Cano LAP, et al. Condiciones laborales de mujeres rurales en cultivos de tomate bajo invernadero; el caso de Sáchica (Boyacá). *Cult Científica*. 2013 [acesso em 2021 abr 10]; (11):107-16. Disponível em: https://revista.jdc.edu.co/index.php/Cult_cient/article/view/179.
38. Suárez E, Mosquera T, Castillo SD. Empowerment and associative process of rural women: a case study of rural areas in Bogotá and Cundinamarca, Colombia. *Agron. colomb*. 2018 [acesso em 2021 abr 23]; 36(2):158-165. Disponível em: <https://doi.org/10.15446/agron.colomb.v36n2.66927>.
39. Campos-Gómez M, Miranda-Tortoló T, Oropeza-Casanova K, et al. Experiencia de género en el Programa de Innovación Agropecuaria Local en la

- provincia de Matanzas, Cuba. *Pastos Forrajes*. 2018 [acesso em 2021 mar 23]; 41(2):151-6. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03942018000200010.
40. Mantilla MR, Rosa M. Fuerza de trabajo femenina en la agricultura de exportación de brócoli en Cotopaxi (Debate Agrario -Rural). *Ecuador Debate*. 2015 [acesso em 2021 set 16]; (94):131-144. Disponível em: <http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/handle/10469/9608>.
 41. Arcury TA, Trejo G, Suerken CK, et al. Work and health among latina mothers in farmworker families. *J Occup Environ Med*. 2015 [acesso em 2021 ago 21]; 57(3):292-299. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4352714/>.
 42. Pulgar CA, Trejo G, Suerken C, et al. Economic hardship and depression among women in latino farmworker families. *J Immigr Minor Health*. 2016 [acesso em 2021 ago 22]; 18(3):497-504. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26022147/>.
 43. Arcury TA, Sandberg JC, Talton JW, et al. Mental health among latina farmworkers and other employed latinas in North Carolina. *Rural Ment Health*. 2018 [acesso em 2021 ago 19]; 42(2):89-101. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6141195/>.
 44. Murphy J, Samples J, Morales M, et al. "They talk like that, but we keep working": Sexual harassment and sexual assault experiences among Mexican Indigenous farmworker women in Oregon. *J Immigr Minor Health*. 2015 [acesso em 2021 ago 18]; 17(6):1834-1839. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4128901/>.
 45. Kim NJ-E, Vásquez VB, Torres E, et al. Breaking the silence: sexual harassment of mexican women farmworkers. *J Agromedicine*. 2016 [acesso em 2021 ago 17]; 21(2):154-162. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5957069/>.
 46. Ruiz Meza LE. Segregación de género en la asignación de derechos al agua en los sistemas de riego campesino en Chiapas, México. *Cuad Desarro Rural*. 2013 [acesso em 2021 set 17]; 10(72):201-222. Disponível em: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/desarrolloRural/article/view/7030>.
 47. Garay Villegas S. Diferencias estatales y regionales en el empleo rural femenino en México. *Estud. demogr. urbanos*. 2012 [acesso em 2021 abr 21]; 27(3):621-59. Disponível em: <https://doi.org/10.24201/edu.v27i3.1423>.
 48. Ledesma MIM. Labor attributes and strategies: the case of tomato workers in San Luis Potosi, Mexico. *New Sociol*. 2010 [acesso em 2021 abr 20]; 20(4):465-478. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21342870/>.
 49. Guzmán Gómez G. La deuda: del sueño a la pesadilla colectiva. *Endeudamiento de mujeres rurales del centro de Veracruz*. *Desacatos*. 2014 [acesso em 2021 mar 15]; (44):67-82. Disponível em: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1607-050X2014000100006&script=sci_abstract.
 50. Borja MCS, Díaz CHBR. Necesidades prácticas e intereses estratégicos de la mujer rural en aspectos socioeconómicos de su comunidad. *Investig Agrar*. 2010 [acesso em 2021 abr 10]; 12(2):101-106. Disponível em: <https://www.agr.una.py/revista/index.php/ria/article/view/155>.
 51. Bojar I, Humeniuk E, Owoc A, et al. Exposing women to workplace stress factors as a risk factor for developing arterial hypertension. *Ann Agric Environ Med*. 2011 [acesso em 2021 abr 8]; 18(1):175-182. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21736283/>.
 52. Raczkiwicz D, Saran T, Sarecka-Hujar B, et al. Work conditions in agriculture as risk factors of spinal pain in postmenopausal women. *Int J Occup Saf Ergon*. 2019 [acesso em 2021 mar 14]; 25(2):250-256. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28786763/>.
 53. Davran MK, Öztornacı B, Özalp B. Socio-demographic and economic indicators in gender structure in the middle Taurus mountainous villages of Turkey. *Cienc. Rural*. 2019 [acesso em 2021 abr 5]; 49(12):1-10. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84782019001200901&lang=pt.
 54. Mascheroni P, Riella A. La vulnerabilidad laboral de las mujeres en áreas rurales: Reflexiones sobre el caso

- uruguayo. *Rev Cienc Soc.* 2016 [acesso em 2021 abr 6]; 29(39):57-72. Disponível em: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S0797-55382016000200004&script=sci_arttext.
55. Vitelli R, Borrás V. Las mujeres rurales durante el período progresista en Uruguay: Avances y tropiezos. *Rev Cienc Soc.* 2016 [acesso em 2021 abr 6]; 29(39):73-90. Disponível em: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0797-55382016000200005.
56. Chiappe M. Conflictos por uso de agroquímicos: el papel de las mujeres rurales en Uruguay. *Agrociencia Urug.* 2020 [acesso em 2021 mar 19]; 24(esp):1-15. Disponível em: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2301-15482020000301311&lang=pt.
57. Lara Flores SM. *Jornaleras, temporeras y bóias-frias: el rostro femenino del mercado de trabajo rural en América Latina.* 1. ed. Caracas: Editorial Nueva Sociedad; 1995.
58. Harvey D. *Condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural.* 17. ed. São Paulo: Ed. Loyola; 2008.
59. Delgado G. *Do “capital financeiro na agricultura” à economia do agronegócio: mudanças cíclicas em meio século (1695-2012).* Porto Alegre: Editora da UFRGS; 2012. [acesso em 2021 nov 23]. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/245770>.
60. Davis AY. *Mulheres, raça e classe.* São Paulo: Boitempo; 2016.
61. Acsehrad H. O conhecimento do ambiente e o ambiente do conhecimento: anotações sobre a conjuntura do debate sobre vulnerabilidade. *Rev Em Pauta Teor Soc e Real Contemp.* 2013 [acesso em 2021 nov 23]; 11(32):115-129. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/10158>.
62. Saffioti HIB, Almeida SS. *Violência de gênero: poder e impotência.* Rio de Janeiro: Revinter; 1995.
63. Gomes R, Minayo MCS, Silva CFR. *Violência contra a mulher: uma questão transnacional e transcultural das relações de gênero.* In: Brasil. Ministério da Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros.* 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005. p. 117-40
64. Carneiro FF, Augusto LGS, Rigotto RM, et al. *organizadores. Dossiê ABRASCO: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde.* Rio de Janeiro: São Paulo: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; Expressão Popular; 2015.
65. Beserra L, Oliveira LK, Pignati WA. *Contaminação sistêmica por agrotóxicos na chuva, águas, peixes e pecuárias em territórios do agronegócio em Mato Grosso.* In: Pignati WA, Correa MLM, Leão LHC, et al. *organizadores. Desastres sócio-sanitário-ambientais do agronegócio e resistências agroecológicas no Brasil.* 1. ed. São Paulo: Outras Expressões; 2021.
66. Chemnitz C, Wenz K, Haffmans S, organizadores. *Pestizidatlas: Daten und Fakten zu Giften in der Landwirtschaft 2022.* Berlin: Heinrich-Böll-Stiftung; 2022. [acesso em 2021 nov 10]. Disponível em: <https://www.boell.de/sites/default/files/2022-01/Boell-Pestizidatlas-2022.pdf>.
67. *Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação. Food and agriculture data.* [acesso em 2022 fev 18]. Disponível em: <https://www.fao.org/faostat/en/#data/RP>.
68. Pignati W, Soares MR, Leão LHC. *A cadeia produtiva do agronegócio, danos ambientais, acidentes de trabalho, agrotóxicos, doenças e pandemias: um resumo.* In: Pignati WA, Correa MLM, Leão LHC, et al. *organizadores. Desastres sócio-sanitário-ambientais do agronegócio e resistências agroecológicas no Brasil.* 1. ed. São Paulo: Outras Expressões; 2021.

Recebido em 24/03/2022

Aprovado em 06/10/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: esta publicação contou com o apoio da Vice-direção de Pesquisa e Inovação, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz (Ensp-Fiocruz)

Atenção à saúde de pessoas em situação de rua no cotidiano da atenção primária: *scoping review*

Health care for homeless persons in daily primary care: scoping review

Lucas Alves Gontijo¹, Bruna Moreira da Silva¹, Selma Maria da Fonseca Viegas¹

DOI: 10.1590/0103-1104202313722

RESUMO Este estudo teve por objetivo identificar o estado da arte sobre a atenção à saúde de pessoas em situação de rua no cotidiano da Atenção Primária à Saúde. Adotou-se o método de *scoping review*, proposto pelo Joanna Briggs Institute (JBI), e foi utilizado o *checklist* do Prisma Extension for Scoping Reviews (Prisma-ScR) para maior transparência metodológica e rigor na apresentação dos resultados. A busca em bases de dados ocorreu em outubro de 2021, e incluiu PubMed, Lilacs, Scopus, Cochrane Central, Web of Science e Cinahl. Foram encontrados 21.940 artigos nas seis bases de dados, dos quais, 31 constituíram a amostra final deste estudo. Esta revisão constatou que a atenção à saúde de pessoas em situação de rua é um desafio à saúde pública e requer mais investimentos profissionais e de políticas transversais. Como as necessidades de saúde dessas pessoas têm uma configuração diferente e clamam por atenção imediata, constitui-se um desafio a construção do vínculo e o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, considerando os aspectos multifatoriais e multifacetados que envolvem as pessoas em situação de rua.

PALAVRAS-CHAVE Pessoas mal alojadas. Atenção Primária à Saúde. Estratégias de saúde nacionais. Acesso aos serviços de saúde. Equidade em saúde.

ABSTRACT *This study aimed to identify the state of the art on the health care of homeless persons in the daily life of Primary Health Care. The scoping review method proposed by the Joanna Briggs Institute (JBI) was adopted, and the PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) checklist was used for greater methodological transparency and rigor in the presentation of results. The database search took place in October 2021, and included PubMed, LILACS, Scopus, Cochrane Central, Web of Science and CINAHL. A total of 21,940 articles were found in the six databases, of which 31 articles constituted the final sample of this study. This review corroborated that the health care of homeless persons is a public health challenge and requires more professional investment and cross-cutting policies. As the health needs of these people have a different configuration and call for immediate attention, building a bond and developing health promotion actions is a challenge, considering the multifactorial and multifaceted aspects that involve homeless persons.*

KEYWORDS *III-Housed persons. Primary Health Care. National health strategies. Health services accessibility. Health equity.*

¹Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ) - Divinópolis (MG), Brasil. enf.lucasgontijo@live.com

Introdução

As disparidades na saúde vivenciadas pelas pessoas em situação de rua permanecem expressivas, visto que as barreiras no acesso aos cuidados de atenção primária influenciam diretamente a equidade e podem agravar os problemas de saúde que vivenciam, por meio de diagnóstico e tratamento oportuno¹. A falta de moradia e a pobreza constituem características significativas para experiências negativas na acessibilidade, estando associadas, principalmente, a atitudes preconceituosas direcionadas às pessoas em situação de rua².

Um estudo realizado no Reino Unido evidenciou que as desigualdades são significativas entre a população em geral e pessoas que vivem nas ruas. Com relação a estas últimas, os dados incluem taxas de mortalidade mais alta, menor probabilidade de serem cadastradas e acompanhadas em uma unidade de cuidados primários convencionais e maior propensão a procurar atendimento de urgência e emergência. Essas circunstâncias apontam fragilidades na capacidade de a Atenção Primária à Saúde (APS) atender pessoas que se encontram em situação de rua¹.

Para promover uma mudança desse cenário, faz-se necessário explorar os motivos que distanciam as pessoas em situação de rua dos serviços de cuidados primários, visto que são essencialmente importantes para a continuidade do cuidado¹. Eles qualificam o tratamento, disponibilizam acomodações, garantem acessibilidade, articulam programações flexíveis, desenvolvem ações intersetoriais e serviços integrados, de modo a minimizar a fragmentação do cuidado e encaminhamentos desnecessários².

Ainda são deficitárias as ações voltadas às pessoas em situação de rua, o que reforça a necessidade da atenção à saúde integral para essas pessoas, por enfrentarem diversos limites que dificultam a continuidade e a adesão ao tratamento e às ações propostas, corroborando a crescente mortalidade entre os desabrigados, até mesmo em nações que oferecem amparo integral³.

As ações de cuidado da equipe da APS, no território onde as pessoas em situação de rua vivem, possibilitam o fortalecimento do vínculo, respostas mais resolutivas às demandas reprimidas que, conseqüentemente, se não atendidas, evoluem para condições críticas⁴.

Ademais, há a necessidade de assistência acolhedora na APS para os desabrigados, já que essa potencializa a interação entre a pessoa e a equipe, possibilitando maior incentivo à continuidade do cuidado⁵.

Diante da relevância da temática em estudo e do seu impacto na qualidade de vida das pessoas em situação de rua, justifica-se a realização desta *scoping review*, com o objetivo de identificar o estado da arte sobre a atenção à saúde de pessoas em situação de rua no cotidiano da APS.

Material e métodos

De modo a identificar as evidências disponíveis, adotou-se o método proposto pelo Joanna Briggs Institute (JBI).

A revisão de escopo é utilizada como método capaz de gerar hipóteses e expandir a visão geral das evidências sobre determinado assunto, auxiliando o pesquisador na exploração das áreas emergentes, no esclarecimento de conceitos e na identificação de lacunas de conhecimento, além de recomendar a revisão sistemática futura⁶.

Segundo o Manual for Evidence Synthesis⁷, publicado em 2020 pelo JBI, as principais razões para conduzir uma revisão de escopo perpassam a exploração, a ampliação ou extensão da literatura, o mapeamento e a síntese das evidências, e a expansão de caminhos para futuras pesquisas. Nesse sentido, esta pesquisa propõe mapear as evidências da atenção à saúde das pessoas em situação de rua na APS. Foi utilizado o *checklist* do Prisma Extension for Scoping Reviews (Prisma-ScR)⁸, para maior transparência metodológica e rigor na apresentação dos resultados, sendo o protocolo registrado no

banco de dados Open Science Framework (<https://osf.io/ub3zx/>), *link* <https://osf.io/wxkfp/settings/#createVolsAnchor>.

A busca em bases de dados ocorreu em outubro de 2021 na PubMed, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Scopus, Cochrane Central, Web of Science e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (Cinahl). O acesso aos artigos se deu pelo portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), por meio da Comunidade Acadêmica Federada (CAFe).

A formulação de busca foi construída pela estratégia mnemônica PCC (População, Conceito e Contexto). Para este estudo, a população (P) foi definida pelos profissionais da APS e pelas pessoas em situação de rua atendidas nos serviços de APS, o conceito (C), considerando a atenção à saúde das pessoas em situação de rua, e o contexto (C), considerando a atenção à saúde de pessoas em situação de rua no âmbito da APS. Foram utilizados os descritores do Medical Subject Headings (MeSH), Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Cinahl Headings, sendo checados em busca preliminar na PubMed no idioma inglês. Foi utilizada a seguinte estratégia de busca envolvendo os descritores e operadores booleanos: “*Homeless Persons*” AND “*Primary Health Care*” OR “*Family Health Strategy*” AND “*Health Personnel*” OR “*Health Services Accessibility*” OR “*Delivery of Health Care*” OR “*Comprehensive Health Care*” OR “*Health Equity*”.

O recorte temporal foi definido com estudos publicados a partir do ano de 2009 até 2021, justificado pelo estabelecimento da Política Nacional para Pessoas em Situação de Rua no Brasil, institucionalizada pelo Decreto Presidencial nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009⁹, e configurando-se importante conquista dos direitos das pessoas que vivem em situação de rua neste País. Foram incluídos os estudos publicados na íntegra, disponíveis de maneira livre, nos idiomas inglês, espanhol e

português, que discorrem sobre a atenção à saúde de pessoas em situação de rua, considerando o contexto da APS. Foram excluídos editoriais, resenhas, cartas, relatos de experiência, ensaios teóricos, dissertações, teses, revisões narrativas e integrativas.

A seleção dos artigos ocorreu de forma independente, porém, simultaneamente, por dois revisores, de modo a garantir a fidedignidade da busca e a minimizar os possíveis vieses de seleção. Os artigos previamente selecionados foram adicionados ao *software* Rayyan Systems¹⁰ (<http://rayyan.qcri.org>). A partir dos critérios de elegibilidade supracitados, os revisores realizaram a leitura de títulos e resumos e, concomitantemente, a triagem, de forma independente e às cegas. A detecção de duplicatas e sua exclusão foi realizada pelos revisores durante a triagem dos estudos. Ao final da seleção inicial, os conflitos de decisões de inclusão foram resolvidos por juízo de um terceiro revisor, e, posteriormente, foram iniciadas a leitura na íntegra dos artigos e a seleção final, com a extração de dados de 31 artigos. Os estudos excluídos na etapa de avaliação da elegibilidade ocorreram pelo fato de não atenderem ao objetivo proposto e à indisponibilidade da versão publicada na íntegra. Para avaliação do nível de evidência dos estudos selecionados, foi utilizado o método Grading of Recommendations Assessment, Developing and Evaluation (Grade).

O sistema Grade é uma ferramenta de classificação de um corpo de evidências em revisões sistemáticas, com abordagem simples e transparente, levando em consideração a qualidade das evidências e o desenvolvimento de recomendações de cuidado em saúde. Previamente, são selecionados os resultados de interesse, classificando-os quanto à sua importância, às evidências disponíveis e às considerações de valores para chegar às recomendações. Em seguida, os dados relevantes são associados a uma medida de incerteza, sendo avaliada a qualidade da evidência para cada resultado em todos os estudos, sendo esses classificados

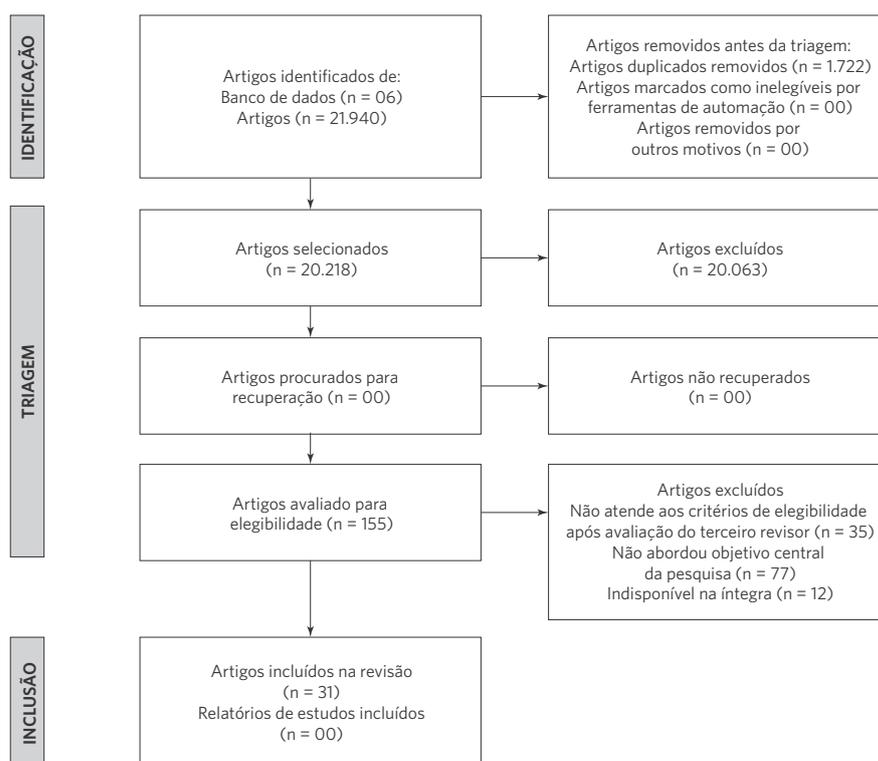
de acordo com a abordagem Grade, que inclui cinco fatores que podem levar a uma classificação inferior de qualidade da evidência, e três fatores que podem levar a uma classificação superior. Então, após esse processo, é realizada uma tabela de evidências onde são apresentados os resultados e a qualidade da evidência, que pode ser classificada como alta, moderada, baixa e muito baixa, sendo de alta evidência aquele estudo que apresenta dados muito confiáveis e muito baixa aquele que apresenta pouca confiança na estimativa de efeito¹¹.

A síntese da extração dos dados está apresentada no *quadro 1*, descrita pelos itens: autor; ano de publicação; título do artigo; desenho do estudo; base de dados; nível de evidência; tipo de amostra (profissionais de saúde e/ou pessoas em situação de rua); objetivo(s); e principais conclusões/considerações finais.

Resultados

A *figura 1* apresenta os estudos recuperados (21.940) nas bases de dados, sendo que 1.722 encontravam-se duplicados, sendo considerados uma única vez. Na triagem, foram avaliados às cegas os títulos e resumos de 20.218 estudos, dos quais, 155 foram selecionados, por atenderem aos critérios de inclusão. Após avaliação das discordâncias entre os revisores, o terceiro revisor constatou que 35 estudos não atendiam aos critérios de elegibilidade, resultando em 120 estudos para leitura na íntegra, sendo que, após leitura minuciosa, 89 não atendiam aos critérios de inclusão estabelecidos no protocolo, seja por indisponibilidade do estudo na íntegra (n = 12) ou pelo fato de não corresponderem ao objetivo da pesquisa (n = 77). Desse modo, 31 artigos constituíram a amostra final deste estudo.

Figura 1. Processo de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão dos estudos da scoping review, 2021



Fonte: adaptado do diagrama de fluxo Prisma⁸.

Conforme o *quadro 1*, os estudos são apresentados em ordem crescente do ano de publicação. Observa-se que o primeiro estudo foi divulgado em 2010, com maior concentração de publicações entre 2015 e 2019 (74%), predominando os estudos produzidos nos Estados Unidos (n = 12), seguidos, respectivamente, por Canadá (n = 6), Reino Unido (n = 5), Irlanda (n = 3), Brasil (n = 3), França (n = 1) e Austrália (n = 1). Considerando a abordagem dos dados, 8 estudos são qualitativos, 19 estudos são quantitativos e 04 são quantiqualitativos. Quanto à

disponibilidade em bases de dados, 5 estudos estão publicados na PubMed, 01 na Lilacs, 14 na Scopus, 3 na Cochrane Central, 6 na Web of Science e 2 na Cinahl. Com relação aos participantes dos estudos, a somatória apresenta o total de 207.318 pessoas em situação de rua e 370 profissionais de saúde. Em dois estudos, a pesquisa foi realizada buscando informações em dados secundários, prontuários de pessoas sem-teto, e um estudo não descreveu o número de participantes.

Quadro 1. Apresentação dos estudos incluídos de acordo com referência, título, ano de publicação, tipo de estudo, base de dados, nível de evidência, número de participantes, objetivo e principais conclusões, de 2009 a 2021

Referência (ano)	Artigo/ tipo estudo/ base de dados/ nível de evidência/ número participantes	Objetivo do estudo	Conclusões/recomendações finais
WHISLER et al. (2021) ¹²	<i>The effect of a Housing First intervention on primary care retention among homeless individuals with mental illness</i> Canadá Revisão sistemática randomizada Cochrane Nível de evidência: baixo N = 200 pessoas sem teto	Avaliar o impacto de uma intervenção do <i>Housing First</i> na retenção de cuidados primários entre pessoas sem-teto com doença mental.	Os cuidados primários contínuos são extremamente importantes para os indivíduos com doença mental. O modelo <i>Housing First</i> é altamente eficaz para permitir que indivíduos sem-teto com doenças mentais obtenham moradia estável, mas o efeito desse modelo na retenção da APS não foi bem definido. O estudo descobriu que uma intervenção do <i>Housing First</i> não foi associada a um impacto significativo na retenção de cuidados primários ao longo de um ano de acompanhamento, em comparação com o tratamento usual.
PRADO, M.A.R et al. (2021) ¹³	<i>Homeless people: health aspects and experiences with health services</i> Brasil Estudo qualitativo exploratório Web of Science Nível de evidência: baixo N = 10 pessoas sem-teto	Analisar o entendimento das pessoas em situação de rua, que vivem em um município do interior paulista, sobre o que é saúde e sobre suas experiências nos serviços sanitários.	A pessoa em situação de rua, por vezes, não consegue se perceber como sujeito de direitos e, em sua maioria, ainda enfrenta discriminação, o que faz com que procure os serviços de saúde apenas em situações emergenciais. Reforça-se a necessidade de ampliação do olhar pelos profissionais de saúde e que contribuam para atendimentos mais holísticos e humanizados a essas pessoas.
GENTIL et al. (2020) ¹⁴	<i>Satisfaction with health and community services among homeless and formerly homeless individuals in Quebec, Canada</i> Canadá Estudo transversal Cinahl Nível de evidência: moderado N = 455 moradores de rua ou ex-moradores de rua	Avaliar a satisfação geral com os serviços de saúde e comunitários e identificar fatores predisponentes, capacitadores e de necessidades associados à satisfação do usuário do serviço entre 455 moradores e ex-moradores de rua em Quebec (Canadá).	A satisfação do usuário estaria mais fortemente associada a fatores de habitação. A satisfação geral do usuário com os serviços de saúde e comunitários inclui ter um médico de família e um gerente de caso. Diversas estratégias podem ser implementadas para aumentar a satisfação com os serviços de saúde: adaptação dos programas de APS às necessidades específicas das populações de rua; gerenciamento intensivo dos casos; desenvolvimento de programa habitacional para populações de rua; envolver amigos e parentes no tratamento.

Quadro 1. Apresentação dos estudos incluídos de acordo com referência, título, ano de publicação, tipo de estudo, base de dados, nível de evidência, número de participantes, objetivo e principais conclusões, de 2009 a 2021

Referência (ano)	Artigo/ tipo estudo/ base de dados/ nível de evidência/ número participantes	Objetivo do estudo	Conclusões/recomendações finais
MERRYMAN; SYNOVEC (2020) ¹⁵	<i>Integrated Care: Provider referrer perceptions of occupational therapy services for homeless adults in an integrated primary care setting</i> Estados Unidos Pesquisa qualitativa de investigação naturalista PubMed Nível de evidência: baixo N = 12 profissionais de saúde	Explorar as percepções do provedor de referência de um novo serviço de terapia ocupacional para adultos sem-teto em um <i>Federally Qualified Health Centers</i> , para auxiliar na alocação efetiva de recursos escassos.	A principal implicação para a prática da terapia ocupacional é o apoio à avaliação da cognição funcional no contexto de clientes complexos com inúmeras comorbidades, revelando o valor do papel emergente generalista para essa terapia em ambientes comunitários de saúde/cuidados primários, onde os incentivos estão vinculados à função do cliente na vida diária.
SYNOVEC; MERRYMAN; BRUSCA. (2020) ¹⁶	<i>Occupational Therapy in Integrated Primary Care: Addressing the Needs of Individuals Experiencing Homelessness</i> Estados Unidos da América Estudo retrospectivo descritivo Web of Science Nível de evidência: alto N = 83 pessoas em situação de rua	Avaliar o serviço de terapia ocupacional que começou a ser ofertado pela atenção básica de saúde às pessoas em situação de rua.	O estudo identificou variadas comorbidades associadas às pessoas em situação de rua, sendo observada uma melhora expressiva tanto em problemas mentais quanto em físicos de saúde, a partir do acompanhamento da terapia ocupacional ofertado de forma integral, visando a otimizar as metas funcionais desses indivíduos
GUNNER et al. (2019) ¹	<i>Provision and accessibility of primary healthcare services for people who are homeless: a qualitative study of patient perspectives in the UK</i> Reino Unido Estudo qualitativo utilizando a Theoretical Domains Framework (TDF) Scopus Nível de evidência: moderado N = 18 pessoas sem-teto	Conhecer as visões, os pontos facilitadores e as barreiras dos participantes da pesquisa com relação ao acesso e às experiências de uso da APS e dos serviços comunitários.	Evidenciaram desigualdade de acesso e experiências, na sua maioria, negativas no uso dos serviços básicos de saúde. O modelo de serviço voltado para pessoas sem-teto foi percebido pelos participantes como melhor prática. Evidenciaram as barreiras enfrentadas pelos sem-teto no uso dos serviços de APS.
O'CARROL; WAINWRIGHT (2019) ¹⁷	<i>Making sense of street chaos: an ethnographic exploration of homeless people's health service utilization</i> Irlanda Estudo etnográfico crítico-realista Scopus Nível de evidência: baixo N = 142 participantes, sendo 47 para entrevista semiestruturada, 69 participantes que encontraram durante o trabalho etnográfico e 26 para os grupos focais	Descrever a <i>Health-Service-Usage</i> (HSU) de pessoas sem-teto em Dublin e obter uma visão sobre o porquê de a HSU diferir da população domiciliada.	Destaca a importância de os serviços integrarem os lados da demanda e da oferta, postulando que o uso dos serviços de saúde depende do ajuste entre os indivíduos (clientes) e o sistema de saúde, assegurando a disponibilidade de serviço, acessibilidade, acomodação e aceitabilidade.
MCCALLU; MCNAB; MCKAY (2019) ¹⁸	<i>Using Always Events to derive patient-centred quality improvement priorities in a specialist primary care service providing care to a homeless population.</i> Reino Unido Estudo qualitativo com análise dados indutiva Scopus Nível de evidência: muito baixo N = 20 pessoas sem-teto	Determinar se o conceito de <i>Always Events</i> é um método aceitável e viável para derivar prioridades de <i>Quality Improvement</i> centradas no paciente em um serviço especializado de APS que presta assistência a uma população em situação de rua.	Este método destacou a importância de ouvir a voz do paciente em <i>Quality Improvement</i> , particularmente para aqueles que são pobres, desfavorecidos e marginalizados. Demonstra uma forma aceitável de fazê-lo nessa população que experimenta uma considerável exclusão social. O método <i>Always Events</i> pode ser utilizado com sucesso em um serviço especializado de APS, prestando assistência à população em situação de rua, para identificar prioridades do paciente para <i>Quality Improvement</i> .

Quadro 1. Apresentação dos estudos incluídos de acordo com referência, título, ano de publicação, tipo de estudo, base de dados, nível de evidência, número de participantes, objetivo e principais conclusões, de 2009 a 2021

Referência (ano)	Artigo/ tipo estudo/ base de dados/ nível de evidência/ número participantes	Objetivo do estudo	Conclusões/recomendações finais
OOSMAN et al. (2019) ¹⁹	<i>Enhancing Access to Physical Therapy Services for People Experiencing Poverty and Homelessness: The Lighthouse Pilot Project</i> Estudo quantitativo-qualitativo Canadá PubMed Nível de evidência: baixo N = 40 participantes de um abrigo de emergência e 7 profissionais de saúde (6 fisioterapeutas e 1 enfermeira)	Revelar as perspectivas do cliente e do provedor sobre o impacto de melhorar o acesso aos serviços de fisioterapia em um ambiente comunitário de APS.	Evidenciou que os fisioterapeutas podem desempenhar papel fundamental no atendimento às pessoas em situação de rua, diminuindo as iniquidades em saúde, principalmente no contexto da APS. Apontou que o acesso ao serviço de fisioterapia na APS esteve associado à satisfação geral dos clientes atendidos, contribuindo para a diminuição das barreiras físicas.
QUEIROGA; SÁ; GAZZINELLI (2018) ²⁰	<i>Tuberculosis in the homeless population: performance of primary health care professionals</i> Brasil Pesquisa avaliativa Lilacs Nível de evidência: moderado N = 171 profissionais de saúde	Analisar as ações para o controle da tuberculose na população em situação de rua na APS.	As especificidades dessa população não são consideradas, contrariando as recomendações do Ministério da Saúde. A falta de capacitação dos profissionais, o deficiente acesso aos manuais, a ausência de articulação e apoio da equipe de Consultório na Rua podem estar fragilizando ainda mais a assistência prestada pelas equipes da Estratégia Saúde da Família.
ROCHE et al. (2018) ²¹	<i>Nurse-led primary health care for homeless men: a multimethods descriptive study</i> Austrália Estudo transversal descritivo Web of Science Nível de evidência: moderado N = 40 homens em situação de rua	Avaliar a assistência e as condições de saúde entre homens em situação de rua em uma clínica liderada por enfermeiros da atenção básica na cidade de Sidney.	O estudo identificou variadas morbidades frequentes em homens em situação de rua, principalmente doenças mentais. Nesse cenário, observou-se a importância de uma assistência em saúde acessível, respeitosa e, quando possível, de cunho preventivo, a fim de melhorar a utilização dos serviços de saúde da clínica da atenção básica.
RIVERA et al. (2018) ²²	<i>A modeling study exploring the impact of homelessness on rostered primary care utilization in Calgary, Canada</i> Canadá Revisão retrospectiva Web of Science Nível de evidência: muito baixo N = 1.013 prontuários de pessoas em situação de rua	Avaliar a assistência à saúde na APS entre pessoas estáveis em alojamento e pessoas sem-teto por meio da análise de prontuários de 3 médicos da família no município de Calgary.	O estudo identificou maior acesso aos serviços de saúde da atenção básica por parte das pessoas sem-teto do que das pessoas estáveis em alojamento. Além disso, foi identificado que as pessoas em situação de rua do sexo masculino utilizaram mais os serviços de saúde do que as do sexo feminino.
LAMANNA et al. (2018) ²³	<i>Promoting continuity of care for homeless adults with unmet health needs: The role of brief interventions</i> Canadá Métodos misto (pesquisa qualitativa, grupo focal) Web of Science Nível de evidência: baixo N = 52 pessoas em situação de rua	Avaliar as barreiras de acesso e continuidade aos cuidados de saúde das pessoas em situação de rua por meio de uma breve intervenção interdisciplinar.	As intervenções interdisciplinares, aplicadas de acordo com a necessidade de cada indivíduo e centro de saúde, incluindo cuidados primários, podem possibilitar maior continuidade ao tratamento e acesso aos serviços de saúde após a alta hospitalar de pacientes em situação de rua.

Quadro 1. Apresentação dos estudos incluídos de acordo com referência, título, ano de publicação, tipo de estudo, base de dados, nível de evidência, número de participantes, objetivo e principais conclusões, de 2009 a 2021

Referência (ano)	Artigo/ tipo estudo/ base de dados/ nível de evidência/ número participantes	Objetivo do estudo	Conclusões/recomendações finais
DAWES et al. (2017) ³	<i>Homeless people's access to primary care physiotherapy services: An exploratory, mixed-method investigation using a follow-up qualitative extension to core quantitative research</i> Reino Unido Estudo misto: exploratório qualitativo e quantitativo central Scopus Nível de evidência: moderado N = fase quantitativa: 34 moradores de rua; fase qualitativa: 5 profissionais da saúde	Avaliar o encaminhamento de pessoas sem-teto para o serviço de fisioterapia da APS e investigar os desafios de acesso a esses serviços.	O estudo analisou os encaminhamentos das pessoas em situação de rua paralelamente à análise dos profissionais de referências na assistência à saúde dessas pessoas. Os resultados quantitativos evidenciam os problemas musculoesqueléticos das pessoas em situação de rua, e os desafios de acesso enfrentados, como o não comparecimento à primeira consulta (36%) e a dificuldade de continuidade do tratamento (28%). Os autores ainda sinalizam a importância do fortalecimento do vínculo da equipe de saúde e das pessoas em situação de rua e de estratégias mais abrangentes para prestar assistência a esse grupo, já que apenas 20% completaram o tratamento e 16% ainda permaneciam no tratamento, sem abandoná-lo.
JONES, et al. (2017) ⁵	<i>A national evaluation of homeless and nonhomeless veterans' experiences with primary care</i> Estados Unidos Estudo transversal Scopus Nível de evidência: baixo N = 198.390 veteranos com diagnóstico de problemas de saúde mental e/ou abuso de substâncias	Comparar veteranos desabrigados e não desabrigados com problemas de saúde mental e/ou abuso de substâncias na equipe de cuidados alinhados de paciente (APS).	Em comparação com os veteranos não desabrigados, os veteranos desabrigados são mais jovens, não casados, com nível educacional menor, negros, com mais chances de ter problemas de saúde mental e/ou abuso de substâncias. Foi evidenciado, ainda, que as experiências com o acesso à saúde dos desabrigados são significativamente mais negativas do que as dos não desabrigados. Dessa forma, são necessárias estratégias de serviço que encorajem a continuidade da APS aos veteranos desabrigados.
ELWELL-SUTTON et al. (2017) ²⁴	<i>Factors associated with access to care and healthcare utilization in the homeless population of England</i> Reino Unido Estudo transversal Scopus Nível de evidência: moderado N = 2.505 pessoas em situação de rua	Avaliar o acesso e a assistência à saúde de pessoas em situação de rua com relação a serviços da APS e risco de internação em 19 bairros da Inglaterra.	O estudo avaliou que pessoas em situação de rua enfrentam muitos desafios para o acesso à saúde; entretanto, uma admissão frequente aos serviços de APS reduz muito os riscos de internações e outras complicações. Dessa forma, são necessárias medidas que aumentem a adesão desse grupo aos serviços de atenção básica.
UPSHUR et al. (2017) ²⁵	<i>Prevalence and predictors of substance use disorders among homeless women seeking primary care: An 11 site survey</i> Estados Unidos da América Estudo transversal Scopus Nível de evidência: moderado N = 780 pacientes femininas em situação de rua	Avaliar as taxas de transtornos por uso de substâncias através da prevalência e fatores prognosticadores para o uso de substâncias em mulheres em situação de rua, pacientes da APS em clínicas de saúde para desabrigados dos Estados Unidos da América.	O estudo conclui a forte relação de transtornos por uso de substâncias com transtornos mentais. Além disso, outros fatores foram associados tanto para a mortalidade de mulheres em situação de rua quanto para a melhoria da prestação de assistência a essas mulheres.
Health Quality Ontario (2016) ²⁶	<i>Interventions to Improve Access to Primary Care for People Who Are Homeless: A Systematic Review</i> Estados Unidos Revisão Sistemática PubMed Nível de evidência: baixo N = 5 estudos (1 Ensaio Clínico Randomizado e 4 estudos observacionais)	Avaliar a eficácia das intervenções para melhorar o acesso aos cuidados primários, em comparação com os cuidados habituais às pessoas sem-teto.	Evidenciou-se que, em uma intervenção de extensão abrangendo uma avaliação de saúde pessoal, educação e discussão das necessidades de saúde, combinadas com orientação sobre cuidados de saúde e outros serviços disponíveis, apenas a orientação melhorou o acesso a um provedor de cuidados primários, em comparação com o cuidado usual.

Quadro 1. Apresentação dos estudos incluídos de acordo com referência, título, ano de publicação, tipo de estudo, base de dados, nível de evidência, número de participantes, objetivo e principais conclusões, de 2009 a 2021

Referência (ano)	Artigo/ tipo estudo/ base de dados/ nível de evidência/ número participantes	Objetivo do estudo	Conclusões/recomendações finais
O'DONNELL et al. (2016) ²⁷	<i>Exploring levers and barriers to accessing primary care for arginalized groups and identifying their priorities for primary care provision: A participatory learning and action research study</i> Irlanda Pesquisa-ação Scopus Nível de evidência: baixo N = 21 membros de grupos vulneráveis	Identificar os desafios e barreiras de acesso de grupos marginalizados (incluindo pessoas em situação de rua) nas estratégias de serviços da atenção básica.	As desigualdades para o acesso à saúde são inegáveis, entretanto, há grupos (migrantes, viajantes irlandeses, sem-teto, usuários de drogas, profissionais do sexo e pessoas que vivem em privação) que sofrem fortemente com a exclusão estrutural na prestação dos serviços de saúde da APS. Dessa forma, são discutidas áreas prioritárias de ação para mitigar essas desigualdades.
JEGO et al. (2016) ²⁸	<i>Improving access and continuity of care for homeless people: How could general practitioners effectively contribute? Results from a mixed study</i> França Estudo sequencial explicativo Scopus Nível de evidência: alto N = 138 médicos de clínica geral	Analisar as perspectivas dos médicos de clínica geral na assistência à saúde de pessoas em situação de rua no contexto da APS na cidade de Marselha.	O estudo identifica falhas no sistema que constituem barreiras na assistência a pessoas em situação de rua. Foi identificado nas três fases do estudo que os médicos de clínica geral podem desenvolver uma função essencial na melhoria do acesso à saúde para pessoas em situação de rua, entretanto, eles necessitam de uma equipe multiprofissional para uma assistência integral à saúde dessa população.
KAMI et al. (2016) ²⁹	<i>Tool and ideological knowledge in Street Outreach Office working process</i> Brasil Estudo qualitativo exploratório Web of Science Nível de evidência: baixo N = 20 profissionais da equipe de Consultório na Rua e 6 usuários do Consultório na Rua	Identificar os saberes ideológicos e instrumentais que subsidiam o processo de trabalho no Consultório na Rua.	Apontam os limites a serem superados no âmbito do processo de trabalho da equipe do Consultório na Rua, para que se consiga avançar na direção da integralidade do cuidado, cabendo à gestão municipal e aos trabalhadores a responsabilidade de reorientação do modelo assistencial a partir da efetivação dos princípios orientadores da APS.
O'TOOLE et al. (2015) ²	<i>Needing Primary Care But Not Getting It: the Role of Trust, Stigma and Organizational Obstacles reported by Homeless Veterans</i> Estados Unidos Estudo multicêntrico Cochrane Nível de evidência: alto N = 185 veteranos sem-teto	Compreender as razões pelas quais os veteranos desabrigados não estavam acessando os cuidados primários disponíveis, bem como para não procurar cuidados de saúde, quando necessário.	Quanto aos motivos pelos quais foi adiada a procura de atendimento, a maioria classificou como mais importantes motivos de três domínios: 1) confiança; 2) estigma; e 3) processos de cuidado. Os resultados reforçam que o envolvimento no tratamento na APS exigirá acomodações baseadas na prática e em capacidades que incluem acesso aberto e agendamento flexível, serviços integrados e abrangentes que minimizam o cuidado sequencial e múltiplos encaminhamentos.
O'TOOLE et al. (2015) ⁴	<i>Tailoring Outreach Efforts to Increase Primary Care Use Among Homeless Veterans: Results of a Randomized Controlled Trial</i> Estados Unidos Estudo multicêntrico, prospectivo e randomizado PubMed Nível de evidência: moderado N = 185 veteranos sem-teto	Aumentar o comportamento de busca de saúde e o recebimento de cuidados de saúde entre os veteranos desabrigados.	O estudo sugere que os veteranos desabrigados fora de tratamento podem ser efetivamente engajados na APS por meio de um processo de extensão personalizado que resulte na prestação de cuidados em todo o contínuo de necessidades que essa população enfrenta. Os achados fornecem suporte empírico para o papel da divulgação clínica, bem como a importância da educação do paciente e orientação para serviços clínicos no envolvimento de pessoas sem-teto no atendimento.

Quadro 1. Apresentação dos estudos incluídos de acordo com referência, título, ano de publicação, tipo de estudo, base de dados, nível de evidência, número de participantes, objetivo e principais conclusões, de 2009 a 2021

Referência (ano)	Artigo/ tipo estudo/ base de dados/ nível de evidência/ número participantes	Objetivo do estudo	Conclusões/recomendações finais
CHRYSTAL et al. (2015) ³⁰	<i>Experience of Primary Care among Homeless Individuals with Mental Health Conditions</i> Estados Unidos Estudo quantitativo com análise comparativa PubMed Nível de evidência: moderado N = 366 pessoas sem-teto	Identificar os determinantes das experiências de APS para pessoas sem-teto com problemas de saúde mental em vários modelos de atendimento.	Os fatores que levam a uma experiência positiva de APS permanecem restritos aos estudos, apesar de serem potencialmente importantes para os esforços contínuos para promover atenção centrada no paciente para populações vulneráveis. O estudo ilustra a importância de ter uma moradia estável, visto que está associada a uma experiência de APS mais favorável. As seguintes características de desenho de serviço foram consideradas: localização, serviços no mesmo dia e integração da APS com serviços de saúde mental e transtornos de substâncias.
CAMPBELL (2015) ³¹	<i>Primary healthcare needs and barriers to care among Calgary's homeless populations</i> Canadá Estudo descritivo qualitativo Scopus Nível de evidência: moderado N = 11 pessoas em situação de rua	Explorar de maneira qualitativa os desafios no acesso à saúde dos canadenses.	O estudo apresenta barreiras no acesso à saúde de pessoas em situação de rua. Apesar de o Canadá ter um sistema de saúde universal, esse grupo minoritário não recebe assistência de forma integral. Sugestões de integração dos serviços são apontadas, para mitigar as desigualdades identificadas no sistema de saúde canadense.
MILLS et al. (2015) ³²	<i>Engaging the citizenship of the homeless-a qualitative study of specialist primary care providers</i> Reino Unido Estudo qualitativo Scopus Nível de evidência: moderado N = 13 profissionais da saúde especializados na atenção a pessoas em situação de rua.	Avaliar qualitativamente a visão de profissionais da saúde na prestação de assistência às pessoas em situação de rua.	Os profissionais apresentam os desafios que enfrentam na assistência às pessoas em situação de rua, mas destacam a necessidade do fortalecimento de vínculo da equipe profissional com esse grupo e da flexibilidade de ações que aumentem o acesso desse grupo aos serviços de saúde da APS.
UPSHUR et al. (2015) ³³	<i>A randomized control trial of a chronic care intervention for homeless women with alcohol use problems</i> Estados Unidos Estudo Clínico Randomizado Cochrane Library Nível de evidência: moderado N = 82 mulheres sem-teto	Avaliar a aplicabilidade do <i>Collaborative care/chronic illness model</i> (CCM) no tratamento de mulheres que tiveram resultado positivo no teste de consumo perigoso de álcool durante a consulta de APS.	O estudo conclui que as unidades de saúde vêm se organizando para atender às demandas das pessoas sem-teto, visto que ambos os grupos reduziram significativamente o consumo de álcool. Deste modo, o modelo CCM não foi mais eficaz com os dependentes de álcool, em comparação com o grupo de controle. A intervenção não foi poderosa o suficiente para superar as barreiras motivacionais e mudar o consumo das substâncias do grupo de controle.
KEOGH et al. (2015) ³⁴	<i>Health and use of health services of people who are homeless and at risk of homelessness who receive free primary health care in Dublin</i> Irlanda Estudo transversal observacional Scopus Nível de evidência: moderado N = 105 pessoas sem-teto	Investigar a saúde e o uso de serviços de saúde de uma população de rua em Dublin que acessa os serviços <i>Safetynet</i> .	Evidenciam os desafios para as crescentes e complexas necessidades de saúde e cuidados de saúde de uma população sem-teto em Dublin em relação aos estudos anteriores sobre sem-teto. Os resultados indicam que a população <i>Safetynet</i> tem mais necessidades de saúde do que a população em geral, em termos de problemas de saúde mental e física, comportamentos de risco para a saúde e maior utilização de serviços de saúde. Observou-se que a disponibilidade do serviço de APS gratuito pode ter reduzida à procura dos serviços de urgência e emergência.

Quadro 1. Apresentação dos estudos incluídos de acordo com referência, título, ano de publicação, tipo de estudo, base de dados, nível de evidência, número de participantes, objetivo e principais conclusões, de 2009 a 2021

Referência (ano)	Artigo/ tipo estudo/ base de dados/ nível de evidência/ número participantes	Objetivo do estudo	Conclusões/recomendações finais
KERTESZ et al. (2013) ³⁵	<i>Comparing Homeless Persons' Care Experiences in Tailored Versus Nontailored Primary Care Programs</i> Estados Unidos Estudo quantitativo com análise comparativa Scopus Nível de evidência: moderado N = 601 pessoas sem-teto	Comparar as experiências de atendimento de pessoas sem-teto em organizações de saúde adaptadas para pessoas sem-teto aos serviços de APS convencional.	Evidenciaram experiência mais positiva nos locais adaptados para cuidado das pessoas sem-teto, sendo a experiência desfavorável até duas vezes mais comum na APS convencional. Há evidências importantes a favor da expansão dessas abordagens personalizadas. As descobertas têm implicações sobre como as mudanças no sistema de saúde podem afetar os pacientes sem-teto.
Chwastiak; TSAI; ROSE-NHEC et al. (2012) ³⁶	<i>Impact of health insurance status and a diagnosis of serious mental illness on whether chronically homeless individuals engage in primary care</i> Estados Unidos da América Estudo transversal Scopus Nível de evidência: moderado N = 870 pessoas em situação de rua	Avaliar a relação de doença mental e uso de substâncias com a prestação de serviços de saúde às pessoas em situação de rua na APS.	As pessoas em situação de rua com planos privados de saúde conseguem uma melhor assistência, além de maior controle e tratamento de diagnósticos de doenças mentais e/ou uso de substâncias. Observou-se, também, que os critérios de inclusão no <i>Medicaid</i> não abrangem pessoas desse grupo em maior vulneração, e os Estados Unidos não desenvolvem mecanismos para minimizar esse impacto negativo.
O'TOOLE et al. (2010) ³⁷	<i>Applying the chronic care model to homeless veterans: effect of a population approach to primary care on utilization and clinical outcomes.</i> Estados Unidos Estudo de coorte retrospectivo Cinahl Nível de evidência: moderado N = 177 prontuários de veteranos sem-teto	Comparar uma abordagem adaptada à população para atendimento primário para veteranos desabrigados com uma abordagem de atendimento usual.	Os veteranos desabrigados com acesso a um modelo de APS de acesso aberto e adaptado à população tiveram significativamente mais consultas de APS e menos admissões médicas do que os desabrigados que frequentavam uma clínica de medicina interna geral tradicional. Refletiu-se sobre a diminuição da procura do departamento de urgências/emergências com queixas não emergenciais.

Fonte: elaboração própria.

Discussão

O grupo populacional em estudo recebe diferentes nomenclaturas em âmbito mundial, sendo elas: 'pessoas em situação de rua'^{5,13,23,29}, 'pessoas sem-teto'^{5,12,15,33-35,37}, 'desabrigados'³⁷, 'clientes em situação de rua'¹⁶ e 'população em situação de rua'^{18,20}.

Os estudos que abordam experiências positivas das pessoas em situação de rua na APS ainda são incipientes e se tornam necessariamente relevantes para promoção do acesso e do cuidado das populações vulneráveis³⁰, visto que, mesmo possuindo capacidade técnica e científica para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde das pessoas em situação de rua, este grupo ainda enfrenta dificuldade de acesso aos serviços de cuidados primários em diversos países²⁰. A

falta de preparo, a baixa sensibilização e a falha na comunicação dos profissionais de saúde foram apontadas como obstáculos na construção de vínculo e atendimento desses usuários. Dessa forma, a relação interpessoal entre as pessoas em situação de rua e a equipe de assistência confere mais um desafio para a atenção integral desses indivíduos. Ainda, pouco se discute sobre a especialização e o preparo dos profissionais para o atendimento das pessoas em situação de rua, o que não garante aos desabrigados a equidade nos serviços de saúde³². Nesse contexto, a atenção integral para a população em situação de rua não é exercida, ainda que seja imprescindível a composição de vários profissionais de segmentos distintos, para conferir, de fato, uma assistência integral a grupos marginalizados²⁷.

Os determinantes sociais da saúde são indicadores que contextualizam e esclarecem a causalidade do atual estado de indivíduos em vulneração, evidenciando a demanda urgente que a saúde tem de uma assistência multiprofissional e integral, a fim de mitigar as causas primárias do estado atual (culturais, socioeconômicas, educacionais, de moradia e saúde)³¹. Entender esses determinantes sociais de saúde melhora a qualidade do atendimento frente à discrepância de acesso, assistência e continuidade de tratamento das populações mais vulneráveis²². Desse modo, a população em situação de rua é mais vulnerável à mortalidade e à morbidade, devido a diversas motivações, do que a população em geral. A complexidade da atenção às pessoas em situação de rua e a dificuldade de desenvolver estratégias de equidade dificultam o acesso e o fortalecimento do vínculo entre paciente e profissional³⁶.

Portanto, a procura do serviço de cuidados primários para construção do vínculo, do cuidado e ações intersetoriais se faz primordial¹³, uma vez que a saúde é produzida no dia a dia, extrapolando a atuação exclusiva do setor saúde²⁹, e a ausência dessas ações fragiliza a construção do cuidado¹³, sendo uma condição necessária para lidar com as demandas complexas vivenciadas por pessoas em situação de rua²⁹. O fortalecimento das relações interpessoais entre paciente e profissional melhora o acesso e a utilização dos serviços de saúde, visto que a criação de um vínculo com esse grupo confere maior adesão a esses serviços²¹.

Ressalta-se, ainda, que as pessoas sem-teto não formam um grupo homogêneo. Mesmo dentro dessa população, há alguns em maior vulnerabilidade do que outros. Em meio às disparidades entre os indivíduos em situação de rua, um estudo desenvolvido na Inglaterra observou que os moradores de rua que dormem mal quase não utilizam ou têm maior dificuldade que os demais para ter acesso aos serviços de saúde. Dessa forma, otimizar e direcionar os serviços de saúde da APS para a população

sem-teto é imprescindível para aumentar o seu acesso aos serviços de saúde, incluindo os outros níveis de atenção, já que a dificuldade de acesso na APS, conseqüentemente, dificulta o acesso em todos os outros níveis de atenção à saúde²⁴.

As experiências positivas no cuidado em saúde estão fortemente associadas às características dos serviços de saúde, ao apoio social, à escolha da unidade de saúde e às equipes especializadas para atenção a esse grupo específico³⁰, além de que os cuidados contínuos são extremamente importantes¹².

Ao avaliar os motivos pelos quais os veteranos sem abrigo adiavam a procura do serviço de saúde nos Estados Unidos, evidenciou-se que os discursos faziam referência, principalmente, ao estigma, à confiança e aos processos de cuidado², dados que vão ao encontro de estudos realizados no Reino Unido¹ e na Irlanda¹⁷. Esses estudos apontam que as pessoas em situação de rua associam as barreiras de acesso, principalmente, à dificuldade de registro nas unidades de cuidados primários, à fragmentação do cuidado devido a acomodações instáveis, ao despreparo dos profissionais quanto à complexidade das necessidades dessas pessoas, à distância/falta de transporte, aos processos administrativos complexos, formulários, compromissos, regras restritivas, desinformação sobre acessibilidade, analfabetismo e barreiras atitudinais^{1,17}.

Ademais, um estudo americano com veteranos desabrigados evidenciou que intervenções breves, juntamente com orientações clínicas, foram mais eficazes, quando comparadas às interações breves sem acompanhamento clínico e aos cuidados habituais, visto que possibilitaram identificar as barreiras para o atendimento e direcionar os desabrigados para as unidades de atendimento⁴. Ter um médico da família e um gerente de caso foi condição determinante para a satisfação das pessoas em situação de rua com os serviços de saúde, resultando em menos procura dos serviços ambulatoriais, melhor qualidade de vida e rede social fortalecida¹⁴, assim como desabrigados

que tiveram acesso a mais consultas em serviços de cuidados primários adaptados, quando comparados à clínica tradicional³⁷.

Há demanda expressiva pelos sem-teto nos serviços de saúde mental por diversas motivações, entre elas, o abuso de substâncias, condições patológicas, vitimização etc. Como exemplo disso, foi realizado um estudo em 11 clínicas de saúde para desabrigados em nove estados dos Estados Unidos da América, concluindo-se que, em comparação com as outras mulheres, as mulheres em situação de rua têm quatro vezes maior tendência de desenvolver algum distúrbio causado pelo alcoolismo. Quanto ao abuso de substâncias, tendem a apresentar 12 vezes maiores riscos para esse desenvolvimento. Para a recuperação desses indivíduos, faz-se necessária a integração total do atendimento desde a triagem até a preparação para a interação com os pacientes²⁵.

A APS deve desempenhar ações preventivas com intervenção precisa na cadeia de transmissão de doenças quando se trata de reduzir as doenças infectocontagiosas entre as pessoas em situação de rua. Nesse sentido, fica evidente a importância de potencializar e qualificar o desenvolvimento de ações em prol dessas pessoas, por meio de capacitação permanente e disponibilização de diretrizes, de modo a garantir o atendimento oportuno e de qualidade²⁰.

Unidades de cuidados primários, com equipes interdisciplinares capacitadas e integradas, desenvolvem cuidados em diferentes perspectivas com a ampliação e diversificação das abordagens em saúde, que facilitam a construção do cuidado e a superação de barreiras¹⁵. Assim, viabilizam a redução das iniquidades e disparidades em saúde, principalmente das pessoas vulneráveis¹⁹. Um exemplo são as equipes do Consultório na Rua, que atuam no contexto brasileiro para garantir acesso ao Sistema Único de Saúde e cuidado equânime às pessoas em situação de rua, com intervenção em ambiente onde estas residem²⁹. A atenção integral e multiprofissional às pessoas em situação de rua preenche as lacunas que impedem o desenvolvimento da APS em uma assistência efetiva e adaptada para essas pessoas²⁸.

Um estudo americano constatou que a possibilidade de escolha de unidade de saúde para atendimento, localização do serviço, situação de moradia, flexibilidade, atendimento no dia e desenho do serviço é característica definidora para experiências positivas na APS³⁰. Ou seja, os estabelecimentos de saúde de cuidados primários adaptados para pessoas sem-teto estão relacionados com a experiência positiva, quando comparados àqueles convencionais³⁵, o que é reafirmado em um ensaio clínico randomizado americano, em que foi realizada uma intervenção em um grupo de mulheres sem-teto em uso de álcool²⁵. O mesmo ocorre em estudo no Reino Unido que, por intermédio da abordagem Theoretical Domains Framework, avaliou a prestação e a acessibilidade de serviços de saúde primários para pessoas sem-teto¹, assim como em uma exploração etnográfica da utilização de serviços de saúde pelas pessoas em situação de rua em Dublin¹⁷.

Nesse sentido, a condução das mudanças nos serviços de saúde convencionais para os sem-teto tem sido associada com o diferencial no atendimento¹⁸, oferecendo práticas acolhedoras, acessibilidade e melhores experiências das pessoas sem-teto com os estabelecimentos de saúde^{1,26}.

Ter moradia estável não foi significativo para retenção nos cuidados primários ao longo de um ano de acompanhamento¹², porém, no Canadá, os usuários em situação de rua que apresentaram melhor satisfação com os serviços de cuidados primários estavam fortemente associados a fatores de habitação¹⁴.

Diversos estudos identificaram as complexas condições de saúde que se manifestam, principalmente, nos sistemas neurológico, cardiorrespiratório, musculoesquelético e genital, e que se agravam com a falta de moradia¹⁹. Entre as doenças crônicas, evidenciaram-se, principalmente, a hipertensão arterial, a dor crônica, hepatite, depressão, ansiedade, estresse pós-traumático, alcoolismo e uso de substâncias ilícitas². A maioria deles experimenta multimorbidades e polifarmácia³⁴.

A ausência de treinamento prévio relacionado à APS e sobre pessoas em situação de rua dificulta a construção do vínculo. Os treinamentos podem ser benéficos durante a prática profissional e clínica, visto que foi observado que modificar ou adaptar o atendimento, levando em consideração as complexidades e características de cada indivíduo, deixava-os mais confortáveis e facilitava a interação entre profissional e usuário¹⁹. Ademais, priorizar ações que visem a mitigar as desigualdades de saúde existentes impacta mais de um grupo marginalizado, ou seja, o fortalecimento e a ampliação de acesso à saúde por pessoas desabrigadas ampliam o acesso de outros grupos vulneráveis²⁷.

Um estudo realizado no Reino Unido sugere que os cuidados de saúde têm um potencial significativo para ajudar na recuperação social de pessoas em situação de rua, assegurando-lhes a cidadania, o acesso aos serviços de saúde e a adesão a esses serviços, de forma a diminuir as barreiras que eles enfrentam. Isso porque, quando a atenção à saúde é abordada de forma coletiva, os impactos individuais são amenizados e são previstos avanços no acesso e na assistência à saúde³². Salienta-se, ainda, que esses obstáculos de acesso à saúde por pessoas em situação de rua não se atêm somente à APS, mas a todos os níveis de atenção. Notoriamente, a atenção à população sem-teto confere muito despreparo dos profissionais, na medida em que o indivíduo também apresenta especificidades que, por si só, já dificultam o atendimento³¹.

Conclusões

São amplas as discussões a respeito da atenção e do cuidado às pessoas em situação de rua nas unidades de APS. Esta *scoping review* traz a síntese de evidências sobre a atenção a essas pessoas nessa porta preferencial de acesso à saúde.

Este estudo aponta que unidades convencionais de cuidados primários apresentam diversas barreiras no acesso à saúde e que as

experiências positivas quase sempre estão relacionadas à atenção específica com melhores indicadores da adesão aos cuidados primários, em interações breves ou por demanda espontânea, para garantir melhor qualidade de vida e acesso à rede social fortalecida.

Traz evidências que propõem maior aprofundamento entre a relação de moradia estável e o acesso à unidade de cuidados primários, visto que diferentes estudos divergiram em seus resultados.

Nesse sentido, estudos sugerem que as unidades convencionais sejam adaptadas e que contenham recursos humanos capacitados e sensibilizados com as pessoas em situação de rua, de modo a garantir a construção do vínculo e ações de promoção da saúde, proporcionando o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno a essas pessoas, neutralizando, então, as desigualdades sociais.

É sabido que as pessoas em situação de rua apresentam maior vulnerabilidade, quando comparadas com a população em geral. Dessa forma, as necessidades de saúde dessas pessoas possuem outra configuração e maior imediatismo. Para garantir equidade de acesso e adesão aos serviços de saúde, os profissionais necessitam de preparo e entendimento das especificidades e singularidades de cada um, além de organizar equipes multiprofissionais capacitadas. Não somente com uma abordagem clínica, mas, também, social, considerando o contexto vivido em vulneração.

Colaboradores

Gontijo LA (0000-0002-6005-8154)* e Silva BM (0000-0001-7606-2978)* contribuíram para busca em bases de dados, análise dos dados, interpretação dos resultados e redação, revisão do manuscrito e aprovação da versão final. Viegas SMF (0000-0002-0287-4997)* contribuiu para concepção do estudo, busca em bases de dados, análise dos dados, interpretação dos resultados e redação, revisão do manuscrito e aprovação da versão. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- Gunner E, Chandan SK, Marwick S, et al. Provision and accessibility of primary healthcare services for people who are homeless: a qualitative study of patient perspectives in the UK. *Br J Gen Pract.* 2019; 69(685):526-536.
- O'Toole TP, Johnson EE, Redihan S, et al. Needing Primary Care But Not Getting It: The Role of Trust, Stigma and Organizational Obstacles reported by Homeless Veterans. *J. Healt. Care for the Poor and Underserv.* 2015; 26(3):1019-1031.
- Dawes J, Deaton S, Greenwood N. Homeless people's access to primary care physiotherapy services: an exploratory, mixed-method investigation using a follow-up qualitative extension to core quantitative research. *BMJ Open.* 2017; 7(6):e012957.
- O'Toole TP, Johnson EE, Borgia ML, et al. Tailoring Outreach Efforts to Increase Primary Care Use Among Homeless Veterans: Results of a Randomized Controlled Trial. *J Gen Intern Med.* 2015; 30(2):886-898.
- Jones AL, Hausmann LRM, Haas GL, et al. A national evaluation of homeless and nonhomeless veterans' experiences with primary care. *Psychol Serv.* 2017; 14(2):174-183.
- Tricco AC, Lillie E, Zarin W, et al. A scoping review on the conduct and reporting of scoping reviews. *BMC Med Res Methodol.* 2016; (16):15.
- Aromataris E, Munn Z, editores. *JBIM Manual for Evidence Synthesis.* JBI, 2020. [acesso em 2022 nov 9]. Disponível em: <https://doi.org/10.46658/JBI-MES-20-01>.
- Tricco AC, Lillie E, Zarin W, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-SCR): checklist and explanation. *Ann. Intern. Med.* 2018 [acesso em 2022 nov 9]; 169(07):467-73. Disponível em: <https://doi.org/10.7326/m18-0850>.
- Brasil. Decreto Presidencial 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu comitê intersetorial de acompanhamento e monitoramento, e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 24 Dez 2019.
- Mourad O, Hossam H, Zbys F, et al. Rayyan – a web and mobile app for systematic reviews. *System. Reviews.* 2016 [acesso em 2022 nov 9]; (5):210. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>.
- Schunemann H, Brozek J, Guyatt G, et al. *GRADE – Manual to rate the quality of the evidence and the strength of the recommendation.* 2013. [acesso em 2022 nov 9]. Disponível em: <https://gdt.gradepro.org/app/handbook/handbook.html>.
- Whisler A, Dosani N, To MJ, et al. The effect of a Housing First intervention on primary care retention among homeless individuals with mental illness. *PLoS One.* 2021 [acesso em 2022 nov 9]; 16(2):e0246859. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246859>.
- Prado MAR, Gonçalves M, Silva SS, et al. Homeless people: health aspects and experiences with health services. *Rev. Bras. Enferm.* 2021 [acesso em 2022 nov 9]; 74(1):e20190200. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0200>.
- Gentil L, Grenier G, Bamvita JM, et al. Satisfaction with health and community services among homeless and formerly homeless individuals in Quebec, Canada. *Health Soc Care Community.* 2020 [acesso em 2022 nov 9]; 28(1):22-33. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/hsc.12834>.
- Merryman MB, Synovec C. Integrated Care: Provider Referrer Perceptions of Occupational Therapy Services for Homeless Adults in an Integrated Primary Care Setting. *Work, Special Section: Homelessness.* 2020 [acesso em 2022 nov 9]; 65(2):321-330. Disponível em: <https://doi.org/10.3233/WOR-203084>.
- Synovec CE, Merryman M, Brusca J. Occupational Therapy in Integrated Primary Care: Addressing the Needs of Individuals Experiencing Homeless-

- ness. *The Open J. Occupat. Therapy*. 2020 [acesso em 2022 nov 9]; 8(4):1-14. Disponível em: <https://doi.org/10.15453/2168-6408.1699>.
17. O'Carroll A, Wainwright D. Making sense of street chaos: an ethnographic exploration of homeless people's health service utilization. *Int J Equity Health*. 2019 [acesso em 2022 nov 9]; 18(1):113. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1002-6>.
 18. Mccallum M, McNab D, Mckay J. Using Always Events to derive patient-centred quality improvement priorities in a specialist primary care service providing care to a homeless population. *BMJ Open Quality*. 2019 [acesso em 2022 nov 9]; 8(1):e000507. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-000507>.
 19. Oosman S, Weber G, Ogunson M, et al. Enhancing Access to Physical Therapy Services for People Experiencing Poverty and Homelessness: The Lighthouse Pilot Project. *Physiother Can*. 2019 [acesso em 2022 nov 9]; 71(2):176-186. Disponível em: <https://doi.org/10.3138/ptc.2017-85.pc>.
 20. Queiroga RPF, Sa LD, Gazzinello A. Tuberculosis in the homeless population: performance of primary health care professionals. *Rev. Rene*. 2018 [acesso em 2022 nov 9]; (19):e32463. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20181932463>.
 21. Roche MA, Duffield C, Smith J, et al. Nurse-led primary health care for homeless men: a multimethods descriptive study. *Int Nurs Rev*. 2018 [acesso em 2022 nov 9]; 65(3):392-399. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/inr.12419>.
 22. Rivera LA, Henschke MT, Khoo E, et al. A modeling study exploring the impact of homelessness on rostered primary care utilization in Calgary, Canada. *Can J Public Health*. 2018 [acesso em 2022 nov 9]; 109(4):451-458. Disponível em: <https://doi.org/10.17269/s41997-018-0098-6>.
 23. Lamanna D, Stergiopoulos V, Durbin J, et al. Promoting continuity of care for homeless adults with unmet health needs: The role of brief interventions. *Health Soc Care Community*. 2018 [acesso em 2022 nov 9]; 26(1):56-64. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/hsc.12461>.
 24. Elwell-Sutton T, Fok J, Albanese F, et al. Factors associated with access to care and healthcare utilization in the homeless population of England. *J Public Health (Oxf)*. 2017 [acesso em 2022 nov 9]; 39(1):26-33. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdw008>.
 25. Upshur CC, Jenkins D, Weinreb L, et al. Prevalence and predictors of substance use disorders among homeless women seeking primary care: An 11 site survey. *Am J Addict*. 2017 [acesso em 2022 nov 9]; 26(7):680-688. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ajad.12582>.
 26. Health Quality Ontario. Interventions to Improve Access to Primary Care for People Who Are Homeless: A Systematic Review. *Ont Health Technol Assess Ser, Ontario*. 2016; 16(9):1-50.
 27. O'Donnell P, Tierney E, O'Carroll A, et al. Exploring levers and barriers to accessing primary care for marginalised groups and identifying their priorities for primary care provision: a participatory learning and action research study. *Int J Equity Health*. 2016 [acesso em 2022 nov 9]; 15(1):197. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0487-5>.
 28. Jego M, Grassineau D, Balique H, et al. Improving access and continuity of care for homeless people: how could general practitioners effectively contribute? Results from a mixed study. *BMJ Open*. 2016 [acesso em 2022 nov 9]; 6(11):e013610. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013610>.
 29. Kami MT, Larocca LM, Chaves MM, et al. Tool and ideological knowledge in Street Outreach Office working process. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2016 [acesso em 2022 nov 9]; 50(3):440-447. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000400010>.
 30. Chrystal JG, Glover DL, Young AS, et al. Experience of Primary Care among Homeless Individuals with

- Mental Health Conditions. PLoS ONE. 2015 [acesso em 2022 nov 9]; 10(2):e0117395. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0117395>.
31. Campbell DJ, O'Neill BG, Gibson K, et al. Primary healthcare needs and barriers to care among Calgary's homeless populations. BMC Fam. Pract. 2015 [acesso em 2022 nov 9]; (16):139. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0361-3>.
 32. Mills ED, Burton CD, Matheson C. Engaging the citizenship of the homeless-a qualitative study of specialist primary care providers. Fam Pract. 2015 [acesso em 2022 nov 9]; 32(4):462-467. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz036>.
 33. Upshur C, Weinreb L, Bharel M, et al. A randomized control trial of a chronic care intervention for homeless women with alcohol use problems. J. substance abuse treatment. 2015 [acesso em 2022 nov 9]; (51):19-29. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2014.11.001>.
 34. Keogh C, O'Brien KK, Hoban A, et al. Health and use of health services of people who are homeless and at risk of homelessness who receive free primary health care in Dublin. BMC Health Serv Res. 2015 [acesso em 2022 nov 9]; 15(58). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0716-4>.
 35. Kertesz SG, Holt CL, Steward JL, et al. Comparing homeless persons' care experiences in tailored versus nontailored primary care programs. Am J Public Health. 2013 [acesso em 2022 nov 9]; 103(2):331-339. Disponível em: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301481>.
 36. Chwastiak L, Tsai J, Rosenheck R. Impact of health insurance status and a diagnosis of serious mental illness on whether chronically homeless individuals engage in primary care. Am J Public Health. 2012 [acesso em 2022 nov 9]; 102(12):e83-e89. Disponível em: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301025>.
 37. O'Toole TP, Buckel L, Bourgault C, et al. Applying the chronic care model to homeless veterans: effect of a population approach to primary care on utilization and clinical outcomes. Am J Public Health. 2010 [acesso em 2022 nov 9]; 100(12):2493-2499. Disponível em: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.179416>.

Recebido em 19/07/2022
Aprovado em 30/01/2023
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

A tessitura da construção coletiva de indicadores de saúde mental em Centros de Atenção Psicossocial

The texture of the collective construction of mental health indicators in Psychosocial Care Centers

Aline Fernandes de Rossi¹, Bárbara Arvelino de Paula¹, Flávia Meirelles Israel¹, Melina Alves de Camargos¹

DOI: 10.1590/0103-1104202313723

RESUMO Os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) são serviços comunitários que visam promover a reabilitação psicossocial para pessoas com sofrimento mental e com problemas recorrentes do consumo prejudicial de Substâncias Psicoativas (SPA). A avaliação da qualidade desses serviços pode ser medida por meio de indicadores de saúde mental, campo em desenvolvimento. Este estudo é um relato de experiência com objetivo de discorrer sobre o processo de construção de indicadores de saúde mental de um Caps Adulto e Caps Álcool e Drogas de uma região de saúde da cidade de São Paulo, realizado no período entre 2020 e 2021. Como resultado desse trabalho, foram criados coletivamente os indicadores de processo: articulação com a atenção primária e atenção à crise e o indicador específico de resultado para cada Caps: reabilitação psicossocial. A construção colaborativa proporcionou a análise e reflexão sobre o processo de trabalho, evidenciou-se a potencialidade da elaboração participativa dos indicadores de saúde mental que impactou na revisão da prática assistencial individual do trabalhador e de cada serviço. Identificou-se desafios nesta construção quanto à disponibilidade de agenda, lacuna na formação dos profissionais, escassez de literatura específica e pausas no percurso devido às contingências da pandemia Covid-19.

PALAVRAS-CHAVE Saúde mental. Indicadores básicos de saúde. Serviços de saúde mental.

ABSTRACT *Psychosocial Care Centers (CAPS) are community services that aim to promote rehabilitation for people with mental suffering. Quality assessment can be measured through mental health indicators, a field that is under development. This study is an experience report that has the discourse objective of the process of collective construction of mental health indicators of a CAPS Adult and CAPS Alcohol and Drugs in a health region of the city of São Paulo, carried out in the period between 2020 and 2021. As a result of these, the work indicators of the process were collectively created: articulation with primary care and crisis care and the specific result indicator for each CAPS: psychosocial rehabilitation. The collaborative construction of the mental health analysis process and the reflection on the indicators-evidence of the potential of the participatory elaboration of the assistance individuals of the work and of each service. It was identified in this construction as the availability of challenges, gap in the training of professionals, course of specific literature and pauses due to the contingencies of the COVID-19 pandemic.*

KEYWORDS *Mental health. Health status indicators. Mental health services.*

¹Hospital Israelita Albert Einstein (Hiae), Instituto Israelita de Responsabilidade Social (IIRS) - São Paulo (SP), Brasil.
aln.fernandes@yahoo.com.br



Introdução

Os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) são serviços de saúde mental voltados ao atendimento da população com transtornos mentais graves e persistentes, bem como com necessidades decorrentes do consumo prejudicial de álcool e outras drogas. Oferecem atendimento de avaliação, atenção à crise, cuidados diários e intensivos em caráter comunitário e territorial. São constituídos por equipe multiprofissional atuando de forma interdisciplinar com objetivo de fomentar processos de reabilitação psicossocial. Assim, possuem diferentes modalidades de funcionamento a depender da abrangência da população adscrita no território e do perfil dessa população¹.

Esses serviços foram implantados no Brasil a partir da década de 90 como um dos produtos da consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), importante movimento social composto por trabalhadores da área de saúde mental, familiares e usuários, na luta por direitos e mudanças na atenção à saúde mental, antes pautada pela hospitalização, isolamento e violência. Como resultado do processo de luta da RPB, evidenciou-se o aumento substancial do número de Caps no País, de 424 em 2002 para 2798 em 2020, um aumento de 659,91%².

Em consonância, como evidência de uma rede de base territorial e comunitária, houve uma redução de leitos do Sistema Único de Saúde (SUS) em psiquiatria, sendo que, no período entre 2002 a 2020, foram reduzidos 37.464 leitos. Ainda, como fomento às estratégias de desinstitucionalização, o Programa de Volta para Casa (PVC) apresentou um crescimento no número de beneficiários entre os anos de 2003 a 2014, resultando em um aumento de 2083,5%. Esses são alguns dos dados que expressam avanços na constituição de uma rede substitutiva ao modelo asilar³.

Assim, enquanto componentes estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), os Caps apresentam processos complexos de organização de trabalho, participação e gestão,

e o arranjo organizacional é um desafio cotidiano. A partir da reformulação do modelo assistencial em saúde mental, bem como sua expansão e manutenção, a literatura aponta que processos avaliativos podem servir como instrumento de potencialização das práticas substitutivas ao modelo manicomial, melhoria nos processos de trabalho e assistência à saúde⁴.

Tanaka⁵ destaca que a avaliação é um processo técnico-político de disputa de poder que auxilia de forma estratégica na tomada de decisão frente a um problema. Sendo a RPB um movimento social em constante renovação, torna-se pertinente a continuidade de articulação dos processos de luta com os mais diversos atores. Dessa forma, pesquisas centradas na prática clínica e na ação técnica-política podem contribuir como ferramenta de resistência, de produção de conhecimento e afirmação da efetividade deste modelo assistencial.

Além de chamar atenção para a avaliação como um processo técnico-político, Tanaka et al.⁶, destaca que no cenário brasileiro existe uma grande produção de dados nos serviços de saúde, porém esses são pouco valorizados e utilizados para a qualificação da assistência e da gestão. Entende-se que, ao serem utilizados em avaliações, os dados produzidos passam por uma valorização, o que, inclusive, corrobora para a atribuição de sentido no preenchimento adequado destes e na possibilidade de análises mais frequentes no cotidiano dos serviços aqui contemplados.

Convém ressaltar que, no campo da saúde mental, o acompanhamento de processo de qualidade do cuidado, vinculados a indicadores de saúde, ainda são pouco difundidos e aplicados. Segundo Furtado⁴, a tradição de indicadores em saúde mental é mais restrita quando comparada às outras áreas, como a atenção básica e a atenção hospitalar. Soma-se a isso o caráter fortemente ético e político da reforma psiquiátrica e a conseqüente dificuldade em estabelecer consensos em torno de alguns parâmetros e indicadores mínimos entre atores sociais inseridos em polos distintos.

Em relação à produção de evidências acerca de processos avaliativos nos serviços de saúde mental, uma revisão de literatura⁷ identificou que a maior parte dos estudos realizados no Brasil se concentraram nas regiões Sul e Sudeste, sendo que os Caps foram os serviços mais avaliados, apesar do número reduzido de avaliações em serviços como os Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (Caps-AD) e Centro de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil (Caps-IJ), sinalizando a necessidade de ampliação da discussão e do desenvolvimento de novos estudos.

Nesse sentido, o relato de experiência deste trabalho traz como referência o estudo realizado por Onocko-Campos et al.⁸ que apresenta um conjunto de indicadores dirigidos ao monitoramento, avaliação e potencial qualificação dos Caps III, desenvolvidos a partir da colaboração entre avaliadores ligados a duas universidades e 58 trabalhadores e gestores de Caps do tipo III, no estado de São Paulo. Tal estudo balizou o início da reflexão sobre o processo de construção de indicadores de saúde mental para Caps.

Assim, o objetivo deste estudo é discorrer sobre a experiência do processo de construção coletiva dos indicadores de saúde mental do Caps Adulto e Caps-AD de uma região de saúde da cidade de São Paulo.

Material e métodos

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, do tipo relato de experiência, que se

dedica a descrever a vivência de trabalhadoras e gestoras no percurso de construção de indicadores de processo e resultado que possam colaborar para a avaliação de serviços substitutivos da Raps do SUS.

Contextualização

Na experiência aqui relatada, a construção de indicadores surgiu como uma necessidade expressa da diretoria da instituição parceira que coordena os Caps Adulto III, Caps-AD III e Caps-IJ II. Essa proposta foi desenvolvida pelos colegiados gestores locais – espaço ocupado por representantes de trabalhadores, gestores e apoio técnico institucional, e que tem como objetivo principal a comunicação e troca de saberes, a análise das informações e a tomada de decisão para melhoria dos processos de trabalho das unidades.

Este percurso teve início no segundo semestre de 2020 e se encerrou no segundo semestre de 2021, totalizando um ano de investimento neste trabalho. Esta experiência foi desenvolvida em dois Caps (Caps Adulto e AD) localizados em uma região de saúde do município de São Paulo. O território em que os Caps estão inseridos abrange três distritos de saúde com alta vulnerabilidade social.

Etapas de coleta de dados

A experiência foi organizada em seis etapas. O *quadro 1* ilustra o caminho de criação comum a todos os serviços, evidencia as etapas, objetivos e recursos utilizados.

Quadro 1. Processo de construção dos indicadores comum a todos os serviços

Etapas	Objetivos	Recursos	Responsáveis
1) Imersão na temática dos indicadores.	Adquirir e aprofundar sobre a temática de avaliação, com foco em suas tipologias.	Agenda e espaço físico reservados, computador conectado à internet, plataforma zoom, aula com especialista da área técnica da instituição.	Colegiado gestor, Área técnica da instituição parceira.
2) Levantamento de dados e ideias para construção de indicadores nos serviços.	Unir elementos da teoria com a prática cotidiana aliada a produção de significado para os serviços.	Agenda e espaço físico reservados, computador conectado à internet, plataforma zoom, técnica de dinâmica de grupo: brainstorm.	Colegiado gestor, equipes Caps-AD e Adulto.
3) Levantamento bibliográfico sobre indicadores de saúde mental.	Continuidade do processo de imersão, além de identificar os estudos já realizados e buscar experiências de apoio.	Agenda e espaço físico reservados, computador conectado à internet, plataforma zoom, busca de artigos científicos e capítulos de livros publicados em bases de dados científicas.	Colegiado gestor.
4) Encontro com especialista convidada da área acadêmica.	Compartilhar o percurso de criação de indicadores, impressões do processo de criação e ouvir experiências exitosas.	Agenda e espaço físico reservados, computador conectado à internet, plataforma zoom.	Área técnica.
5) Reunião entre as três unidades.	Partilhar processos criativos e definir indicadores comuns de processo e específicos, de resultado, a cada serviço.	Agenda e espaço físico reservados, computador conectado à internet, plataforma zoom, artigos científicos e capítulos de livros.	Colegiado gestor.
6) Reunião local em cada unidade.	Definição de estratégias locais de desenvolvimento de indicadores e finalização do percurso coletivo.	Agenda e espaço físico reservados, computador conectado à internet, plataforma zoom.	Colegiado gestor.

Fonte: elaboração própria.

Nas etapas 1, 2 e 3, o primeiro passo foi identificar os pontos críticos no cotidiano dos serviços, a utilização prática dos indicadores e sua factibilidade. Acessar os entraves para realização desta tarefa exigiu envolvimento dos diferentes atores desse processo para captar os aspectos que indicavam a real necessidade dos serviços, na perspectiva de garantir o uso dos indicadores na prática clínica e não só o cumprimento da solicitação institucional.

Para subsidiar a discussão e decisão, na etapa 2 foram usados dados do sistema de informação da instituição parceira com a demonstração e construção de uma possível fórmula de cálculo desses indicadores. Um dos dados analisados foi o de atenção à crise,

levantando o debate sobre os atendimentos de atenção à crise manejados no Caps e os atendimentos referenciados para rede de urgência e emergência.

Na etapa 4 ocorreu o encontro com uma pesquisadora da área que proporcionou o aprofundamento do tema e a troca sobre o processo de criação de indicadores dos serviços. Já nas etapas 5 e 6, foram definidos o uso de dois indicadores de processo comuns aos três serviços e um indicador de resultado específico para cada Caps.

É importante ressaltar que as etapas não foram construídas a priori, todas foram parte da identificação de necessidades que ocorreram a cada encontro.

Resultados

Houve boa receptividade da tarefa mesmo frente ao desafio do pedido institucional e sua tamanha complexidade, pois nunca antes os serviços haviam se debruçado em algo semelhante; foi unânime a identificação da necessidade de aprofundar na temática para tornar possível a construção de indicadores que de fato contribuíssem para os campos de atuação. Criou-se, então, uma parceria colaborativa institucional entre os dois serviços para produção dos indicadores de saúde mental comuns entre si, mas garantindo espaços coletivos de diálogos locais para abordar a especificidade de cada unidade, na intenção de contemplar a avaliação da atenção prestada. A urgência de formação fez emergir a necessidade de agregar conhecimentos específicos com pesquisadores que vivenciam esse processo.

A construção do conhecimento teórico/prático contou com a facilitação de uma especialista da área técnica da instituição sobre indicadores e sua utilização na área da saúde. Foram abordados os tipos, fórmulas de cálculo e construção de suas definições. Posterior a esse encontro, foi convidada uma especialista da área acadêmica para relatar suas experiências e pesquisas exitosas com a construção de indicadores específicos da saúde mental. A partir do contato com a especialista, optou-se por continuar o processo

formativo que consistiu em levantamento da literatura na área, a fim de apoiar a construção dos indicadores. Como resultado da parceria colaborativa, criaram-se dois indicadores do tipo processo, comum aos dois Caps, e um indicador do tipo resultado para cada Caps.

Usamos como referência Donabedian citado por Tanaka⁹, que classificou os indicadores da seguinte forma: indicadores de Estrutura, Processo e Resultado. Por definição, indicadores de processo dizem respeito à análise do conjunto de atividades desenvolvidas durante a prestação de cuidados, relacionando categorias como desempenho, energia, força e trabalho; já indicadores de resultado têm relação com eventos diretos nos usuários e sinalizam mudanças (desejáveis ou indesejáveis) no estado de saúde dos indivíduos ou populações.

Os indicadores de processo escolhidos foram: a articulação com a Atenção Primária à Saúde (APS) e a atenção à crise, apresentados com a fórmula de cálculo nas *figuras 1 e 2* abaixo. A perspectiva da articulação com a APS foi definida a partir da utilização dos dados locais com o intuito de analisar a prática compartilhada como fortalecimento do cuidado em rede, uma vez que a literatura indica a efetividade de práticas colaborativas e compartilhadas na gestão do cuidado em saúde mental por meio de uma proposta pedagógica-terapêutica¹⁰.

Figura 1. Fórmula de cálculo do indicador de articulação com APS

$$\frac{\text{Nº de atendimentos compartilhados}}{\text{Nº de ações matriciais}}$$

Fonte: elaboração própria.

Figura 2. Fórmula de cálculo do indicador de atenção à crise

$$\frac{\text{Nº de usuários em situação de crise encaminhados}}{\text{Nº total de usuários em situação de crise}}$$

Fonte: Onocko-Campos et al.⁸.

No Caps Adulto, por exemplo, foi feita uma análise documental em que consta a descrição de ações matriciais com as Unidades Básicas de Saúde (UBS). Em 2020 foi observada uma tendência em utilizar prioritariamente como estratégia de apoio matricial a discussão de casos, em detrimento das ações compartilhadas. Obtivemos um comparativo de 215 ações de discussão de caso, como ligações telefônicas ou reuniões presenciais, e 57 ações compartilhadas, como atendimentos e visitas domiciliares.

A seguir será relatado o processo de construção de indicadores de resultado específicos de cada serviço de saúde.

Caps Adulto

No Caps Adulto, o processo iniciou-se no colegiado gestor, utilizando a técnica de *brainstorming* com o objetivo de proporcionar a fala livre de todos os envolvidos no processo, de modo a elucidar as práticas profissionais. O colegiado era composto pela gestora da unidade, a enfermeira sênior, uma psicóloga, uma terapeuta ocupacional, uma apoiadora institucional, uma enfermeira e duas técnicas de enfermagem. Posteriormente, o colegiado foi dividido em duplas de profissionais para o

levantamento e análise dos dados que subsidiaram o diagnóstico situacional realizado no cotidiano do serviço. Por último, estendeu-se a discussão com a apresentação dos dados em duas reuniões, definindo pontos de intervenção e a criação do indicador. Essa forma de organização estimulou a participação ativa de todos os membros do colegiado, além do aprofundamento e alinhamento teórico sobre os temas reabilitação psicossocial e indicadores de saúde.

O indicador de reabilitação psicossocial foi escolhido pelo Caps Adulto a partir da necessidade dos trabalhadores de olhar o percurso terapêutico em série histórica do próprio serviço, além de analisar se houve ampliação nas dimensões das esferas da vida do sujeito.

Foi discutida a percepção dos profissionais sobre uma escassa utilização de ferramentas clínicas de avaliação e satisfação do usuário e família sobre o tratamento neste serviço.

Foi dimensionada a fórmula de cálculo de efetividade dos processos de reabilitação psicossocial como um indicador de resultado. Foram indicadas dimensões a serem medidas como trabalho, crítica sobre condição de saúde, moradia, relacionamentos, cidadania e composição da rede social/comunitária, de acordo com a *figura 3*.

Figura 3. Fórmula de cálculo do indicador de reabilitação psicossocial do Caps Adulto

$$\frac{\text{Nº de usuários que alcançaram os resultados das ações propostas conforme dimensões selecionadas}}{\text{Nº de usuários que alcançaram pelo menos duas dimensões de cuidado das três apontadas}}$$

Fonte: elaboração própria.

Dimensões do cuidado

1. Moradia: ações realizadas relativas às Atividades de Vida Diária (AVDs) no âmbito pessoal e ambiental, além de como se relaciona com seus pares e familiares.

2. Trabalho: capacidade de realizar ações para gerar renda e melhorar a qualidade de vida e custeio das necessidades básicas.

3. Rede social: forma em que o usuário transita pelo território, se relaciona com o ambiente e demais pessoas, atividades de lazer e bem-estar.

Inicialmente, ressaltou-se a necessidade de realizar mudanças e reformulações na formatação do Projeto Terapêutico Singular (PTS) no sistema de informação, de modo a descrever dados sobre as dimensões mencionadas acima. Dessa forma, foram realizadas reuniões com técnicos responsáveis pela formatação do sistema de informação na intenção de incluir perguntas, caixas, comparativos temporais e até mesmo índices para computarmos dados sobre as dimensões.

Até o momento, não houve progresso na construção ativa do processo dos indicadores de Caps devido à criação de um plano de contingência da assistência à saúde, frente às necessidades do território durante a pandemia de Covid-19.

Caps-AD

A escolha do indicador de resultado do Caps-AD aconteceu a partir das reuniões do colegiado gestor da unidade, que na ocasião era composto por coordenadora da unidade, enfermeira responsável técnica, duas terapeutas ocupacionais, uma assistente social e uma auxiliar administrativa.

Diversos temas foram levantados e considerados importantes, como: ações de Caps Rua; práticas de redução de danos; atendimentos à crise; cuidado colaborativo e intersetorial e promoção de contratualidade. Esse grupo, ancorado pelo referencial teórico da reabilitação psicossocial, escolheu se debruçar em avaliações que fossem capazes de indicar se este serviço está cumprindo o seu mandato ético, técnico e político enquanto operador das políticas de saúde mental.

Para tal, delimitou-se a seguinte pergunta: 'A oferta de cuidado do Caps-AD é capaz de contribuir para a ampliação da capacidade contratual dos usuários acompanhados?'. A partir da construção da pergunta, o colegiado iniciou uma investigação sobre reabilitação psicossocial e poder contratual. Um

documento online foi criado e compartilhado com todas as pessoas envolvidas no processo e, a partir de então, começou-se a delimitar o arcabouço teórico. Neste documento foram inseridos recortes de produções científicas que nortearam a construção do indicador, na perspectiva da reabilitação psicossocial^{11,12}.

Com a clareza do referencial teórico da reabilitação psicossocial, autonomia e poder contratual, o grupo se empenhou na construção de um instrumento que contribuísse para a captação dos dados, já que os dados existentes no sistema de informação não eram capazes de mensurar este construto. O instrumento foi construído por duplas de profissionais e posteriormente foram necessárias três reuniões com todo o colegiado gestor para adequações, como o uso de linguagem acessível para alcançar os usuários do serviço.

Realizou-se a escolha de incorporar ao instrumento dados sociodemográficos que tratassem de aspectos da determinação social do processo de saúde e doença para que a análise dos dados fosse mais robusta e completa.

O instrumento foi dividido em três eixos: morada com 07 itens, rede social com 18 itens e trabalho com 08 itens, totalizando, assim, um questionário com 33 itens. Todos os enunciados foram elaborados de modo afirmativo, no tempo verbal presente do indicativo. As respostas serão mensuradas por meio de uma escala do tipo Likert, onde será assinalada com um 'x' a opção que mais se aproximar/identificar a situação do usuário naquele momento, sendo as opções: 'não concordo mesmo', 'não concordo', 'tanto faz', 'concordo' e 'concordo muito'.

A aplicação se dará com usuários que chegaram recentemente no serviço e estão em seu primeiro atendimento para construção de PTS. Após seis meses, o mesmo instrumento será aplicado com os usuários que permanecerem em acompanhamento. O critério de avaliação será a comparação do usuário com ele mesmo, conforme a *figura 4*.

Figura 4. Fórmula de cálculo de indicador de reabilitação psicossocial do Caps-AD

$$\frac{\text{pontuação do usuário quando iniciou o acompanhamento}}{\text{pontuação do usuário após seis meses de acompanhamento}}$$

Fonte: elaboração própria.

Discussão

A proposta institucional se alinha às carências expressas na literatura, que identifica uma lacuna no que diz respeito à criação de indicadores em saúde mental como parte do processo de avaliação dos serviços.

A iniciativa e recursos mobilizados para que as trabalhadoras pudessem construir os indicadores serviu como um balizador de práticas e aproximação dos fazeres. O encontro colaborativo com trabalhadoras de diferentes serviços também se mostrou potente, pois o processo teve como um de seus efeitos a articulação entre os dois Caps, gerando reconhecimento dos processos de trabalho de cada serviço, das diferentes clínicas da saúde mental, colaborando assim para o fortalecimento da Raps deste território. As parcerias e redes de colaboração estão presentes em diversos contextos, como no acadêmico, científico, corporativo e pessoal, as quais visam as trocas de informações. Nelas, os atores sociais se engajam conjuntamente, mesmo que estejam em diferentes localidades, trabalham de modo interligado e compartilham ideias e proposições em equipe/comunidade/rede¹³⁻¹⁵.

Ficou elucidada a questão da práxis nessa construção, enquanto unidade entre atividade teórica e prática, de modo dinâmico e dialético. Como aponta Demo¹⁶, a prática é concreta e histórica, e dessa forma é comprometida com a realidade, traz novas dimensões ao conhecimento científico, uma vez que

Não esgotamos a realidade, nem temos a verdade na mão; somos apenas pesquisadores e atores sociais, gente que dúvida, que erra, que deturpa, mas que, sabendo disso, quer reduzir o desacerto¹⁶⁽¹⁰³⁾.

Nesse percurso existiram dificuldades na organização das agendas para os encontros coletivos de aprofundamento do tema e de destinação de tempo para estudo individual. Assim, as trabalhadoras envolvidas nesse processo precisaram dispender de carga horária extra de trabalho. A título de comparação, no estudo de Onocko-Campos et al.⁸ os profissionais de um Caps III se prepararam em um curso de 120 horas para compor o processo de desenvolvimento de indicadores em saúde.

Constatou-se que, dentre os profissionais envolvidos havia reduzido acúmulo de conhecimento sobre o tema de indicadores. Foi observado que os que obtinham algum conhecimento eram devido a aproximações com programas de pós-graduação como residências multiprofissionais e mestrado. Aliado a isso, observou-se a lacuna de publicações que se destinam a mensurar resultados específicos da clínica de cada serviço. Então, foi necessário e decisivo para atingir a tarefa proposta aprofundar o conhecimento e retomar a dimensão teórica na prática cotidiana.

Nesse sentido, é preciso trazer à luz a necessidade de ampliação de ações de Educação Permanente (EP) visando a transformação das práticas profissionais com base na reflexão

crítica sobre os problemas reais¹⁷. Assis¹⁸ faz reflexões sobre a importância das ações de EP realizadas no âmbito do SUS para a qualificação, conscientização e melhores práticas dos profissionais. A construção desse conhecimento e a proposta de ações de EP evidencia, ainda, a importância de espaços de gestão participativa que permitam trocas dialógicas, o que foi entendido como ponto positivo nessa experiência aqui relatada.

Indica-se a necessidade de continuidade desse processo com futuras leituras e análises dos indicadores, de forma que seja possível medir processos, formalizar dados e gerar avaliações que direcionam ou redirecionam as estratégias aliadas às necessidades de saúde da população e aos recursos existentes. Dessa forma, entende-se que a avaliação a partir dos indicadores construídos pode auxiliar a tornar cada equipamento mais próximo da sua razão de ser, exercendo o seu papel político e assistencial na Raps. Esse desenho possível aponta para a potencialização e sistematização de uma cultura de pesquisa e avaliação dentro dos serviços e, em uma visão macropolítica, a ampliação de pesquisas avaliativas no campo da saúde mental.

Outro aspecto relevante e inovador é a utilização dos indicadores na prática clínica para gestão do PTS e avaliação, junto ao usuário, da série histórica do seu percurso na rede. Acredita-se que o uso dos indicadores possibilitará refletir sobre as potencialidades, avanços e conquistas dos usuários, bem como pode sinalizar pontos necessários para a qualificação das práticas assistenciais.

É esperado que, com o uso dos resultados apontados pelos indicadores, o monitoramento do funcionamento dos Caps seja qualificado, visto que atualmente as avaliações são pautadas majoritariamente em dados quantitativos, como a quantidade de procedimentos realizados. Esta forma de avaliação é decorrente da atual tendência da aplicação de ferramentas comumente utilizadas em serviços privados, com lógica mercantilista, sendo os resultados alcançados associados a benefícios ou

penalidades segundo o desempenho de cada organização ou de cada trabalhador¹⁹. A associação de outras características neoliberais traz consequências diretas sobre a vivência dos trabalhadores dessas instituições, seja sobre as relações de trabalho ou na organização dos processos de trabalho, podendo afetar a qualidade do serviço prestado²⁰.

Um avanço ocorrido em agosto de 2012 foi a alteração da tabela de procedimentos dos Caps a partir da Portaria nº 854, Brasil²¹, que define a utilização do instrumento de Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS) da atenção psicossocial. Essa portaria qualifica as informações relativas aos atendimentos dos Caps, pautando-se em uma rede de assistência com ênfase na reabilitação e reinserção social. Ela incluiu como procedimento diversas ações já realizadas no cotidiano do serviço como: promoção de contratualidade no território; ações de reabilitação psicossocial; fortalecimento de protagonismo; matriciamento; e ações de redução de danos e de articulação de redes intra e intersetoriais¹⁸.

Paralelo a esse avanço, o que vem sustentando a organização de agenda, a tomada de decisão clínica, a avaliação dos profissionais e do serviço, com impacto importante no cotidiano dos profissionais, está ligado, em grande parte, à análise institucional por números de procedimentos realizados pela RAAS.

Há a necessidade de explorar sobre o número de procedimentos concomitantes aos indicadores de saúde, na perspectiva de produzir uma análise sobre o impacto do serviço no território, a mudança efetiva do modelo assistencial que supera a produção quantitativa e consiga demonstrar o impacto da reabilitação psicossocial.

A reabilitação psicossocial, segundo Saraceno¹², é entendida a partir da ideia de reconstrução do exercício pleno da cidadania e da contratualidade social em seus três cenários: casa, trabalho e rede social. A contratualidade estará determinada, primeiro, pela relação estabelecida entre os usuários e os profissionais que os atendem, e depois

pela capacidade de elaborar projetos, isto é, ações práticas que modifiquem as condições concretas de vida as quais se produzem e trocam mercadorias e valores, provocando a construção de novas redes e novas relações entre atores sociais e rede social²².

A complexidade dessa intervenção não se delimita a apenas um ponto de atenção dentro da Raps, nem tampouco será representada por um procedimento/ação. Ela convoca todos os atores envolvidos na criação de um conjunto de 'avaliações' intersetoriais que garantam uma leitura mais fidedigna sobre o impacto para o usuário, serviço e território. Portanto, o que se pretende aqui é colaborar para a complexificação da forma atual de se avaliar os serviços de saúde mental baseado na prática clínica.

É importante apontar que esse processo de construção de indicadores locais teve pausas consideráveis no ano de 2020 – 2021, devido à nova configuração dos serviços. Essa configuração deu-se pela criação de um plano de contingência da assistência à saúde, frente às necessidades do território durante a pandemia de Covid-19, e acordada entre a Secretaria de Saúde e a Coordenadoria Regional de Saúde Mental de São Paulo. Os Caps foram reconfigurados para um serviço de internação psiquiátrica, uma vez que os hospitais gerais e Unidades de Pronto Atendimento (UPA) do território foram destinados exclusivamente para o Covid-19. O novo cenário provocou mudança no escopo dos serviços e na atuação dos profissionais e fez com que fosse colocado em pausa a construção ativa do processo dos indicadores de Caps.

Considerações finais

O processo de construção de indicadores evidenciou lacunas na formação das profissionais no que diz respeito à: tipologia de indicadores, relação entre os indicadores e a prática profissional, como construir um indicador, estado da arte dos indicadores na saúde mental e como mensurar o que se pretende com o indicador.

Desse modo, uma forma de reduzir a lacuna encontrada foi garantir a educação permanente para as participantes do colegiado gestor. Embora essa educação permanente não tenha sido abrangente para todos os profissionais dos serviços, foi importante para a compreensão e implicação na demanda.

Mesmo que o processo de educação permanente específico sobre indicadores tenha sido restrito à algumas trabalhadoras, houveram desdobramentos que afetaram a equipe de modo a identificar a necessidade de processos formativos envolvendo temas como identidade de gênero, reabilitação psicossocial e raça/cor. Outro fator destacado durante o processo foi a escassez de publicações referentes a essa temática, em especial materiais sobre indicadores de resultado. Isso, aliado à lacuna na formação das profissionais, dificultou e tornou o percurso mais moroso.

A análise da prática assistencial, provocada pela trajetória de aproximação com os indicadores, favoreceu com que a equipe compreendesse que por vezes o processo de trabalho se torna mecanizado, produzindo assim o distanciamento da compreensão das necessidades dos sujeitos e seus territórios e a simplificação de certas atribuições das clínicas, como a reabilitação psicossocial, compreensão do processo de saúde e doença, construção de PTS ampliado, promoção de contratualidade, apoio matricial, entre outros.

A mecanização, aliada a simplificação da prática assistencial, tende a gerar respostas automáticas que se aproximam da oferta de serviços com foco no indivíduo e na seleção de atividades que podem compor o PTS a partir do 'cardápio' oferecido pelo equipamento. Assim, os múltiplos estranhamentos provocados por esse processo foram entendidos como tensionadores de mudanças, tanto na prática individual de cada trabalhador quanto nas dos serviços como um todo.

Um dificultador foi a necessidade de despendar carga horária extra de trabalho, colocando assim essa tarefa como uma demanda a mais para os profissionais da assistência.

No entanto, entende-se que profissionais da assistência também podem fazer gestão, aumentando o significado da práxis cotidiana e diminuindo assim a distância entre 'quem pensa' e 'quem faz'²³.

Constatou-se que ainda não há uma equação bem estabelecida entre a relação de se fazer a assistência e a gestão. Portanto, o modo de trabalho que os serviços estão organizados hoje, não favorece o envolvimento em processos gerenciais e a manutenção das práticas assistenciais sem gerar prejuízos aos usuários e desgaste ao trabalhador.

Considera-se que ao fazer parte dessa elaboração, as profissionais tensionaram a criação de um processo participativo e horizontalizado, que não deixou de ser conflituoso e permeado por relações de poder.

A construção dos indicadores de processo de atenção à crise e apoio matricial e de resultado de reabilitação psicossocial, tendem a gerar

avaliações dos serviços de modo a aproximá-los de seus mandatos ético, técnico e político, como serviços de saúde mental com base nos princípios fundamentais do SUS e da Raps.

Pretende-se com esse trabalho estimular a construção singular de serviços como os Caps no que se refere a processos participativos de gestão e organização de processos de trabalho, bem como sustentar a utilização de indicadores para uma avaliação de caráter crítico e problematizador de entraves na implementação e concretização desse modelo assistencial.

Colaboradoras

Rossi AF (0000-0002-7738-460X)*, Paula BA (0000-0002-6845-1022)*, Israel FM (0000-0002-8279-3811)* e Camargos MA (0000-0002-7899-8451)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União. 6 Out 2001.
2. Pitta AMF. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. Ciênc. saúde coletiva. 2011 [acesso em 2022 jan 1]; 16(12):4579-89. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300002>.
3. Desinstitute. Folha: Lei Antimanicomial completa 20 anos em meio a retrocessos. [acesso em 2023 abr 18]. Disponível em: <https://desinstitute.org.br/noticias/folha-lei-antimanicomial-completa-20-anos-em-meio-a-retrocessos/>.
4. Furtado JP, Onocko-Campos RT, Trapé TL, et al. Construção de Indicadores para avaliação de Caps. In: Tanaka OU, Ribeiro EL, Almeida CAL. Avaliação

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- em saúde: contribuições para incorporação no cotidiano. Rio de Janeiro: Atheneu; 2017. p. 37-52.
5. Tanaka OY. Avaliação em Saúde: Novos Tempos, Novas Construções. In: Tanaka OY, Ribeiro EL, Almeida CAL. Avaliação em Saúde. Contribuições para incorporação no cotidiano. Rio de Janeiro: Atheneu; 2017. p. 1-9.
 6. Tanaka OY, Drumond Júnior M, Gontijo TL, et al. Arterial hypertension as a tracer for the evaluation of access to health care. *Ciênc. saúde coletiva*. 2019; 24(3):963-72.
 7. Costa PHA, Colugnati FAB, Ronzani TM. Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura. *Ciênc. saúde coletiva*. 2015 [acesso em 2021 nov 1]; 20(10):3243-53. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.14612014>.
 8. Onocko-Campos R, Furtado JP, Trapé TL, et al. Indicadores para avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial tipo III: resultados de um desenho participativo. *Saúde debate*. 2017 [acesso em 2022 jan 25]; 41(esp):71-83. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/kCLMSXvttpqcQs4QvVQNGxm/abstract/?lang=pt>.
 9. Tanaka OY, Melo C. Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer. São Paulo: Edusp; 2001.
 10. Brasil. Ministério da Saúde. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília, DF: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva; 2011. [acesso em 2022 mar 7]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf.
 11. Guerra AMC. Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre o controverso conceito e seus possíveis paradigmas. *Rev Lat-am. Psicopat. Fund*. 2004 [acesso em 2022 jan 25]; 7(2):83-96 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpfa/ZTzkJDDgNG9hdFngVbrjdJx/?lang=pt>.
 12. Saraceno B. Reabilitação Psicossocial: Uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitta AMF, organizadores. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 13-18.
 13. Ferreira VB. A prática colaborativa: tradição e contemporaneidade. In: E-science e políticas públicas para ciência, tecnologia e inovação no Brasil. Salvador: EDUFBA; 2018. p. 57-75. [acesso em 2022 jan 25]. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788523218652.0005>.
 14. Sobral NV, Silva FM, Bufrem LS, et al. Produção científica colaborativa na área da saúde tropical: uma análise da rede de colaboração do Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical da Universidade Federal de Pernambuco. *Rev Eletr. Comun. Inf. Inov. Saúde*. 2016; 10(1).
 15. Bernardo JF, Mena-Chalco JP, Micheli D. Prevenção de drogas em contextos educacionais: uma análise da rede de colaboração entre pesquisadores. *Rev Eletr. Comun. Inf. Inov. Saúde*. 2019; 13(3).
 16. Demo P. Metodologia Científica em Ciências Sociais. 2. ed. São Paulo: Atlas; 1989.
 17. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde. Política de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a educação permanente em saúde. Brasília, DF: MS; 2003.
 18. Assis JT, Barreiros CA, Jacinto ABM, et al. Política de saúde mental no novo contexto do Sistema Único de Saúde: regiões e redes. *Divulg. saúde debate*. 2014 [acesso em 2022 nov 18]; (52):88-113. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-774072?lang=enebate>.
 19. Furtado JP, Campos GWS, Oda WY, et al. Planejamento e Avaliação em Saúde: entre antagonismo e colaboração. *Cad. Saúde Pública*. 2018 [acesso em 2022 fev 10]; 34(7):e00087917. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2018.v34n7/e00087917/>.
 20. Barros ACF, Bernardo MH. A lógica neoliberal na saúde pública e suas repercussões para a saúde mental de trabalhadores de CAPS. *Rev. Psicol. UNESP*. 2017 [acesso em 2023 fev 2]; 16(1):60-74. Disponível em: <http://>

pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198490442017000100005&lng=pt&tlng=pt.

21. Brasil. Ministério da saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 854, de 22 agosto de 2012. Define a utilização do instrumento de registro RAAS (Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde) da Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União. 23 Ago 2012.
22. Kinoshita RT. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: Pitta AMF, organizadora. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 55-59.
23. Guizardi FL, Cavalcanti FO. A gestão em saúde: nexos

entre o cotidiano institucional e a participação política no SUS. Interface (Botucatu). 2010 [acesso em 2022 fev 16]; (14):633-646. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/ZXCmWQGLXMxBk6C4qKDTn9G/>.

Recebido em 17/05/2022
Aprovado em 10/02/2023
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Projeto de ação integrativa serviço-academia para testagem para IST/HIV em unidades móveis em Niterói, Rio de Janeiro

Service-academy integrative action project for STI/HIV testing in mobile units in Niterói, Rio de Janeiro

Denise Ribeiro Franqueira Pires¹, Nelio Zuccaro¹, Fabia Lisboa de Souza², André Reynaldo Santos Périssé³

DOI: 10.1590/0103-1104202313724

RESUMO O conhecimento precoce da sorologia do HIV/IST favorece a adoção de medidas preventivas. Estruturas móveis de atendimento conseguem ampliar as testagens, principalmente em populações de difícil acesso. Neste artigo, apresentamos informações básicas coletadas em uma ação de testagem móvel para HIV, sífilis e hepatites virais realizada entre 02/2016 e 06/2017 em Niterói, Rio de Janeiro, descrevemos alguns desafios da implementação e discutimos a importância da interdisciplinaridade no enfrentamento das IST/HIV. A soroprevalência do HIV foi de 1,6%, variando com o mês e a localização da unidade móvel. A maior parte da população atendida era de homens (2.323/58,4%), de raça negra (2.375/60,1%) e com faixa etária entre 20-29 anos (1.706/42,9%). A prevalência total de sífilis foi de 12,8% (20,5% no Jardim São João). Cerca de 21% dos/as usuários/as já haviam testado para o HIV antes e quase 40% referia uma exposição para a testagem atual (97,5% sexual). IST prévia era referida por 9,6% das pessoas atendidas. Nossos dados parecem indicar que a ação atingiu uma população com maior risco para adquirir o HIV. A relação de horizontalidade entre as três esferas de governo que pautou a experiência permitiu a valorização dos diferentes saberes, ampliando as perspectivas para identificar e propor soluções.

PALAVRAS-CHAVE Infecções Sexualmente Transmissíveis. HIV. Sífilis. Testes sorológicos. Unidades móveis de saúde.

ABSTRACT *Early knowledge of HIV/STI serology favors the adoption of preventive measures. Mobile service structures are able to expand testing, especially in hard-to-reach populations. In this article, we present basic information collected in a mobile testing action for HIV, syphilis and viral hepatitis carried out between 02/2016 and 06/2017 in Niterói, Rio de Janeiro, we describe some implementation challenges and discuss the importance of interdisciplinarity in facing the challenges of STI/HIV. HIV seroprevalence was 1.6%, varying with the month and location of the mobile unit. Most of the included population was male (2,323/58.4%), black (2,375/60.1%) and aged between 20-29 years (1,706/42.9%). The total prevalence of syphilis was 12.8% (20.5% in Jardim São João). About 21% of users had tested for HIV before and almost 40% reported a current exposure for testing (97.5% sexual). Previous STI was reported by 9.6% of the people assisted. Our data seem to indicate that the action reached a population most at risk of acquiring HIV. The horizontal relationship between the three spheres of government that guided the experience allowed the appreciation of different knowledge, expanding perspectives to identify and propose solutions.*

KEYWORDS Sexually Transmitted Diseases. HIV. Syphilis. Serologic tests. Mobile health units.

¹Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

²Fundação Municipal de Saúde de Niterói (FMS) – Niterói (RJ), Brasil.

³Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
aperisse41@gmail.com

Introdução

A focalização da resposta nacional no diagnóstico e prevenção para populações em situação de maior vulnerabilidade no que diz respeito ao enfrentamento da epidemia de HIV/Aids e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são estratégias centrais, também adotadas pela Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ) que, através da Gerência IST/Aids, vem buscando alcançar maior impacto na qualidade de vida, na sobrevivência e na redução da incidência do HIV e de outras IST na comunidade em geral^{1,2}. Sabemos, contudo, que alguns segmentos da população sujeitos a um risco acrescido ou com maior vulnerabilidade para as infecções transmitidas por via sexual decidem buscar, tardiamente, os serviços de saúde para realizar exames e o conhecimento de sorologias³⁻⁵. Em um estudo realizado pelo Ministério da Saúde (MS), em 2009, em 10 cidades brasileiras, para estimar indicadores relacionados ao HIV/Aids em certos grupos populacionais, o Rio de Janeiro apresentou taxa de prevalência da infecção pelo HIV na população de Homens que têm Sexo com Homens (HSH) de 15,3%, número alto se comparada a prevalência na população em geral no mesmo período, de 0,3%⁶.

Evidências científicas já demonstraram que o conhecimento precoce do estado sorológico do HIV e outras IST favorece a adoção de medidas preventivas de transmissão, assim como a realização do tratamento ou seu início precoce que, no caso do HIV, possibilita melhores resultados no acompanhamento clínico⁷. Desta forma, o estabelecimento de estratégias que permitam ampliar a identificação da infecção pelo HIV em sua fase mais precoce é estratégico no contexto da epidemia no Rio de Janeiro. Um dos desafios da resposta brasileira no enfrentamento à epidemia de HIV/Aids está no número de pessoas que ainda iniciam o tratamento tardiamente, deixando transparecer as dificuldades de acesso ao diagnóstico sorológico^{8,9}. O MS entende a necessidade de expandir a oferta de testagem, especialmente

para segmentos populacionais mais vulneráveis ao HIV/Aids, como gays e outros HSH, pessoas trans, usuários/as de álcool e outras drogas, pessoas privadas de liberdade e trabalhadoras/es sexuais, valorizando tanto os equipamentos da rede de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto as estratégias de testagem extramuros enquanto um importante recurso para as abordagens e cuidado de pessoas que vêm se expondo continuamente ao risco de infecção pelo HIV¹⁰.

Estruturas móveis como *trailer* e *motorhome* equipadas com sala de laboratório e sala para aconselhamento representam uma alternativa importante para se chegar em locais e horários diferenciados daqueles praticados pelas unidades de saúde, criando novas oportunidades para intensificar informação e educação preventivas e disponibilizar testagem rápida, em um contexto de relação mais acolhedor e adequado à dinâmica de vida de algumas pessoas, resultando em ações estratégicas importantes para a diminuição das barreiras geográficas, sociais, econômicas e culturais que as impedem de chegar a um diagnóstico precoce das IST/HIV/Aids^{11,12}.

As ações móveis de oferta de testagem rápida para HIV, Sífilis e Hepatites B e C representam um avanço estratégico na resposta governamental visando a diminuição da ocorrência de casos e uma oportunidade de diálogo sobre as possibilidades e condições para prevenção ao HIV/IST em populações mais vulneráveis. Embora a ação, que foi chamada de Projeto Teste Perto de Você, tenha sido proposta pela SES/RJ, sua implementação foi feita em proximidade com o município de Niterói, como previsto na gestão tripartite do SUS brasileiro. No caso dessa ação, a inclusão da esfera federal se fez a partir da participação da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) como parceira no planejamento do projeto e monitoria da sua execução, reforçando a interdisciplinaridade da intervenção e a importância da integração entre instituições de pesquisa e órgãos estatais. Neste artigo, apresentamos não apenas informações básicas coletadas durante a ação,

mas principalmente procuramos descrever alguns desafios da implementação e discutir a importância da interdisciplinaridade no enfrentamento das IST/HIV.

Material e métodos

O projeto geral foi dividido em três partes, sendo uma de pesquisa etnográfica conduzida pela Fiocruz¹³, outra de coleta de informações e informatização do atendimento de pessoas vivendo com HIV/Aids e uma terceira parte de ação conjunta entre a Gerência de IST/Aids da SES/RJ e a Assessoria Municipal de IST/Aids e Hepatites Virais da Coordenação de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Niterói (SMS/Niterói), com apoio da Fiocruz. Apenas a terceira etapa será descrita neste artigo. O projeto contou com apoio financeiro da Aids Healthcare Foundation (AHF).

A ação de testagem móvel foi realizada no município de Niterói, estado do Rio de Janeiro, que possui uma área territorial de 133.757 Km² e uma população estimada de 516.981 habitantes¹⁴. O município está geograficamente dividido em cinco regiões de planejamento (Praias da Baía, Leste, Pendotiba, Oceânica e Norte) e conta com 52 bairros¹⁵. Antiga capital do estado, Niterói apresenta elevado nível de desenvolvimento humano e alta renda per capita se comparado à realidade regional, possuindo economia baseada na indústria de petróleo e gás e em serviços¹⁶. Apesar de registrar bom nível de instrução de sua população, alta taxa de urbanização, renda média elevada e alto potencial de consumo, o município apresenta grandes desigualdades sociais, coexistindo, em alguns espaços, condomínios de alto luxo e áreas com favelas, caracterizando o “fenômeno de metropolização da pobreza”¹⁷⁽⁵²⁶⁾. É referência para municípios próximos e sua população possui grande mobilidade por conta dos acessos rodoviários e fluviais.

A ação foi realizada entre fevereiro de 2016 e junho de 2017 e contou com uma Unidade de Testagem Móvel (UTM) do tipo *motorhome* já

disponível na SES/RJ e equipada com área de recepção, uma sala de laboratório e a sala para atendimento individual. A unidade contava, ainda, com uma área externa retrátil onde os/as usuários/as aguardavam atendimentos e onde educadores de pares faziam, eventualmente, atividades de prevenção contra IST/HIV. Os locais de montagem da unidade móvel foram escolhidos a partir de sugestões obtidas junto à Assessoria Municipal de IST/Aids e Hepatites Virais de Niterói e a partir do contato com algumas lideranças comunitárias próximas a pessoas ou grupos considerados mais vulneráveis à infecção pelo HIV, tendo sido baseada em ocorrência de casos de HIV/Aids, fluxo de pessoas e facilidade de acesso à unidade. Foram levados em conta também fatores relacionados à segurança de equipe de saúde e da população.

Entre fevereiro e agosto de 2016, a UTM funcionou em formato piloto em duas localidades distintas: Praça São João, no centro de Niterói, e Largo da Batalha, área de acesso à região Oceânica. Os atendimentos eram feitos em apenas dois dias da semana, entre 11-19h. Ao longo da ação, o Largo da Batalha foi considerado pouco produtivo para a manutenção da UTM e excluído. Já a Praça São João foi avaliada como altamente estratégica na captação e acolhimento de usuários/as dispostos/as a realizar a testagem rápida para o HIV. A partir de setembro de 2016, a UTM passou a funcionar cinco dias na semana. Na ocasião, outras duas localizações foram adicionadas à ação, o *Campus* do Gragoatá da Universidade Federal Fluminense e o Espaço Cultural Caminho Niemeyer. Nas novas localidades, os atendimentos aos/às usuários/as eram realizados entre 14-22h.

Todo atendimento na UTM seguiu a mesma logística de fluxo de unidades de aconselhamento e testagem para o HIV, ou seja, os/as usuários/as faziam aconselhamentos antes e após a realização dos testes. O/a usuário/a era, ainda, solicitado/a a responder um Termo de Abordagem Consentida que autorizava a equipe da unidade móvel a entrar em contato para vinculação à unidade de saúde.

A equipe da UTM contava com profissionais de saúde com experiência no atendimento de Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA) e treinados/as para o atendimento na UTM. A equipe era composta por um motorista, duas aconselhadoras, duas vinculadoras e dois educadores de pares em cada turno de atendimento. As aconselhadoras foram responsáveis, dentro da ação, pelo acolhimento e aconselhamentos pré e pós testagem, sendo ainda responsáveis pela realização dos testes rápidos empregados. As vinculadoras eram pessoas devidamente capacitadas para atuação no campo da prevenção das IST/HIV, com conhecimento da rede de serviços de saúde de Niterói e tinham como função agir como facilitadoras na relação do usuário com os serviços de saúde do município, procurando superar eventuais barreiras de acesso que pudessem dificultar a chegada das pessoas com resultados reagentes aos serviços assistenciais. Já os educadores de pares eram profissionais de saúde ou não, alguns de grupos LGBTQIA+, que tinham como funções atuar na divulgação, aproximação e recrutamento de pessoas de segmentos populacionais mais vulneráveis e prioritárias para as ações de prevenção do HIV e das IST, destacando a oportunidade e a importância do diagnóstico precoce para HIV, sífilis e hepatites B e C, atuando, ainda, na divulgação da UTM em Niterói.

O município de Niterói ficou responsável pela manutenção da UTM, incluindo a aquisição de insumos para os atendimentos, como os testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites B e C. Os testes de HIV foram realizados durante todo o período da ação. Já as testagens de sífilis e hepatites virais foram realizadas apenas entre abril e junho de 2017. A infecção pelo HIV é definida com dois resultados reagentes em testes rápidos diferentes (TR1 e TR2) usados sequencialmente¹⁸. Todos os casos reagentes para o HIV foram encaminhados pelas

vinculadoras para atendimento na rede de saúde de Niterói. Já no caso do diagnóstico de sífilis e hepatites B e C, são necessários testes complementares aos TR e todo caso positivo foi encaminhado para unidades da rede básica de saúde para a realização desses exames. A Fiocruz ficou responsável pela elaboração de um sistema de registro eletrônico de atendimento criado com plataformas de acesso livre e ancorados em servidor localizado na SES/RJ com acesso restrito. Foram criados acessos específicos para aconselhadoras e vinculadoras, com senha e *login* únicos. As informações coletadas eram comuns a outras atividades da SES/RJ, como dados gerais de identificação, informações básicas de comportamento, práticas e atitudes relacionados à temática do HIV/IST, informações de pré-teste, resultados de exames e impressão de material para uso local, como Termo de Abordagem Consentida, encaminhamentos de vinculação e laudos com resultados dos exames realizados.

As informações apresentadas fazem parte de uma ação em saúde da Gerência de IST/Aids da SES-/RJ, que autorizou o uso dos dados para esta publicação.

Resultados

Ao longo dos 17 meses de atividades da UTM, foram atendidos/as 3.979 pessoas nas quatro localidades escolhidas para o posicionamento da unidade. Apenas 38 usuários/as não realizaram a testagem para o HIV. A soroprevalência total de HIV foi de 1,6%. Setembro (n=451) e outubro (n=426) de 2016 foram os meses onde a equipe realizou o maior número de atendimentos, mas fevereiro (2/3,8%), outubro (9/2,1%) e dezembro (7/2,1%) de 2016 e abril (5/2,6%) de 2017 foram os meses com maiores percentuais de positividade entre os/as atendidos/as (*tabela 1*).

Tabela 1. Número de testes segundo mês de realização e resultado de testagem para o HIV

Mês	Resultado do teste				Total
	Não Reagente	Reagente	Discordante	Não confirmado (não realizou 2º T.R.)	
Fevereiro/16	50 (94,3%)	2 (3,8%)	1 (1,9%)	0 (0,0%)	53
Março/16	158 (98,8%)	1 (0,6%)	0 (0,0%)	1 (0,6%)	160
Abril/16	142 (97,3%)	4 (2,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	146
Mai/16	95 (98,0%)	1 (1,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	96
Junho/16	120 (99,2%)	1 (0,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	121
Julho/16	137 (98,6%)	2 (1,4%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	139
Agosto/16	163 (98,2%)	3 (1,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	166
Setembro/16	442 (98,0%)	6 (1,3%)	2 (0,4%)	1 (0,2%)	451
Outubro/16	417 (97,9%)	9 (2,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	426
Novembro/16	302 (99,0%)	2 (0,7%)	0 (0,0%)	1 (0,3%)	305
Dezembro/16	322 (97,6%)	7 (2,1%)	1 (0,3%)	0 (0,0%)	330
Janeiro/17	297 (97,1%)	7 (2,3%)	2 (0,6%)	0 (0,0%)	306
Fevereiro/17	187 (99,5%)	1 (0,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	188
Março/17	312 (98,7%)	4 (1,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	316
Abril/17	185 (97,4%)	5 (2,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	190
Mai/17	301 (98,7%)	4 (1,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	305
Junho/17	241 (99,2%)	2 (0,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	243
Total	3871 (98,2%)	61 (1,6%)	6 (0,2%)	3 (0,0%)	3.941

Fonte: elaboração própria.

A maior parte dos/as usuários/as atendidos/as era de homens (2.323/58,4%), de raça negra (2.375/60,1%) e com faixa etária entre 20-29 anos (1.706/42,9%) (tabela 2). A grande maioria dos atendimentos (66,7%) foi de pessoas com nível médio completo ou mais de escolaridade. Embora a maior parte das pessoas fosse residente de Niterói, cerca de 25% dos atendimentos foram feitos em residentes de São Gonçalo, município limítrofe com Niterói.

A localização da UTM na Cantareira/Campus da UFF foi a que gerou o maior número de pessoas atendidas (1.348/33,9%), mesmo com menor tempo de atividade da unidade no local. A maior parte dos/as usuários/as descobriram a UTM apenas passando pelo local (2.617/67,0%), mas as atividades dos educadores de pares também foram importantes para ampliar a divulgação da ação (641/16,4%).

Tabela 2. Distribuição de atendimentos na unidade móvel em Niterói segundo variáveis demográficas e de localização, entre fevereiro de 2016 e junho de 2017

Variável	n(%)
Sexo	
Mulher	1.656 (41,6)
Homem	2.323 (58,4)
Raça/cor (n=3.950)	
Parda	1.442 (36,5)
Preta	933 (23,6)

Tabela 2. Distribuição de atendimentos na unidade móvel em Niterói segundo variáveis demográficas e de localização, entre fevereiro de 2016 e junho de 2017

Variável	n(%)
Negra (preta+parda)	2.375 (60,1)
Branca	1.541 (39,0)
Amarela+indígena	34 (0,9)
Faixa etária (n=3.979)	
<=19	612 (15,4)
20-29	1.706 (42,9)
30-39	667 (16,7)
40-49	446 (11,2)
50-59	315 (7,9)
60 anos e mais	233 (5,9)
Escolaridade (n=3.966)	
Não alfabetizado	27 (0,7)
Fundamental (01-05 anos de estudo)	471 (11,9)
Fundamental (06-09 anos de estudo)	389 (9,8)
Ensino médio incompleto	430 (10,9)
Ensino médio completo	816 (20,6)
Superior incompleto	1.372 (34,6)
Superior completo	461 (11,5)
Município de residência	
Niterói	2.394 (60,2)
São Gonçalo	928 (23,3)
Rio de Janeiro	314 (7,9)
Outros	343 (8,6)
Local de testagem	
Cantareira/Campus da UFF (09/2016-06/2017)	1.348 (33,9)
Jardim São João (02/2016-06/2017)	1.196 (30,1)
Bay Market/Caminho Niemeyer (09/2016-06/2017)	968 (24,3)
Largo da Batalha (02-12/2016; apenas 07 em 06/2017)	457 (11,5)
Praça Getúlio Vargas (Parada Gay - 11/11/2016)	10 (0,2)
Como conheceu a unidade móvel (n=3.903)	
Passando no local	2.617 (67,0)
Educador de pares	641 (16,4)
Amigos/as	369 (9,4)
Indicado/a por serviço de saúde	192 (4,9)
Outros	84 (2,3)
Total	3,979 (100)

Fonte: elaboração própria.

Usuários/as se definiam majoritariamente como heterossexuais (72,1%). As práticas sexuais com pessoas do mesmo sexo foram mais comuns entre homens (35,6%) do que

entre as usuárias (21,2%) (tabela 3). Pouco mais de 20% dos/as usuários/as já havia testado para o HIV antes e quase 40% referia uma exposição para a testagem atual, sendo

a quase totalidade sexual (97,5%). Cerca de 10% das pessoas atendidas referiam uma IST prévia e apenas 21,1% referiam sempre usar

preservativo nas relações sexuais, caracterizando uma população com maior risco para adquirir HIV.

Tabela 3. Distribuição de atendimentos na unidade móvel em Niterói segundo variáveis de risco para aquisição de IST, entre fevereiro de 2016 e junho de 2017

Variável	n(%)
Orientação sexual (n=3.954)	
Heterossexual	2.850 (72,1)
Homossexual	725 (18,3)
Bissexual	379 (9,6)
Prática sexual (homens - n=2.304)	
Sexo com homens e mulheres	195 (8,5)
Sexo apenas com homens	624 (27,1)
Sexo apenas com mulheres	1.470 (63,8)
Não tem relações sexuais	15 (0,6)
Prática sexual (mulheres - n=1.642)	
Sexo com homens e mulheres	211 (12,8)
Sexo apenas com homens	1.253 (76,3)
Sexo apenas com mulheres	138 (8,4)
Não tem relações sexuais	40 (2,5)
Realizou teste para HIV antes	
Não	3.154 (79,3)
Sim	825 (20,7)
Resultado do último teste (n=823)	
Não reagente	815 (99,0)
Reagente	5 (0,6)
Discordante/não confirmado	3 (0,4)
Houve exposição	
Não	2.432 (61,1)
Não sei	4 (0,1)
Sim	1.543 (38,8)
Tipo de exposição (n=1.547)	
Sexual	1.509 (97,5)
Outras	38 (2,5)
Já apresentou IST antes (n=3.955)	
Não	3.502 (88,5)
Não sei	74 (1,9)
Sim	379 (9,6)
Usa preservativo nas relações sexuais (n=3.889)	
Sempre	819 (21,1)
A maioria das vezes	1.362 (35,0)
Ocasionalmente	779 (20,0)

Tabela 3. Distribuição de atendimentos na unidade móvel em Niterói segundo variáveis de risco para aquisição de IST, entre fevereiro de 2016 e junho de 2017

Variável	n(%)
Nunca	693 (17,8)
Não se aplica	236 (6,1)
Total	3,979 (100)

Fonte: elaboração própria.

A prevalência geral de HIV foi de 1,6%, sendo maior entre os atendidos no Jardim São João (2,1%) e no Bay Market/Caminho Niemeyer (2,2%) (tabela 4). Já a prevalência

de sífilis nos testes de triagem foi de 12,8%, chegando a 20,5% entre os/as atendidos/as no Jardim São João.

Tabela 4. Prevalência de HIV e sífilis entre usuários/as atendidos na unidade móvel em Niterói entre fevereiro de 2016 e junho de 2017

Variável	n(%)
Resultado (HIV) - n=3.941	
Não reagente	3.871 (98,2)
Reagente	61 (1,6)
Outro	9 (0,2)
Resultado reagente para HIV, por unidade de testagem	
Cantareira/Campus da UFF (09/2016-06/2017)	13 (1,0)
Jardim São João (02/2016-06/2017)	25 (2,1)
Bay Market/Caminho Niemeyer (09/2016-06/2017)	21 (2,2)
Largo da Batalha (02-12/2016; 7 em 06/2017)	2 (0,4)
Praça Getúlio Vargas (Parada Gay - 11/11/2016)	0 (0,0)
Vinculação para o cuidado a partir de um resultado reagente para o HIV (n=61)	
Finalizada	33 (54,1)
A cargo de outro município	13 (21,3)
Sem êxito	15 (24,6)
Resultado (sífilis) - n=485 (04-06/2017)	
Não reagente	423 (87,2)
Reagente	62 (12,8)
Resultado reagente para sífilis, por unidade de testagem	
Cantareira/Campus da UFF	11 (6,1)
Jardim São João	31 (20,5)
Bay Market/Caminho Niemeyer	20 (13,6)

Fonte: elaboração própria.

Discussão

Ao todo, a ação conjunta entre SES/RJ e SMS de Niterói, com apoio da Fiocruz, atendeu 3.979 pessoas em 17 meses de atuação no município e conseguiu realizar a testagem para o HIV em 99,0% dos/as usuários/as (n=3.941). Embora a prevalência total de HIV reagente tenha sido de 1,6%, em seis ocasiões a positividade dos testes passou de 2,0% no mês. A população atendida foi majoritariamente de homens (58,4%), jovens (20-29 anos=42,9%), de raça-cor negra (60,1%) e com bom nível educacional (maior que ensino médio completo=66,7%). A localização da UTM parece ter influenciado o atendimento, uma vez que alguns centros apresentaram atendimentos superiores aos outros (*Campus* UFF=33,9% em 10 meses), e que os/as usuários/as informavam ter conhecido a unidade móvel passando pelo local (67,0%). Algumas variáveis indicam que a população testada parece apresentar um risco maior para adquirir IST/HIV, pois apresenta altos percentuais de variáveis já associadas à soroconversão na literatura científica, como presença prévia de IST (9,6%), baixo uso de preservativos em relações sexuais (ocasional/nunca=37,8%) e alta prevalência de sífilis (12,8%), embora nesse último caso não tenhamos as informações sobre a confirmação diagnóstica.

Embora com algumas interrupções ao longo da ação, a unidade móvel conseguiu atrair quase 4.000 pessoas em 17 meses, tendo identificado 61 (1,6%) usuários/as reagentes ao HIV. Esse percentual foi similar ao encontrado em cerca de 9.000 indivíduos atendidos mais de uma vez em unidades móveis da cidade de Baltimore, EUA, ao longo de cinco anos (1,4%) e menor que o encontrado entre os cerca de 4.000 atendimentos de HSH e mulheres trans (2,6%) em Chiang Mai, Tailândia, em ambos os casos apresentando detecções maiores que unidades fixas de testagem^{19,20}. Tanto o quantitativo de testes realizados nas UTM quanto o percentual de positividade variam muito na literatura e, na maioria das vezes, são apresentados dados nacionais em países

com quadros epidemiológicos distintos do caso brasileiro, dificultando as comparações. Entretanto, na maioria dos casos, as UTM de testagem de HIV apresentam resultados de prevalência maiores do que as prevalências estimadas para a população em geral, por atenderem populações de maior risco de adquirir o HIV²¹. Nossos achados não permitem inferir que a ação de testagem com a unidade móvel foi efetiva em identificar indivíduos de maior risco de adquirir o HIV. Entretanto, os dados levantados da literatura científica sobre a efetividade da unidade móvel, somados a uma prevalência maior entre os/as usuários/as atendidos/as em nossa ação quando comparado com aquela da população em geral, parecem indicar que a ação conseguiu atingir a uma população diferenciada em relação à prevalência do HIV. Já em relação à positividade de testes de sífilis (12,8%), a prevalência encontrada está em acordo com outros estudos e parece indicar que a UTM pode servir como triagem para detectar sífilis, sendo importante, entretanto, pensar em ações de vinculação para confirmação diagnóstica²²⁻²⁴. A presença de uma pessoa responsável pela vinculação do/a usuário/a positivos para o HIV para acompanhamento na unidade de saúde foi uma inovação da ação e se mostrou acertada, uma vez que, como apresentado na *tabela 4*, 54,1% das pessoas nessa condição e moradores de Niterói aceitaram a vinculação e foram efetivadas no tratamento. Por conta das ações territorializadas do sistema de saúde brasileiro, as pessoas moradoras de outros municípios (21,3%) foram encaminhadas para vinculação nos respectivos territórios e coube à SES acompanhar esses encaminhamentos. Apenas 24,6% dos/as usuários/as reagentes ao HIV não aceitaram o acompanhamento para as unidades de saúde, números semelhantes a alguns estudos^{25,26}.

Em geral, as UTM de testagem de HIV atingem mais homens jovens, algo também observado em nossa ação. Estudos têm mostrado que homens e mulheres acessam de forma diferente as unidades de saúde convencionais,

não apenas para a testagem do HIV, mas também para serviços de saúde em geral^{27,28}. Frequentemente os homens tendem a acessar os cuidados em saúde em menor quantidade que as mulheres por razões como horários inapropriados de funcionamento das unidades e sensação de invulnerabilidade ao adoecimento, fato também observado em relação às testagens para o HIV, em que homens são menos propensos a acessar e testar em unidades convencionais^{3,29,30}. Por outro lado, as mulheres têm maior contato com as unidades de saúde por conta de serviços relacionados à saúde da mulher e das crianças, onde acontecem testagens para o HIV de forma mais rotineira³. Similarmente, jovens em geral relutam em usar os sistemas de saúde e se engajar em medidas preventivas, tendendo a utilizar os serviços de saúde quando apresentam doenças ou, como no Brasil, em caso de vacinação^{3,31}. Nesse sentido, nossa ação com a UTM de testagem para IST/HIV conseguiu atingir uma população de homens jovens com menor tradição de acesso às unidades convencionais de saúde. Em relação à raça/cor dos/as usuários/as da UTM, houve predomínio de negros/as, algo que identificamos como positivo na ação, se entendermos a questão da vulnerabilidade desse grupo populacional por conta do racismo institucional, onde o projeto teria contribuído como um facilitador do acesso à serviços de saúde^{4,5}. Por fim, o alto nível educacional da população atendida pode ter sido gerado contingencialmente por conta da distribuição da UTM no território, principalmente se levarmos em conta a localização por longo tempo na entrada de um *campus* universitário.

A localização da unidade – particularmente a identificação de fatores relacionados à marginalização e a falta de serviços de saúde – é fundamental para o sucesso da iniciativa, que pode levar a um maior número de testes positivos para o HIV³². Ao longo dos 17 meses, a ação sofreu algumas mudanças relacionadas à localização da UTM e horário de funcionamento, sempre se adaptando a indicadores como número de atendimentos e positividade

para o HIV. Outro ponto a ser destacado na escolha dos locais de atendimento diz respeito à segurança dos/as profissionais da equipe, dos/as usuários/as e do próprio equipamento. Como as atividades de testagem móvel se desenvolvem em espaços públicos estratégicos e variados e em horários avançados (diurno e noturno), muitas vezes alguns desses locais ofereciam um grau de insegurança para o trabalho. A parceria com a guarda municipal nos horários das atividades favoreceu não apenas a segurança dos/as profissionais durante os horários de trabalho, mas também aumentou a aproximação dos/as usuários/as. No primeiro momento da ação em Niterói, trabalhou-se apenas com dois dias de atividades semanais e dois locais de testagem. Entretanto, um dos locais iniciais escolhidos (Largo da Batalha) não apresentou um bom número de usuários testados, muito provavelmente por conta da existência de uma tradicional unidade de saúde municipal que também realiza testagem para o HIV nas proximidades de onde se instalou a UTM, e foi descartado. Já o outro ponto inicial escolhido para a oferta de testagem (Praça/Jardim São João) teve uma excelente resposta desde os primeiros dias de atividades. Trata-se de um logradouro bastante central da cidade, com um grande fluxo de pessoas no seu entorno e historicamente conhecido no município como um local bastante frequentado por alguns segmentos populacionais específicos, tais quais pessoas em situação de rua, usuários de drogas e profissionais do sexo. Em um segundo momento, a UTM passou a funcionar cinco dias na semana e a experiência anterior dos educadores de pares em ações de prevenção em Niterói voltadas para segmentos em situação de maior vulnerabilidade ao HIV foi bastante decisiva na escolha dos novos locais de testagem da unidade, tendo sido acrescentados o *Campus* Gragoatá da Universidade Federal Fluminense e o Espaço Cultural Caminho Niemeyer, com a finalidade de aproximar-se um pouco mais dos ambientes de sociabilidade e de convivência dos/as jovens em geral e das pessoas LGBTQI+ na cidade.

A escolha desses locais se mostrou acertada, visto que não só correspondeu a essas expectativas como também aumentou sobremaneira o número de testes realizados mensalmente e seu porcentual de positividade para o HIV e a sífilis (*tabela 4*).

O Projeto Teste Perto de Você provou, na prática, que a construção coletiva do conhecimento produz respostas mais efetivas para o enfrentamento da epidemia de HIV/Aids, possibilitando acesso ao diagnóstico, vinculação e retenção ao tratamento. E de que construção estamos falando? De que conhecimento? Estamos nos referindo ao conhecimento elaborado cotidianamente nas práticas em saúde pelos profissionais, por meio das relações firmadas e a produção de conhecimento oficialmente reconhecida, produzida nos espaços acadêmicos e de ensino. O Projeto articulou esses dois espaços e processos: vamos ver como fazer para garantir acesso rápido ao diagnóstico de HIV, como fazer para ter certeza que uma pessoa iniciou e permanece no tratamento, vamos sistematizar as informações produzidas para monitorar e avaliar a iniciativa? Todas as estratégias, dificuldades e dúvidas que percorreram o trajeto da ação aqui apresentada foram elaboradas e discutidas de forma conjunta entre as três esferas envolvidas. Compartilhamos os êxitos. A Fundação Municipal de Saúde de Niterói, seus serviços e a assessoria de Aids e Hepatites Virais, e a

Gerência de IST/Aids da SES/RJ procuraram incorporar nos seus processos de trabalho os aprendizados ratificados durante a ação, como seleção de problemas, definição de prioridades, sistematizações, entre outros. Para a academia, representada no Projeto pela Fiocruz, o mesmo serviu para acrescentar a realidade dos serviços em toda sua complexidade, necessitando, muitas vezes, de ousadia e criatividade para sua solução. A relação de horizontalidade que pautou a experiência permitiu a valorização dos diferentes saberes, ampliando na relação academia-serviços as perspectivas para identificar e propor soluções.

Agradecimentos

À equipe do Projeto Teste Perto de Você pela incansável dedicação ao longo da execução da ação em Niterói e à Aids Healthcare Foundation (AHF) pela parceria e financiamento.

Colaboradores

Pires DRF (0000-0002-3948-6699)*, Zuccaro N (0000-0001-8736-914X)*, Souza FL (0000-0002-0386-933X)* e Périssé ARS (0000-0002-5253-5774)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Brasil. Ministério da saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico: HIV/AIDS/2021. 2021. [acesso em 2022 abr 29]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/68259/boletim_aids_2021_internet.pdf?file=1&type=node&id=68259&force=1.
2. Rio de Janeiro. Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, Subsecretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico 001/2020 - HIV/AIDS, dezembro/2020. [acesso em 2022 abr 29]. Disponível em: <http://www.riocomsaude.rj.gov.br/Publico/MostrarArquivo.aspx?C=W0wAwZtU%2fws%3d>.
3. Van Rooyen H, McGrath N, Chirowodza A, et al. Mobile VCT: Reaching Men and Young People in Urban and Rural South African Pilot Studies (NIMH Project Accept, HPTN 043). *AIDS Behav.* 2013; 17(9):2946-53.
4. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde E Soc.* 2016; 25(3):535-49.
5. Santos MVDR. Análise do racismo institucional em saúde sexual e reprodutiva em um município no interior de São Paulo. [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2020. [acesso em 2022 abr 29]. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-17032021-144409/publico/MarceloViniciusDomingosRodriguesdosSantos.pdf>.
6. Kerr L, Kendall C, Guimarães MDC, et al. HIV prevalence among men who have sex with men in Brazil: results of the 2nd national survey using respondent-driven sampling. *Medicine (Baltimore)*. 2018; 97(1S):S9-15.
7. Ghosn J, Taiwo B, Seedat S, et al. HIV. *The Lancet.* 2018; 392(10148):685-97.
8. Castro R, Ribeiro-Alves M, Corrêa RG, et al. The Men Who Have Sex with Men HIV Care Cascade in Rio de Janeiro, Brazil. *PLOS ONE.* 2016; 11(6):e0157309.
9. Wolff MJ, Cortes CP, Mejia FA, et al. Evaluating the care cascade after antiretroviral therapy initiation in Latin America. *Int J STD AIDS.* 2018; 29(1):4-12.
10. Brasil. Ministério da saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Prevenção Combinada do HIV: bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde. 2017. [acesso em 2022 abr 29]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/64901/prevencao_combinada_-_bases_conceituais_web.pdf?file=1&type=node&id=64901&force=1.
11. Kawichai S, Celentano D, Srithanaviboonchai K, et al. NIMH Project Accept (HPTN 043) HIV/AIDS Community Mobilization (CM) to Promote Mobile HIV Voluntary Counseling and Testing (MVCT) in Rural Communities in Northern Thailand: Modifications by Experience. *AIDS Behav.* 2012; 16(5):1227-37.
12. Fernández-Balbuena S, De La Fuente L, Hoyos J, et al. Highly visible street-based HIV rapid testing: is it an attractive option for a previously untested population? A cross-sectional study. *Sex Transm Infect.* 2014; 90(2):112-8.
13. Monteiro S, Brigeiro M. Experiências de acesso de mulheres trans/travestis aos serviços de saúde: avanços, limites e tensões. *Cad. Saúde Pública.* 2019; 35(4):e00111318.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Niterói-Cidades e Estados-IBGE. [acesso em 2022 abr 29]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rj/niteroi.html>.

15. Niterói. Prefeitura Municipal. Revisão do Plano Diretor de Niterói: Mapa 1. Bairros e Regiões. 2017. [acesso em 2022 abr 29]. Disponível em: https://urbanismo.niteroi.rj.gov.br/anexos/Legisla%C3%A7%C3%B5es_p%C3%A1gina/Plano%20Diretor/Mapas-do-Plano-Diretor-2019.pdf.
16. Fundação Centro Estadual de Estatísticas, Pesquisas e Formação de Servidores Públicos do Rio de Janeiro, Coordenadoria de Geociências. Regiões/CEPERJ. [acesso em 2022 abr 29]. Disponível em: https://www.ceperj.rj.gov.br/?page_id=262.
17. Senna MCM, Cohen MM. Modelo assistencial e estratégia saúde da família no nível local: análise de uma experiência. *Ciênc. saúde coletiva*. 2002 [acesso em 2023 mar 18]; 7(3):523-35. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Rh3Bspm6BkdDGhWZ4zDpsqH/?format=pdf&lang=pt>.
18. Brasil. Ministério da saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças. 2018. [acesso em 2022 abr 29]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/57787/manual_tecnico_hiv_27_11_2018_web.pdf?file=1&type=node&id=57787&force=1.
19. Puryear S, Burnett P, Page KR, et al. HIV seroconversion among Baltimore City residents tested at a mobile van programme. *Sex Transm Infect*. 2018; 94(1):37-9.
20. Nanthaprut P, Manojai N, Chanlearn P, et al. Comparison of HIV-Positive Incidence Among Transgender Women and Men Who Have Sex with Men at Stand-Alone and Mobile Voluntary Counseling and Testing Facilities in Chiang Mai Province, Thailand. *AIDS Patient Care STDs*. 2021; 35(4):116-25.
21. Drammeh B, Medley A, Dale H, et al. Sex Differences in HIV Testing – 20 PEPFAR-Supported Sub-Saharan African Countries, 2019. *Morb Mortal Wkly Rep*. 2020; 69(48):1801-6.
22. Moura JP, Ferreira ASASF. Soroprevalência em testes itinerante para sífilis, hiv e hepatites. *Rev Enferm UFPE Line*. 2019 [acesso em 2022 abr 29]; (13). Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/239808>.
23. Lipsitz MC, Segura ER, Castro JL, et al. Bringing testing to the people – benefits of mobile unit HIV/syphilis testing in Lima, Peru, 2007–2009. *Int J STD AIDS*. 2014; 25(5):325-31.
24. Gerbase A, Oliveira VM, Basgalupp SP, et al. Innovating the fight against syphilis: SIM Project. *J Bras Doenças Sex Transm*. 2020; (32):e203213.
25. Sloom R, Glenshaw MT, Van Niekerk M, et al. Rapid point-of-care CD4 testing at mobile units and linkage to HIV care: an evaluation of community-based mobile HIV testing services in South Africa. *BMC Public Health*. 2020; 20(1):528.
26. Govindasamy D, Kranzer K, Van Schaik N, et al. Linkage to HIV, TB and Non-Communicable Disease Care from a Mobile Testing Unit in Cape Town, South Africa. *PLoS ONE*. 2013; 8(11):e80017.
27. Grabbe KL, Menzies N, Taegtmeier M, et al. Increasing Access to HIV Counseling and Testing Through Mobile Services in Kenya: Strategies, Utilization, and Cost-Effectiveness. *JAIDS J Acquir Immune Defic Syndr*. 2010; 54(3):317-23.
28. Mabuto T, Latka MH, Kuwane B, et al. Four Models of HIV Counseling and Testing: Utilization and Test Results in South Africa. *PLoS ONE*. 2014 [acesso em 2023 mar 18]; 9(7):e102267. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0102267>.
29. Smith P, Tolla T, Marcus R, et al. Mobile sexual health services for adolescents: investigating the acceptability of youth-directed mobile clinic services in Cape Town, South Africa. *BMC Health Serv Res*. 2019; 19(1):584.

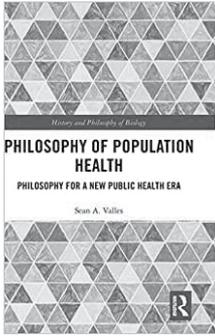
30. Levorato CD, Mello LM, Silva AS, et al. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Ciênc. saúde coletiva*. 2014; 19(4):1263-74.
31. Oliveira MM, Andrade SSSA, Stopa SR, et al. Procura por serviços ou profissionais de saúde entre adolescentes brasileiros, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar de 2015. *Rev Bras Epidemiol*. 2018; 21(supl1):e180003.
32. Mabuto T, Holzman S, Kubeka G, et al. Mobile HIV testing in South Africa: maximizing yield through data-guided site selection. *Public Health Action*. 2021; 11(3):155-61.

Recebido em 30/04/2022

Aprovado em 06/10/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Aids Healthcare Foundation (AHF/BR1B15)



Valles SA. Philosophy of Population Health: Philosophy for a New Public Health Era.

Cristiano de Assis Pereira Hansen¹

DOI: 10.1590/0103-1104202313725

ABSTRACT This book analysis some features and consequences of the emerging field of Population Health Science, which some authors define as Public Health 3.0. It is a mode of reaction against the biomedical model of health which was hegemonic in the twentieth century. It recognizes the World Health Organization's (WHO) definition of health 'as a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity', that health is empirically social and most of its determinants are social and economic ones; population health interventions are ethically inseparable from social empowerment and health research and health promotion must, coherently with these ideas, contemplate health as a social phenomenon too. Community-based participatory research is a pressing need for a change in the field of public/population health.

KEYWORDS Public health practice. Community participation. Population studies in public health.

RESUMO *Este livro analisa alguns aspectos e consequências do campo emergente da Ciência da Saúde Populacional, o que alguns autores definem como Saúde Pública 3.0. É um modo de reagir contra o modelo biomédico hegemônico durante o século XX. Ele reconhece a definição de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) 'como estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente ausência de doença ou enfermidade', que a saúde é empiricamente social e a maioria de seus determinantes são sociais ou econômicos; as intervenções de saúde populacional são eticamente inseparáveis do empoderamento social e a pesquisa em saúde e a promoção de saúde devem, de modo coerente com essas ideias, contemplar saúde como fenômeno social. Pesquisa participativa de base comunitária é uma necessidade premente para viabilizar mudanças no campo da saúde pública/populacional.*

PALAVRAS-CHAVE *Prática de saúde pública. Participação da comunidade. Estudos populacionais em saúde pública.*

¹Fundação Universidade Regional de Blumenau (FURB) – Blumenau (SC), Brazil.
cristianohansen@yahoo.com.br

THIS BOOK ANALYSIS SOME FEATURES and consequences of the emerging field of Population Health Science, which some authors define as Public Health 3.0¹. Since the 1990s such term has been used in the university setting and by policymakers signaling inflows of new theories and methods to traditional public health. In Valles²⁽⁹⁾ words, “it synthesizes the expertise of scientists and non-scientists to understand the full range of causes” (too much ambitious?) “[...] of health and illness, seeking to improve health through collaboration of diverse sectors of society”. In the author’s view, though an emerging field, no previous philosophy book made such an effort of analyzing the rise of population health².

Regarding its origins, it goes back to the gradual recognition of health as a social phenomenon. With regards its scope, it argues for a pluralistic understanding of health in different social and historical contingent realities. The author devises health equity interventions through democratic decision-making processes and highlights the need to communicate with the public about what Population Health Science means as a form to engage them as active social actors. It converges herein with the ideas of Mario Testa, an Argentinian scholar well-studied by Lígia Giovanella (maybe not known by the author, as she not cited in this book)³.

Critically appraising the author’s goal of intellectually supporting population health with his book, it resembles Georges Canguilhem in the 1960s with regards to his proposal of analyzing Medicine, cited herein:

[...] Le travail présent est donc un effort pour intégrer à la spéculation philosophique quelques-unes des méthodes et des acquisitions de la médecine [...]. Nous n’avons pas l’outrecuidance de prétendre à rénover la médecine en lui incorporant une métaphysique. Si la médecine doit être renouvelée, c’est aux médecins de le faire à leurs risques et à leur honneur⁴⁽⁷⁾.

I think that Population Health has a history and a life trajectory of its own, depending mainly on the Humanity (audacious

Humanity) it represents to consolidate its proposals. Pragmatically speaking, as previously shown in human history, we can still trace the influence of the French Revolution in Latin America’s Independence Movements from European colonialism; English Industrial Revolution rooted to the eighteenth century according Hobsbawn⁵ is still a wave that explains Industry 4.0; the Brazilian Sanitary Reform which was initiated in the 1970s is still moving forth and through its initial (still residuals) structural resistance.

After all, what “Population Health Science” is? “A conceptual approach to understanding the drivers of health and consequently the strategies most useful to improve health”²⁽⁴⁾.

Or:

A research program that confronts the structural forces that place individuals at risk, creates distributions of health and disease unequally across socially defined groups, and focuses on embedding biological pathways within social interactions that develop across the life course and across generations²⁽⁴⁾.

The author mentions two other movements such as Social Medicine and the People Health Movement, and states that they differ from this new field. They share the commonality of being reactions against the biomedical model of health which was hegemonic in the twentieth century. Later, the author describes something that helps to differentiate Social Medicine and Population Health, when he states that physicians aren’t the automatic rightful leaders in addressing health matters. This is true, and physicians need to contextualize and perhaps overcome Rudolf Virchow’s famous statement: “*Medicine is a social science, and politics nothing but medicine at larger scale*”.

Valles²⁽¹²⁾ argues that the history of Population Health Science theory is best understood as the synthesis of four different inflows that converged to the public health theory in the twentieth century: (1) the first

insight was that health is social, metaphysically speaking, in accordance with WHO's definition back to the 1940s "as a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity" (2) the second insight was that health is empirically social (one should refer here to the Whitehall Study conclusions⁶) and a main goal of public health should be scrutinize health social determinants, (3) third, health is ethically inseparable from social empowerment, a concept rooted in the nineteenth century social reform and advanced onto the twentieth century by Latin America's scholars intellectual works, (4) and finally, methodologies of health research and health promotion must contemplate health as a social phenomenon too; a prototypical example of the latter is community-based participatory research which sees subjects as respected "research partners and bearers of essential knowledge"²⁽³¹⁾ for a change.

When writing on the social determinants of disease, and explaining about causes of individual cases of disease versus causes of between-population disease disparities, the author advocates orienting philosophy of the population health to Aaron Antonovsky's model of salutogenesis rather than pathogenesis. Valles coherently advises that social life of individuals should be regarded as foreground, not background, to understand disease and health in their life trajectory course.

Explaining the concept of fundamental causes of health, he points out that even not understanding (as Epidemiology intends to do) the complexity of causation operating in different health settings, it is reasonable to confront poverty or racism, on the other hand to promote education, as modes of just cutting the knot of health idiosyncrasies in that setting instead of trying to untangle it. Simpler but not faster, as health effects of such interventions tend to be noticed generations ahead. As taught by the author, since fundamental causes "operate as flexible buffers against a wide array of harms, they lack one-cause-one-effect relationships, but their effects are reliable in their directionality"²⁽¹⁰⁸⁾. I should say, they give robustness to their effects and could

advance the field of public health, here understood as Population Health (in Brazil, one should name it 'Collective Health'). Instead of trying to investigate 'causes of cases', as we are prone to do in traditional epidemiology, population health defends investigating diverse 'causes of incidence' between populations. It seems to me that is quite similar as trying to decipher what really goes on in ecological studies (eternal enigma?). Contrasting with the main and humble scope of traditional public health trying to describe 'what' is occurring in a specific health setting, we ought to analyze 'why' is it occurring in that contingent socio-historic context.

More than a form of trying to understand the world in its complexities with regards the health field, the Population Health (in Valles' view) or Brazilian Collective Health on my own perspective, has the humble ambition (is it possible?) and primary goal of transforming the world through the population engagement. The socioeconomic and cultural dimensions of human life put ahead, towards their legitimate place, not staying on the background, health inequalities may gain the proper perspective. Trying to sensitize social actors is something that qualitative research is gradually doing, something that Latin American scholars and practitioners are already struggling with for decades (back to the 1970s in Brazil). That wave should not end. As a paraphrase of Canguilhem's⁴⁽⁷⁾ previous quote, I dare to say that: "Si la Santé Collective doit être rénovée, c'est aux collectivités de le faire à leurs risques et à leur honneur".

Acknowledgment

Thanks to author Sean A. Valles for the great literature and words when reading this review.

Collaborator

Hansen C (0000-0003-1456-9591)* is responsible for preparing the manuscript. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

References

1. Salvo KB, O'Carroll PW, Koo D, et al. Public health 3.0: Time for an upgrade. *American Journal of Public Health.* 2016; 106:621-622.
2. Valles SA. *Philosophy of Population Health: Philosophy for a New Public Health Era.* 1. ed. London: Routledge; 2018.
3. Giovanella L. Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. *Cad. Saúde Pública.* 1989; 6(2):129-153.
4. Georges Canguilhem. *Le normal et le pathologique.* Paris: Presses Universitaires de France; 1966.
5. Hobsbawm E. *The Age of Revolution, 1789-1900.* London: Weidenfeld & Nicholson; 1962.
6. Marmot MG, Shipley MJ, Rose G. Inequalities in death – specific explanations of a general pattern? *The Lancet.* 1984; (323):1003-1006.

Received on 10/21/2022

Approved on 03/28/2023

Conflict of interests: non-existent

Financial support: non-existent

Saúde em Debate

Instruções aos autores

ATUALIZADAS EM FEVEREIRO 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.

A 'Saúde em Debate' não cobra taxas dos autores para a submissão ou para a publicação de trabalhos, mas, caso o artigo seja aprovado para editoração, fica sob a responsabilidade dos autores a revisão de línguas (obrigatória) e a tradução do artigo para a língua inglesa (opcional), com base em uma lista de revisores e tradutores indicados pela revista.

Antes de serem enviados para avaliação pelos pares, os artigos submetidos à revista 'Saúde em Debate' passam por *softwares* detectores de plágio. Assim, é possível que os autores sejam questionados sobre informações identificadas pela ferramenta para que garantam a originalidade dos manuscritos, referenciando todas as fontes de pesquisa utilizadas. O plágio é um comportamento editorial inaceitável, dessa forma, caso seja comprovada sua existência, os autores envolvidos não poderão submeter novos artigos para a revista.

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 FEBRUARY 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.

No fees are charged from the authors for the submission or publication of articles; nevertheless, once the article has been approved for publication, the authors are responsible for the language proofreading (mandatory) and the translation into English (optional), based on a list of proofreaders and translators provided by the journal.

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 FEBRERO 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.

'Saúde em Debate' no cobra tasas a los autores para la evaluación de sus trabajos. Si el artículo es aprobado queda bajo la responsabilidad de estos la revisión (obligatoria) del idioma y su traducción para el inglés (opcional), teniendo como referencia una lista de revisores y traductores indicados por la revista.

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 exigirán 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 interés 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 involucra 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 involucrar 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 N° 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 2023-2024)

NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2023-2024)

Presidente:	Carlos Fidelis da Ponte
Vice-Presidente:	Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
Diretora Administrativa:	Ana Tereza da Silva Pereira Camargo
Diretora de Política Editorial:	Maria Lucia Frizon Rizzotto
Diretores Executivos:	Ana Maria Costa
	Lívia Milena Barbosa de Deus e Mello
	Jamilli Silva Santos
	Matheus Zuliane Falcão
	André Luiz da Silva Lima

CONSELHO FISCAL | FISCAL COUNCIL

Claudia Maria de Rezende Travassos (Presidente)

Victória Souza Lima Araújo do Espírito Santo

Iris da Conceição

Suplentes | *Substitutes*

José Leonídio Madureira de Sousa Santos

Maura Vanessa Silva Sobreira

Maria Lúcia Freitas Santos

CONSELHO CONSULTIVO | ADVISORY COUNCIL

Amanda Cavalcante Frota
Carla Daniele Straub
Claudimar Amaro de Andrade Rodrigues
Dimitri Taurino Guedes
Helena Rodrigues Corrêa Filho
Itamar Lages
José Carvalho de Noronha
José Ruben de Alcântara Bonfim
Lizaldo Andrade Maia
Lucia Regina Florentino Souto
Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos
Maria Edna Bezerra da Silva
Maria Eneida de Almeida
Ronaldo Teodoro dos Santos
Sergio Rossi Ribeiro

SECRETÁRIO EXECUTIVO | EXECUTIVE SECRETARY

Carlos dos Santos Silva

SETOR FINANCEIRO | FINANCIAL SECTOR

Marco Aurélio Ferreira Pinto

EQUIPE DE COMUNICAÇÃO | COMMUNICATION TEAM

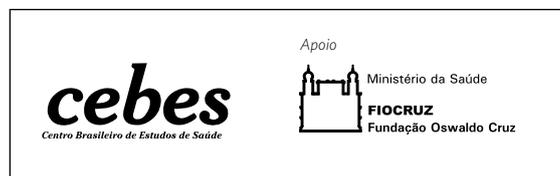
Xico Teixeira
Francisco Barbosa

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Avenida Brasil, 4036 – sala 802 – Manguinhos
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, 2023.

v. 47. n. 137; 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