



# saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE  
VOLUME 48, NÚMERO 142  
RIO DE JANEIRO, JUL-SET 2024  
ISSN 2358-2898

## 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> - dottorana@gmail.com  
Elda Coelho de Azevedo Bussinguer - Faculdade de Direito de Vitória, Vitória (ES), Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-4303-4211> - elda.cab@gmail.com  
Eli Iola Gurgel Andrade - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0206-2462> - iola@medicina.ufmg.br  
Fátima Sueli Neto Ribeiro - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8201-4806> - fatsuerj@gmail.com  
Gicelle Galvan Machineski - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel (PR), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8084-921X> - gmachineski@gmail.com  
Ingrid D'avilla Freire Pereira - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-2042-2871> - ingriddavilla@gmail.com  
Jamilli Silva Santos - Universidade Federal da Bahia, Salvador (BA), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-8965-0904> - jamilli.santos@ufba.br  
Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato - Universidade Federal Fluminense, Niterói (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-2646-9523> - lenauralobato@uol.com.br  
Mario Parada - Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile. <https://orcid.org/0000-0003-2526-5972> - mapale.2008@gmail.com  
Maura Vanessa Silva Sobreira - Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Caicó (RN), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6804-4198> - maurasobreira@ufrn.br  
Raquel Abrantes Pego - Aposentada, Belo Horizonte (MG), Brasil. <https://orcid.org/0009-0005-6111-257X> - rabra.peg@gmail.com  
Ronaldo Teodoro - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0125-7700> - ronaldosann@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  
Ana Maria Costa - Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília (DF), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-1931-3969> - dottorana@gmail.com  
Angel Martinez Hernaiz - Universitat Rovira I Virgili, Tarragona, España. <https://orcid.org/0000-0002-5122-7075> - angel.martinez@urv.cat  
Breno Augusto Souto Maior Fontes - Universidade Federal de Pernambuco, Recife (PE), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-7285-9012> - brenofontes@gmail.com  
Carlos Botazzo - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8646-1769> - cbotazzo@hotmail.com  
Cornelis Johannes van Stralen - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-0921-098X> - stralen@medicina.ufmg.br  
Debora Diniz - Universidade de Brasília, Brasília (DF), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6987-2569> - d.diniz@anis.org.br  
Eduardo Luis Menéndez Spina - Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Mexico (DF), Mexico. <https://orcid.org/0000-0003-1483-0390> - emenendez1@yahoo.com.mx  
Eduardo Maia Freese de Carvalho - Fundação Oswaldo Cruz, Recife (PE), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8995-6089> - freese@cpqam.fiocruz.br  
Elda Coelho de Azevedo Bussinguer - Faculdade de Direito de Vitória, Vitória (ES), Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-4303-4211> - elda.cab@gmail.com  
Eli Iola Gurgel Andrade - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0206-2462> - iola@medicina.ufmg.br  
Elias Kondilis - Queen Mary University of London, London, England. <https://orcid.org/0000-0001-9592-2830> - kondilis@qmul.ac.uk  
Fátima Sueli Neto Ribeiro - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8201-4806> - fatsuerj@gmail.com  
Gicelle Galvan Machineski - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel (PR), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8084-921X> - gmachineski@gmail.com  
Helena Rodrigues Corrêa Filho - Universidade de Brasília, Brasília (DF), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-8056-8824> - helenocorreia@uol.com.br  
Hugo Spinelli - Universidad Nacional de Lanús, Lanús, Argentina. <https://orcid.org/0000-0001-5021-6377> - hugospinelli09@gmail.com  
Ingrid D'avilla Freire Pereira - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-2042-2871> - ingriddavilla@gmail.com  
Jairnilson Silva Paim - Universidade Federal da Bahia, Salvador (BA), Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-0783-262X> - jairnil@ufba.br  
Jamilli Silva Santos - Universidade Federal da Bahia, Salvador (BA), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-8965-0904> - jamilli.santos@ufba.br  
Jean Pierre Unger - Institut de Médecine Tropicale, 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 Carvalho - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-3745-4802> - jrcaival@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  
Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato - Universidade Federal Fluminense, Niterói (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-2646-9523> - lenauralobato@uol.com.br  
Ligia Giovanna - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-6522-545X> - ligiagiovanna@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 Salette Bessa Jorge - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6461-3015> - maria.salette.jorge@gmail.com  
Mario Esteban Hernández Álvarez - Universidad Nacional de Colombia, Bogota, Colombia. <https://orcid.org/0000-0002-3996-7337> - mariohernandez62@gmail.com  
Mario Parada - Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile. <https://orcid.org/0000-0003-2526-5972> - mapale.2008@gmail.com  
Mario Teodoro Rovere - Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Argentina. <https://orcid.org/0000-0002-6413-2120> - roveremario@gmail.com  
Maura Vanessa Silva Sobreira - Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Caicó (RN), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6804-4198> - maurasobreira@ufrn.br  
Paulo Duarte de Carvalho Amarante - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6778-2834> - pauloamarante@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  
Raquel Abrantes Pego - Aposentada, Belo Horizonte (MG), Brasil. <https://orcid.org/0009-0005-6111-257X> - rabra.peg@gmail.com  
Ronaldo Teodoro - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0125-7700> - ronaldosann@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.arq.br

### DESIGN DE CAPA | COVER DESIGN

Alex I. Peirano Chacon

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

Ana Lafaiete (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)  
Carlos Eduardo Chiba - Tkinet Edição Ltda. (inglês/english)  
Eloiza de Oliveira Frederico (inglês/english)  
Jean Pierre Barakat (inglês/english)  
Lenise Saraiva de Vasconcelos Costa (português e inglês/portuguese and english)  
Lígia Girão (inglês/english)  
Marília Daniele Soares Vieira (português/portuguese)  
Paula Santos Diniz (inglês/english)  
Simone Basilio (português e inglês/portuguese and english)  
Pontual Traduções LTDA. (inglês/english)  
Wanderson Ferreira da Silva (normalização, português e inglês/normalization, portuguese and english)

# saúde

## EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE  
VOLUME 48, NÚMERO 142  
RIO DE JANEIRO, JUL-SET 2024

**EDITORIAL** | EDITORIAL

**Por uma carreira SUS para fazer avançar a Reforma Sanitária**

*For a SUS career to advance Health Reform*

Ronaldo Teodoro

**ARTIGO ORIGINAL** | ORIGINAL ARTICLE

**Análise dos problemas vinculados aos padrões de qualidade da atenção primária no Distrito Federal**

*Analysis of problems associated with the quality standards of primary care in the Federal District*

Magda Duarte dos Anjos Scherer, Thaís Alessa Leite, Ricardo Ramos dos Santos, Nília Maria de Brito Lima Prado

**Multifatorialidade da regulação assistencial para sustentabilidade do território e da regionalização**

*Multifactoriality of care regulation for the territorial and regionalization sustainability*

Débora Mendonça Amaral de Holanda Cavalcanti, Ronald Pereira Cavalcanti, Rogério Fabiano Gonçalves, Keila Silene de Brito e Silva, Daiane Cordeiro dos Santos, Vinicius Paz dos Santos, Adriana Falangola Benjamin Bezerra

**Avaliação da atuação da gestão em saúde no desastre-crime de derramamento de petróleo na costa do estado do Pernambuco**

*Assessment of health management performance in the oil spill disaster crime on the coast of the state of Pernambuco*

Maria José Cremilda Ferreira Alves, Louise Oliveira Ramos Machado, Carlos Machado de Freitas, Ruth Carolina Leão Costa, Aline do Monte Gurgel, Idê Gomes Dantas Gurgel, Mariana Olívia Santana dos Santos

**Qualificação da Atenção Primária à Saúde para o diagnóstico laboratorial da covid-19 no Distrito Federal, 2020-2021**

*Primary Health Care Qualification for laboratory diagnosis of COVID-19 in the Federal District, 2020-2021*

Fabrcio Vieira Cavalcante, Ruth da Conceição Costa e Silva Sacco, Aimê Oliveira, Taciana Silveira Passos, Tiago Machado de Alencar, Christina Pacheco Santos Martin, Leonor Maria Pacheco Santos

**Perspectivas de gestores sobre uma proposta de educação permanente em cuidado paliativo na atenção primária**

*Managers' perspectives on a proposal for permanent health education in palliative care in primary care*

Renata de Lamare, Mario Jorge Sobreira-da-Silva

**Doenças crônicas na população indígena não aldeada: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2019**

*Chronic diseases in the non-village indigenous population: data from the National Health Survey, 2019*

Priscila Maria Stolses Bergamo Francisco, Daniela de Assumpção, Aldiane Gomes de Macedo Bacurau, Veronica Batista Gomes Leitão, Deborah Carvalho Malta

**Entre o estigma e a saúde: itinerários de pacientes com câncer de próstata**

*Between stigma and health: itineraries of prostate cancer patients*

Gabriela da Silva Vieira, Cristiano Guedes de Souza, Ximena Pamela Claudia Díaz Bermudéz

**Um corpo governável, um corpo cidadão: os sujeitos do discurso oficial brasileiro sobre saúde LGBT**

*A governable body, a citizen body: the subjects of Brazilian official discourse on LGBT health*

José Arnaldo Moreira de Carvalho Júnior, Andréa Costa da Silva

**Mapeamento de competências essenciais: conhecimentos, habilidades e atitudes para gestão em saúde pública**

*Mapping essential competencies: knowledge, skills and attitudes for public health management*

Daniele Potrich Lima Zago, Aida Maris Peres, Priscila Meyenberg Cunha Sade, Dora Yoko Nozaki Goto, Maria de Lourdes de Almeida, Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins

**Avaliação de Quarta Geração: intervenções realizadas na atenção à crise em saúde mental**

*Fourth Generation Evaluation: interventions carried out in mental health crisis care*

Fernanda Demetrio Wasum, Daiana Foggiato de Siqueira, Mariane da Silva Xavier, Priscila de Melo Zubiaurre, Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira, Carlos Alberto da Cruz Sequeira

**Correlação espacial: padrão heterogêneo de mortalidade por covid-19 no Brasil**

*Spatial correlation: heterogeneous pattern of COVID-19 mortality in Brazil*

Adriani Isabel de Souza Moraes, Ana Paula Vecchi Corrêa, Helena Nayara Santos Pereira, Sílvia Carla da Silva André Uehara

**Percepção dos pais de crianças submetidas a procedimento cirúrgico eletivo: da descoberta ao tratamento cirúrgico**

*Parents perception regarding children who underwent elective surgery: from discovery to surgical treatment*

Carolina Talini, Ariana Rodrigues da Silva Carvalho, Claudia Silveira Viera

**Multiple myeloma in Brazil: an assessment of Global Burden Disease study 2019**

*Mieloma múltiplo no Brasil: uma avaliação do estudo da Carga Global de Doenças 2019*

Max Moura de Oliveira, Guilherme Augusto Veloso, Deborah Carvalho Malta, Maria Paula Curado, Cristiane Menezes de Pádua

**Planos de contingência e coordenação estadual do SUS na pandemia de covid-19**

*Contingency plans and state coordination in the COVID-19 pandemic*

Ana Cassia Cople Ferreira, Luciana Dias de Lima

**Trabalho na pandemia da covid-19: estratégias de enfrentamento e repercussões entre os profissionais da saúde**

*Working in the COVID-19 pandemic: coping strategies and repercussions among health professionals*

Anderson da Silva Sousa, João Vitor Gomes Guilherme, Roberta Letícia Pimentel da Costa, José Mateus Bezerra da Graça, Nalma Alexandra Rocha de Carvalho Poty, Elisângela Franco de Oliveira Cavalcante

---

**Construção e validação de um Modelo Lógico para implementação da prescrição farmacêutica no Brasil**

*Construction and validation of a Logical Model for the implementation of pharmacist prescribing in Brazil*

Diego Carneiro Ramos, Lorena Ferreira, Genival Araujo dos Santos Júnior, Lorena Rocha Ayres, Carolina Dutra Degli Esposti

**Itinerário terapêutico da pessoa com Artrite Reumatoide e sua repercussão na produção do cuidado**

*Therapeutic itinerary for people with Rheumatoid Arthritis and its impact on the production of care*

Graciano Almeida Sudré, Sílvia Matumoto

**Acessibilidade aos serviços de Atenção Primária à Saúde em municípios rurais do Brasil**

*Accessibility to Primary Health Care services in rural municipalities of Brazil*

Danielle de Jesus Soares, Ana Luiza Queiroz Vilasbôas, Mariluce Karla Bomfim de Souza, José Patrício Bispo Júnior

**Ora sujeito, ora objeto: uma análise da condição feminina nas proposições 478/2007 e 882/2015**

*Women and the legal practices: an analysis of the bills 478/2007 and 882/2015*

Priscila Kiselar Mortelaro Franceschini

**Perfil dos preceptores de programas de residência em saúde em especialização: estudo transversal**

*Profile of preceptors of health residency programs in specialization: cross-sectional study*

Brenda Wander, Carmen Vera Giacobbo Daudt, Alessandra Tavares Francisco Fernandes, Ana Paula Tussi Leite

**ENSAIO | ESSAY**

**Interseccionalidade, direitos humanos e justiça reprodutiva: avaliação crítica em saúde sexual e reprodutiva**

*Intersectionality, human rights and reproductive justice: critical assessment in sexual and reproductive health*

Ana Maria Bourguignon

**Contribuições de Paulo Freire para a melhoria da relação médico-paciente**

*Paulo Freire's contributions to improving the doctor-patient relationship*

Braulino Alexandre Carmes, Charles Dalcanale Tesser, Luiz Roberto Agea Cutolo

**Por um gesto de leitura materialista do discurso da avaliação em saúde: critérios e padrões**

*For a materialist reading approach to the discourse of health evaluation: criteria and standards*

Max Felipe Vianna Gasparini, Alcides Fernando Gussi, Juarez Pereira Furtado

**REVISÃO | REVIEW**

**Abordagem das situações de violências em inquéritos populacionais: revisão de escopo**

*Approach to violent situations in population surveys: scoping review*

Heloísa Garcia Claro Fernandes, Nathalia Nakano Telles, Priscilla de Oliveira Luz, Julia Carolina de Mattos Cerioni Silva, Guilherme Correa Barbosa, Aline Geovanna de Lima Baquete, Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira

## Por uma carreira SUS para fazer avançar a Reforma Sanitária

Ronaldo Teodoro<sup>1,2</sup>

DOI: 10.1590/2358-28982024142ED-P

**OS DIREITOS DOS TRABALHADORES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)** constituem um ponto cego na Reforma Sanitária Brasileira. Trabalhar com essa problemática abre o caminho para reflexões em vários sentidos. Em uma frente, ajuda-nos a avançar no balanço mais amplo da época em que estamos vivendo, de invisibilização e rebaixamento estrutural do trabalho enquanto lugar de direitos. Em outro registro, contribui para localizar nesse movimento de época os limites da caminhada na construção do SUS – e, enquanto tal, fazer avançar o ideário e a prática da Reforma Sanitária no século XXI. Como parte dessas entradas reflexivas, a atualização histórica do valor do trabalho exige a localização do programa adversário, que tem na cultura gerencialista da Nova Gestão Pública o seu ponto máximo de afirmação.

A problematização da construção do SUS a partir da questão laboral nos informa sobre os próprios termos em que se forjou a democracia no Brasil, onde a ampliação inédita de direitos sociais (à educação, à saúde e à assistência social) se associou a um persistente declínio da institucionalidade dos direitos do trabalho. Isso considerado, a área da saúde talvez seja o caso mais emblemático dessa contradição, em que a extraordinária expansão do SUS se apoiou sobre o ‘gelo fino’ de uma agenda gerencialista que provocou a degradação radical dos vínculos de trabalho em todos os serviços e níveis assistenciais<sup>1</sup>.

Sob os auspícios da cultura gerencial, a curva ascendente da degradação do trabalho no SUS pode ser localizada em três momentos: nos anos 1990, quando as reformas gerenciais ganharam forma constitucional no estado brasileiro; na primeira década dos anos 2000, em que a agenda da carreira perdeu espaço programático na forma de pensar na gestão dentro do próprio campo sanitário; e após o golpe de 2016, momento no qual, mesmo sob o assombro da pandemia que expôs a profunda deterioração das condições do trabalho terceirizado, as premissas gerencialistas seguiram guiando a imaginação do desenho das políticas de saúde.

<sup>1</sup>Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. [ronaldosann@gmail.com](mailto:ronaldosann@gmail.com)

<sup>2</sup>Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Instituto de Medicina Social (IMS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

### A incursão gerencial no nascimento institucional do SUS

Como apontaram Theodoulou e Roy<sup>2</sup>, a difusão da Nova Gestão Pública é um dos grandes fenômenos políticos que varreram os Estados contemporâneos nas últimas décadas do século passado. De um princípio marginal e obscuro presente nos debates da Mont Pelerin Society nos anos 1950 e 1960, a cultura gerencial, inspirada nas formulações da *public choice theory*,



de James Buchanan e Gordon Tullock, chegou ao centro do Estado de Bem-Estar inglês com Margaret Thatcher (1979-1990), tornando-se orgânico ao programa ultraconservador de Ronald Reagan (1981-1989) nos anos 1980.

A documentada origem liberal reacionária desse ‘novo modelo de gestão’ não evitou, contudo, que ele fosse traduzido, nos anos 1990, como agenda de uma esquerda renovada. Esta, ao abandonar o seu suposto sectarismo ultrapassado, atualizava-se às exigências de uma modernização capitalista que se colocava em franca ascensão no plano internacional<sup>3</sup>. Seguindo essa linha, Giddens<sup>4</sup> formulava que a ‘nova esquerda’ perseguia o equilíbrio entre uma política econômica ortodoxa e políticas sociais progressistas, experimentando uma terceira via entre o puro mercado e as ultrapassadas burocracias dos Estados de Bem-Estar Social.

Sob essa nova roupagem ideológica, o programa gerencialista passou a ser definitivamente divulgado como um ideário das esquerdas nos governos de Bill Clinton (1993-2001) e Tony Blair (1997-2007). A partir daí, bem-posicionada no centro do capitalismo internacional, a Nova Gestão Pública consolidou a sua força política e iniciou um sistemático processo de expansão global. No Brasil, como prefaciou Fernando Henrique Cardoso ao livro de Bresser-Pereira<sup>5(7)</sup>: “a inspiração da reforma gerencial é muito mais republicana do que liberal”. Antes que a privatização do Estado, apontava Cardoso, o que se pretendia era promover a “ação pública por parte dos cidadãos”<sup>5(8)</sup>.

No caminho dessa inédita imbricação de princípios empresariais para dentro da administração pública, dois aspectos das reformas gerenciais são importantes de serem salientados: o combate aos fundamentos do planejamento público, substituído por uma doutrina de gestão orientada pela austeridade e pelos princípios de custo-efetividade; e a promoção de uma silenciosa e profunda reforma trabalhista no interior da administração pública. A partir de uma teoria determinista dos processos históricos, o *ethos* gerencial tomava

como autoridade o argumento da modernização e impunha como receita os princípios da descentralização federativa, da flexibilidade administrativa, da publicização e da transparência (*accountability*), entre outros, sempre equacionados pela tese de um estado austero que deveria ser orientado para resultados.

Ao se juntar as várias pontas desse programa, o ponto de gravidade converge para um ataque frontal aos direitos do trabalho. Estes, tomados como pauta puramente corporativa, são alçados à condição de inimigo número um do interesse público – e, enquanto tal, adversários das demandas da nova cidadania. O estatuto da estabilidade laboral, por suas implicações políticas para luta sindical, torna-se objeto central dessa perseguição. No caso do SUS, essa síntese passou a se expressar na associação entre a realização ampliada do acesso à saúde e as formas terceirizadas de contratação laboral.

Ao colocar o trabalho nessa chave interpretativa, a cultura gerencial promovida uma transformação aguda na forma de conceber a construção de direitos sociais na democracia. Na área da saúde, essa transição programática ao gerencialismo disputou e lateralizou o valor do trabalho na Reforma Sanitária, passando a repor impactos crescentes a cada passo dado na luta pela expansão do SUS.

## **A centralidade das lutas do trabalho para a garantia do direito público à saúde**

Para além de identificar na Nova Gestão Pública a grande tese adversária da relação entre os direitos do trabalho e a ampliação do SUS, outro passo necessário consiste em delimitar como essa condição está na raiz de impasses presentes em ao menos três agendas da saúde: para a estrutura federativa do financiamento; para a relação público-privada de interesses presente na gestão; e, por fim, para a implementação de uma Rede Regionalizada de

Assistência no SUS. O esforço de reconstituir esse mosaico de pautas, colocando o trabalho no centro das atenções, deve ser compreendido não apenas como um método teórico-analítico, mas como uma forma de reconstituir o programa e a identidade política da Reforma Sanitária no século XXI.

No caso do financiamento, já se encontra amplamente difundido o crescente impacto que o gasto com pessoal representa para os entes municipais. Em 2023, os municípios com até 20 mil habitantes – que representam mais de 70% dos municípios brasileiros – gastavam, em média, 45,3% do seu orçamento com despesa de pessoal. No mesmo ano, para os municípios acima de 400 mil habitantes, gastavam-se 31,2% com a mesma rubrica<sup>6</sup>. Sem contar os trabalhadores inativos, foram gastos R\$ 110,4 bilhões, sendo crescente a transferência desses recursos públicos para os contratos de gestão terceirizada no setor privado. Como parte dessa tendência à expansão da privatização do orçamento público, conjuga-se o rebaixamento dos salários e das condições de trabalho.

A ausência de um fundo tripartite, que auxilie a formação de uma carreira, com parâmetros nacionais de contratação, salário e progressão funcional, seria, certamente, uma solução para a pressão que a contratação de pessoal para a saúde faz nos orçamentos dos municípios. Além do mais, na ausência de uma pactuação federal para a carreira no SUS, a regressividade do gasto descentralizado com a contratação do trabalho amplia as desigualdades regionais existentes entre os municípios, afetando diretamente a abrangência e a qualidade da assistência à saúde.

É comum a muitas normativas de políticas nacionais de saúde a definição de diretrizes e parâmetros cujo cumprimento por parte dos municípios é condicionado às transferências de recursos federais. As políticas mais bem-sucedidas da saúde obedecem a esse princípio. No entanto, na área do trabalho, essa estrutura nunca se formou, evidenciando que uma política de valorização do trabalho por meio de

uma carreira de estado na saúde aponta para a superação de um déficit importante do pacto federativo brasileiro.

Associada a esse impacto financeiro, a descentralização municipalizada do vínculo de trabalho na gestão do SUS produziu ainda outras externalidades importantes: a redução de trabalhadores concursados e a pulverização das formas de contratação. Como pano de fundo dessa estrutura, consta a tese gerencial de que as novas formas jurídicas de contratação de serviços e realização da gestão comportam mais celeridade na entrega dos serviços e o consequente barateamento das despesas com os servidores.

Ao considerar o período de 2018 a 2023, é possível perceber que todas as regiões do País reduziram o quantitativo de trabalhadores concursados e ampliaram as formas terceirizadas de contratação, tendo a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) como base do vínculo. Tendo em conta os dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde<sup>7</sup> para esse período, as regiões Centro-Oeste e Nordeste foram as que mais reduziram o quadro de concursados. Respectivamente, passou-se de 60% para 47% e de 45% para 36%.

O farol para essa transição segue sendo a região Sudeste, que contava com 32% de servidores estatutários em 2023, tendo o estado de São Paulo à frente com apenas 29% desses vínculos na rede SUS. Os novos vínculos concentraram-se especialmente nas contratações intermediadas, em que se encontram as Organizações Sociais de Saúde (OSS), as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip) e as Fundações Públicas de Direito Privado (FPDP). Para termos um panorama ainda mais preciso do drama do trabalho no SUS, seria importante dissecar os contratos por Recibo de Pagamento Autônomo (RPA), por pessoa jurídica – também conhecido como pejetização – e os trabalhadores com vínculo por meio de bolsas, que juntos somam 7% das contratações<sup>7</sup>.

Sem uma mínima coordenação federal, essa realidade pulverizada se multiplicou de

acordo com a realidade econômica e o contexto político dos municípios brasileiros. O número de contratos via OSS na administração pública tem crescido consistentemente a partir de 2008, alcançando um pico em 2015, em que está presente em 20 estados brasileiros além do Distrito Federal. Nesse contexto, São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais estão na linha de frente dessa difusão, formando um mercado profundamente concentrado nas mãos de poucas OSS<sup>7</sup>.

Não é possível compreender e superar a fragmentação dos serviços dentro dos municípios e estados brasileiros sem uma compreensão clara da difusão das contratações terceirizadas. Tornou-se comum que uma mesma categoria profissional tenha mais de um contratante dentro de um mesmo serviço, seja em uma equipe de saúde da família ou na vigilância sanitária, nas unidades de urgência ou de emergência. Em uma FPDP estatal, podem conviver trabalhadores com concursos simplificados celetistas, contratos temporários e trabalhadores como pessoas jurídicas<sup>8</sup>. Em termos de estrutura sociológica, não é difícil captar como os princípios da terceirização gerencialista sustentam a reprodução das desigualdades raciais e de gênero, tendo por base essa fragilização persistente do trabalho.

Na ausência de uma carreira SUS, essa pulverização dos vínculos e o seu mosaico de parcerias com o setor privado, endemica e presente tanto nos municípios como nos Estados e na União, vêm interditando a própria agenda que ocupa da construção de uma Rede Regionalizada de saúde. A alta rotatividade e a fragilidade dos incentivos criados para a fixação de profissionais, sobretudo em municípios e localidades mais pobres, vulneráveis ou de difícil acesso, são a antítese da previsibilidade mínima necessária para o planejamento da provisão de serviços em rede.

Na falta de uma carreira estruturada, com estabilidade, progressão horizontal e vertical bem consolidadas, a perda de profissionais para o setor privado mostra-se ainda outra face perversa que atua contra o planejamento de

Rede. Mais uma vez, o paradigma gerencial, ao bater frente com o planejamento público, atua contra a implementação da Rede assistencial, que segue sendo boicotada pela agenda das terceirizações presente no interior da administração pública.

A descontinuidade e a fragmentação dos serviços, as longas filas de espera, a dificuldade pública de fixação profissional e a concorrência com o setor privado são aspectos que evidenciam como a desconstituição dos direitos públicos do trabalho está diretamente ligada a problemas sistêmicos do SUS. O desafio consiste em reconstituir as agendas que tratam desses desafios, colocando o trabalho como princípio de análise.

## Os direitos do trabalho e as perspectivas de futuro do SUS

Mais do que uma transformação na estrutura institucional do Estado, a maior vitória da cultura gerencialista na área da saúde consistiu em convencer um segmento de gestores de que a luta por uma carreira de Estado no SUS é uma pauta adversativa aos esforços de expansão e acesso aos serviços de saúde. Assim compreendido, o servidor público estatutário se tornou um obstáculo rígido para a expansão da rede, além disso, sua estabilidade funcional e a constituição de sindicatos representativos formariam um núcleo resistente, uma barreira às exigências de flexibilidade exigidas no cotidiano da gestão.

A incursão desses fundamentos no próprio campo da Reforma Sanitária produziu um fenômeno adaptativo da nova gestão pública aos propósitos do SUS, substituindo progressivamente a cultura do planejamento público, que tinha nas carreiras públicas um pilar de sustentação. Nesse processo, as premissas gerenciais, em princípio exógenas à luta da Reforma Sanitária, deixaram de ser apenas um recurso provisório, dados os constrangimentos fiscais do Estado brasileiro,

mas tornaram-se um fim em si mesmas – portanto, não apenas uma forma possível e circunstancial de fazer gestão e expandir o SUS, mas a única e melhor opção.

Na história das ideias políticas, é relativamente comum o movimento de ascenso e submersão de valores, ou mesmo a recombinação de ideias que, opostas em um determinado período, tornam-se uma síntese em outros contextos. Em formulação gramsciana, esse fenômeno foi descrito como transformismo político ou ‘revolução passiva’. Seu aspecto mais nocivo consiste não apenas em fragmentar a coerência de programas políticos transformadores, mas também em desorganizar a identidade política dos segmentos adversários.

Em 2024, ano da 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, o debate sobre a carreira do SUS assume uma potência histórica decisiva. São muitos os

movimentos sociais que compreendem essa urgência e que estão formulando um programa alternativo ao campo gerencial. Em sincronia com essa temporalidade política, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) construiu neste ano a sua primeira Conferência Livre do Trabalho. Em sua programação, reafirmou como tese que as várias frentes do programa sanitária requerem a recomposição do valor do trabalho, e que o rumo do SUS está diretamente associado ao desafio cotidiano enfrentado por seus trabalhadores e trabalhadoras. Este editorial, é uma fração da energia e das esperanças reunidas nesse encontro.

## Colaborador

Teodoro R (0000-0002-0125-7700)\* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

---

## Referências

1. Teodoro R, Guimarães J. A Frente Pela Vida, as lutas do trabalho e o programa de reconstrução do SUS. In: Franco TB, Bussinguer EC, Silva J, organizadores. Frente pela Vida: em defesa da vida, da democracia e do SUS. Porto Alegre: Ed. Rede Unida; 2023.
2. Theodoulou SZ, Roy RK. Public administration: a very short introduction. New York: Oxford University Press; 2016.
3. Hall S. The Neoliberal Revolution. *Cult Stud.* 2011;25(6):705-728. DOI: <https://doi.org/10.1080/09502386.2011.619886>
4. Giddens A. *The Third Way*. Cambridge: Polity; 1998.
5. Cardoso FH. Prefácio. In: Bresser-Pereira LC. Reforma do Estado para a cidadania: a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional. São Paulo: Ed. 34; Brasília, DF: Enap; 1998.
6. Ministério da Saúde (BR). Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2023.
7. Ministério da Saúde (BR). Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Datasus; 2023.
8. Druck G. A Terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. *Trab Educ Saúde.* 2016;14:15-43. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00023>

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).



## For a SUS career to advance Health Reform

Ronaldo Teodoro<sup>1,2</sup>

DOI: 10.1590/2358-28982024142ED-1

**WORKERS' RIGHTS IN THE UNIFIED HEALTH SYSTEM (SUS)** are a blind spot in the Brazilian Health Reform. Working on this problem opens the way for reflection in several ways. On the one hand, it helps us advance in the broader assessment of the era we live in, of the invisibilization and structural downgrading of work as a place of rights. On the other hand, it helps to pinpoint the limits of the journey towards building the SUS – and, as such, to advance the ideology and practice of Health Reform in the 21st century. As part of these reflective entries, the historical updating of the value of work requires locating the opposing program, which has its highest point of affirmation in the managerialist culture of New Public Management.

The problematization of the construction of the SUS from the point of view of the labor issue informs us about the very terms in which democracy was forged in Brazil, where the unprecedented expansion of social rights (to education, health, and social assistance) was associated with a persistent decline in the institutionality of labor rights. This being said, the health sector is perhaps the most emblematic case of this contradiction, in which the extraordinary expansion of the SUS was based on the ‘thin ice’ of a managerialist agenda that led to the radical degradation of employment relationships in all services and levels of care<sup>1</sup>.

Under the auspices of the managerial culture, the upward curve of the degradation of work in the SUS can be traced back to three moments: in the 1990s, when managerial reforms gained constitutional form in the Brazilian state; in the first decade of the 2000s, when the career agenda lost programmatic space in the way of thinking about management within the health field itself; and after the 2016 coup, a moment in which, even under the astonishment of the pandemic that exposed the profound deterioration of outsourced working conditions, managerialist premises continued to guide the imagination of health policy design.

### The managerial incursion into the institutional birth of the SUS

As Theodoulou and Roy pointed out<sup>2</sup>, the spread of New Public Management is one of the significant political phenomena that swept contemporary states in the last decades of the previous century. From a marginal and obscure principle present in the debates of the Mont Pelerin Society in the 1950s and 1960s, the managerial culture, inspired by the formulations

<sup>1</sup>Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. [ronaldosann@gmail.com](mailto:ronaldosann@gmail.com)

<sup>2</sup>Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Instituto de Medicina Social (IMS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



of the public choice theory of James Buchanan and Gordon Tullock, reached the center of the English Welfare State with Margaret Thatcher (1979-1990), becoming organic to the ultra-conservative program of Ronald Reagan (1981-1989) in the 1980s.

The documented reactionary liberal origins of this ‘new management model’ did not, however, prevent it from being translated into the agenda of a renewed left in the 1990s. By abandoning its supposedly outdated sectarianism, the left updated itself to the demands of a capitalist modernization that was rising internationally<sup>3</sup>. Along these lines, Giddens<sup>4</sup> formulated that the ‘new left’ pursued a balance between orthodox economic policy and progressive social policies, experimenting with a third way between the pure market and the outdated bureaucracies of the welfare states.

Under this new ideological guise, the managerialist program was definitively disseminated as a left-wing ideology in the governments of Bill Clinton (1993-2001) and Tony Blair (1997-2007). From then on, well-positioned at the center of international capitalism, New Public Management consolidated its political strength and began a systematic process of global expansion. In Brazil, as Fernando Henrique Cardoso prefaced Bresser-Pereira’s book<sup>5(7)</sup>: “the inspiration for managerial reform is much more republican than liberal.” Rather than privatizing the state, Cardoso pointed out, the aim was to promote “public action on the part of citizens”<sup>5(8)</sup>

On the way to this unprecedented imbrication of business principles into public administration, two aspects of the managerial reforms are essential to note: the fight against the foundations of public planning, replaced by a management doctrine guided by austerity and cost-effectiveness principles; and the promotion of a silent and profound labor reform within public administration. Based on a deterministic theory of historical processes, the managerial *ethos* took the argument of modernization as its authority and imposed the principles of federative decentralization,

administrative flexibility, publicity and transparency (accountability) as its prescription, among others, always equated with the thesis of an austere state that should be oriented towards results.

When you put the various ends of this program together, the point of gravity converges on a frontal attack on labor rights. These, taken as a purely corporate agenda, are elevated to the status of enemy number one of the public interest – and, as such, adversaries of the demands of the new citizenship. Due to its political implications for the union struggle, the labor stability statute became the central object of this persecution. In the case of the SUS, this synthesis came to be expressed in the association between expanded access to healthcare and outsourced forms of labor contracting.

By placing work in this interpretative key, the managerial culture promoted an acute transformation in conceiving the construction of social rights in a democracy. In health, this programmatic transition to managerialism disputed and lateralized the value of work in Health Reform, with each step taken in the struggle to expand the SUS having an increasing impact.

## **The centrality of labor struggles in guaranteeing the public right to health**

In addition to identifying in the New Public Management the central thesis opposing the relationship between labor rights and the expansion of the SUS, another necessary step is to delimit how this condition is at the root of impasses present in at least three health agendas: for the federative structure of financing; for the public-private relationship of interests present in management; and, finally, for the implementation of a Regionalized Care Network in the SUS. The effort to reconstitute this mosaic of agendas, placing work at the

center of attention, should be understood not only as a theoretical-analytical method, but as a way of reconstituting the program and political identity of the Health Reform in the 21st century.

In the case of financing, the growing impact of personnel costs on municipalities is already widely known. In 2023, municipalities with up to 20,000 inhabitants – representing more than 70% of Brazilian municipalities – spent an average of 45.3% of their budget on personnel costs. In the same year, for municipalities with more than 400,000 inhabitants, 31.2% was spent on the same item<sup>6</sup>. Not counting inactive workers, R\$110.4 billion was spent, with an increasing transfer of these public resources to outsourced management contracts in the private sector. As part of this trend towards expanding the privatization of the public budget, there is a combination of lower wages and working conditions.

The absence of a tripartite fund to help create a career, with national parameters for hiring, salary, and job progression, is a solution to the pressure hiring health personnel puts on municipal budgets. Moreover, in the absence of a federal agreement on careers in the SUS, the regressive nature of decentralized spending on hiring workers increases the regional inequalities between municipalities, directly affecting the scope and quality of health care.

Many national health policy regulations define guidelines and parameters whose fulfillment by municipalities is conditional on the transfer of federal funds. The most successful health policies obey this principle. However, this structure has never been formed in the field of labor, showing that a policy of valuing labor through a state career in health points to overcoming an important deficit in the Brazilian federative pact.

In addition to this financial impact, the municipal decentralization of the employment relationship in SUS management has also produced other significant externalities: the reduction in the number of public-sector workers and the pulverization of hiring

methods. The backdrop to this structure is the managerial thesis that the new legal forms for contracting services and carrying out management allow for faster service delivery and, consequently, lower costs for civil servants.

When considering the period from 2018 to 2023, it is possible to see that all regions of the country have reduced the number of public-sector workers and increased the number of outsourced workers, with the Consolidation of Labor Laws (CLT) as the basis of the employment relationship. Considering the data from the National Register of Health Establishments<sup>7</sup> for this period, the Midwest and Northeast were the regions that most reduced the number of public servants, from 60% to 47% and 45% to 36%, respectively.

The beacon for this transition continues to be the Southeast region, which had 32% statutory employees in 2023, with the state of São Paulo leading the way with only 29% of these jobs in the SUS network. The new jobs were concentrated mainly in intermediated contracts, which include Social Health Organizations (OSS), Civil Society Organizations of Public Interest (OSCIP), and Public Private Foundations (FPDP). To get an even more accurate picture of the drama of work in the SUS, it would be essential to dissect the contracts by Autonomous Payment Receipt (RPA), by legal entity – also known as pejetization – and workers with ties through scholarships, which together add up to 7% of hirings<sup>7</sup>.

Without any federal coordination, this dispersed reality has multiplied according to Brazilian municipalities' economic reality and political context. The number of OSS contracts in the public administration has grown consistently since 2008, reaching a peak in 2015, when it was present in 20 Brazilian states in addition to the Federal District. In this context, São Paulo, Rio de Janeiro, and Minas Gerais are at the forefront of this diffusion, forming an intensely concentrated market in the hands of a few OSS<sup>7</sup>.

It is only possible to understand and overcome the fragmentation of services within

Brazilian municipalities and states with a clear understanding of the spread of outsourcing. It has become common for the same professional category to have more than one contractor within the same service, whether in a family health team or health surveillance, in urgent or emergency units. In a state-owned FPDP, workers can coexist with simplified public tenders, temporary contracts, and workers as legal entities<sup>8</sup>. In terms of sociological structure, it is not difficult to see how the principles of managerialist outsourcing support the reproduction of racial and gender inequalities, based on this persistent weakening of work.

Without a SUS career path, this pulverization of jobs and its mosaic of partnerships with the private sector, which is endemic in municipalities, states, and the federal government, has hindered the agenda of building a regionalized health network. High turnover and the fragility of the incentives created to retain professionals, especially in the poorest, most vulnerable, or hard-to-reach municipalities and localities, are the antithesis of the minimum predictability needed to plan the provision of networked services.

In the absence of a structured career with stability and well-established horizontal and vertical progression, the loss of professionals to the private sector is yet another perverse aspect that works against network planning. Once again, by clashing with public planning, the managerial paradigm acts against the implementation of the Care Network, which continues to be boycotted by the outsourcing agenda present within the public administration.

The discontinuity and fragmentation of services, the long waiting lines, the public difficulty in retaining professionals and the competition with the private sector all show how the deconstruction of public labor rights is directly linked to systemic problems in the SUS. The challenge is to reconstitute the agendas that deal with these challenges, placing work as the analysis principle.

## Labor rights and the future prospects of the SUS

More than a transformation in the state's institutional structure, the most significant victory of the managerialist culture in the health area consisted of convincing a segment of managers that the fight for a state career in the SUS is an agenda that is adverse to expanding and accessing health services. In this sense, the statutory civil servant has become a rigid obstacle to expanding the network; moreover, their functional stability and the constitution of representative unions would form a resistant nucleus, a barrier to the demands for flexibility required in day-to-day management.

The incursion of these fundamentals into the field of Health Reform itself produced a phenomenon in which the new public management adapted to the purposes of the SUS, progressively replacing the culture of public planning, which had public careers as a pillar of support. In this process, managerial premises, in principle exogenous to the Health Reform struggle, ceased to be just a temporary resource, given the fiscal constraints of the Brazilian state, but became an end in themselves – therefore, not just a possible and circumstantial way of managing and expanding the SUS, but the only and best option.

In the history of political ideas, the rise and fall of values is relatively common, or even the recombination of ideas that, opposed in a given period, become a synchronicity in other contexts. In Gramscian terms, this phenomenon has been described as political transformism or 'passive revolution.' Its most damaging aspect consists in fragmenting the coherence of transformative political programs and disorganizing the political identity of opposing segments.

In 2024, the year of the 4th National Conference on Labor Management and Health Education, the debate on the career of the SUS will take on a decisive historical power. Many social movements understand this urgency and are formulating an alternative program to the managerial field. In sync with

this political temporality, the Brazilian Center for Health Studies (CEBES) held its first Free Labor Conference this year. In its program, it reaffirmed the thesis that the various fronts of the health program require a recomposition of the value of work and that the direction of the SUS is directly associated with the daily challenges its workers face. This editorial is

a fraction of the energy and hope gathered at this meeting.

## Collaborator

Teodoro R (0000-0002-0125-7700)\* is responsible for preparing the manuscript. ■

---

## References

1. Teodoro R, Guimarães J. A Frente Pela Vida, as lutas do trabalho e o programa de reconstrução do SUS. In: Franco TB, Bussinguer EC, Silva J, organizadores. Frente pela Vida: em defesa da vida, da democracia e do SUS. Porto Alegre: Ed. Rede Unida; 2023.
2. Theodoulou SZ, Roy RK. Public administration: a very short introduction. New York: Oxford University Press; 2016.
3. Hall S. The Neoliberal Revolution. *Cult Stud.* 2011;25(6):705-728. DOI: <https://doi.org/10.1080/09502386.2011.619886>
4. Giddens A. *The Third Way*. Cambridge: Polity; 1998.
5. Cardoso FH. Prefácio. In: Bresser-Pereira LC. *Reforma do Estado para a cidadania: a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional*. São Paulo: Ed. 34; Brasília, DF: Enap; 1998.
6. Ministério da Saúde (BR). *Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2023.
7. Ministério da Saúde (BR). *Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Datasus; 2023.
8. Druck G. A Terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. *Trab Educ Saúde.* 2016;14:15-43. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00023>

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).



## Análise dos problemas vinculados aos padrões de qualidade da atenção primária no Distrito Federal

### *Analysis of problems associated with the quality standards of primary care in the Federal District*

Magda Duarte dos Anjos Scherer<sup>1,2</sup>, Thaís Alessa Leite<sup>3,4</sup>, Ricardo Ramos dos Santos<sup>4</sup>, Nília Maria de Brito Lima Prado<sup>5</sup>

DOI: 10.1590/2358-289820241428607P

**RESUMO** Este artigo analisa os problemas prioritários estabelecidos nos planos de ação da gestão local no âmbito do Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal – QualisAPS. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, conforme autoavaliações descritas nos Planos de Ação para a Qualidade, elaborados por 100 gestores das Gerências de Serviços de Atenção Primária em 2022. Os resultados demonstraram que, das cinco dimensões do instrumento de autoavaliação da qualidade, a atenção ao usuário e a organização do trabalho são as centrais para a melhoria da Atenção Primária à Saúde. Na análise temática dos problemas, foram identificados nós críticos que sinalizam prioridades de intervenção dos gestores: territorialização; planejamento e monitoramento; comunicação com o usuário; organização do trabalho; estrutura; qualificação dos profissionais; e pandemia. Os resultados demonstram que o processo contínuo de identificação de prioridades é essencial para subsidiar o planejamento em saúde pelos gestores e equipes e que o QualisAPS constitui um acertado passo para fomentar experiências com enfoque de planejamento estratégico em outros sistemas locais.

**PALAVRAS-CHAVE** Qualidade dos cuidados de saúde. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Planejamento em saúde. Avaliação em saúde.

**ABSTRACT** This article analyzes the priority problems established in the local management action plans within the scope of the Federal District's Primary Health Care Qualification Program – QualisPHC. It is a descriptive study, with a qualitative approach, based on the self-assessment described in the Quality Action Plans drawn up by 100 managers of the Primary Health Care Service Departments in 2022. The results showed that of the five dimensions of the quality self-assessment instrument, user care and work organization are the key ones for improving Primary Health Care. In the thematic analysis of the problems, critical nodes were identified that indicate priorities for intervention by managers: territorialization; planning and monitoring; communication with users; work organization; structure; qualification of professionals; and the pandemic. The results show that the continuous process of identifying priorities is essential to support health planning by managers and teams, and the QualisPHC is a good step towards fostering experiences with a strategic planning approach in other local systems.

**KEYWORDS** Quality of health care. Primary Health Care. Family Health Strategy. Health planning. Health evaluation.

<sup>1</sup>Universidade de Brasília (UnB), Faculdade de Ciências da Saúde – Brasília (DF), Brasil. [magscherer@hotmail.com](mailto:magscherer@hotmail.com)

<sup>2</sup>Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM), Centre de recherche sur le travail et le développement (CRTD) – Paris, França.

<sup>3</sup>Ministério da Saúde (MS) – Brasília (DF), Brasil.

<sup>4</sup>Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) – Brasília (DF), Brasil.

<sup>5</sup>Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto Multidisciplinar em Saúde – Salvador (BA), Brasil.



## Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) caracteriza-se pelo conjunto de ações que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Dada a sua importância estratégica, garantir uma APS de qualidade tem sido tema relevante nas questões direcionadas aos sistemas de saúde em vários países<sup>1,2</sup>. Esse pressuposto ganha força, com base nas evidências de que os sistemas que priorizam as ações primárias, como eixo organizador das práticas sanitárias, alcançam melhores indicadores de saúde, menores custos e maior satisfação dos usuários<sup>3</sup>.

No Brasil, o reconhecido potencial da APS, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) para o redirecionamento do modelo de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), colocou no centro das discussões aspectos relacionados com a resolutividade e a capacidade de articulação com os demais níveis de atenção<sup>4</sup>. Tais iniciativas viabilizaram maior aproximação da avaliação dos serviços de saúde no cotidiano da gestão da APS, tendo o território como núcleo organizacional e utilizando-se de extensa gama de indicadores relativos à qualidade dos cuidados de saúde, centrando-se nas preferências e nas necessidades dos usuários<sup>4,5</sup>.

Facchini, Tomasi e Dilélio<sup>6</sup>, contudo, em ensaio sobre a qualidade da APS no Brasil, destacaram a necessidade de um conjunto de indicadores de qualidade que expressam processos organizacionais e práticas profissionais de cada equipe da ESF na rede de serviços de saúde e na relação com o território. Nesse cenário, dentre as estratégias de maior efetividade para qualificação da APS, destaca-se o planejamento estratégico, em que as equipes realizam a identificação dos problemas de saúde na área de abrangência das unidades, para efetuar a programação local das ações, a fim de estabelecer um plano de intervenção e acompanhamento mediante o monitoramento e a avaliação contínuos<sup>7</sup>.

Em conformidade com a perspectiva supra-mencionada, e com um contexto de implantação da Política de Atenção Primária à Saúde e estabelecimento da ESF como modelo único da APS<sup>8,9</sup>, emergiu, no Distrito Federal (DF), a necessidade de qualificação das ações e serviços de saúde como uma questão estratégica. Assim, para fortalecer e institucionalizar a prática, desde 2019, o Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal (QualisAPS) estrutura de forma participativa a avaliação, monitorando e promovendo a melhoria da APS no DF por meio de ciclos avaliativos contínuos. Estes são organizados em três fases cíclicas, sendo a primeira precedida por um diagnóstico da estrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e por autoavaliação dos processos de trabalho das equipes assistenciais e de gestão local, constituindo um estudo de linha de base<sup>10-12</sup>.

O programa fundamenta-se na lógica sistêmica de avaliação como um dispositivo de formação no e pelo trabalho, articulando ações de avaliação das equipes de Saúde da Família (eSF), das equipes de Saúde Bucal (eSB) e das equipes de gestão das UBS, combinando práticas de apoio institucional, de educação permanente e estratégias para fomentar maior empoderamento dos gestores<sup>13</sup>.

O processo avaliativo do QualisAPS baseia-se em padrões de qualidade definidos localmente, construídos por meio de subsídios obtidos em oficinas de trabalho com profissionais de todas as equipes, além de oficinas com membros do Conselho de Saúde do DF e de representantes da sociedade civil organizada. As contribuições recebidas foram analisadas em triangulação com as normativas orientadoras do trabalho na APS e geraram instrumentos de autoavaliação. O primeiro ciclo avaliativo iniciou-se com a elaboração do Plano de Ação para a Qualidade (PAQ), em que as equipes da atenção primária selecionaram problemas prioritários a serem enfrentados, tendo por base os resultados da autoavaliação<sup>10</sup>.

Em meio a esse processo, fica evidente a necessidade de estudos que analisem os

problemas mais significativos para as equipes da APS, expressos nos PAQ, haja vista que estudos anteriores<sup>14,15</sup>, apesar de avaliarem a qualidade da APS no DF, não lograram a análise dos problemas a partir de um processo participativo de elaboração de padrões de qualidade e de priorização das intervenções, tal qual a lógica operacional do programa QualisAPS em curso. Sendo assim, neste artigo, objetiva-se, analisar os problemas prioritários estabelecidos nos planos de ação para a melhoria da qualidade da APS do DF.

## Material e métodos

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado em 2022 no DF. Com

população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística<sup>16</sup> de 3.094.325 habitantes, o DF é organizado em 33 Regiões Administrativas (RA), que correspondem a cidades, se comparado aos demais estados da federação brasileira, mas que se distinguem por não terem autonomia como os municípios<sup>17</sup>.

A rede de atenção primária é distribuída em sete Regiões de Saúde (RS) compostas pelas 33 RA. No período de realização da pesquisa, contabilizavam 175 UBS, sendo 10 prisionais. As 165 UBS que atendem a população geral funcionam, ao todo, com 100 Gerências de Serviços de Atenção Primária (GSAP), 609 eSF, 286 eSB e 59 equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (eNasf-AB) (tabela 1).

Tabela 1. Quantitativo de UBS, eSF, eSB e equipes das GSAP por Região Administrativa e Região de Saúde no Distrito Federal, 2022

Região de Saúde	Região Administrativa	UBS	eSF	eSB	GSAP
Central	Cruzeiro	2	10	3	2
	Lago Norte	1	4	1	1
	Plano Piloto	5	24	5	4
	Varjão	1	3	1	1
	<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>41</b>	<b>10</b>	<b>8</b>
Centro-sul	Candangolândia	1	5	2	1
	Guará	5	23	11	4
	Núcleo Bandeirante	2	7	3	1
	Park Way	1	1	1	0
	Riacho Fundo I	2	10	4	2
	Riacho Fundo II	5	16	4	2
	Scia/Estrutural	2	12	6	1
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>74</b>	<b>31</b>	<b>11</b>	
Norte	Fercal	3	4	3	1
	Planaltina	20	48	20	9
	Sobradinho	6	24	14	3
	Sobradinho II	7	21	11	3
	<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>97</b>	<b>48</b>	<b>16</b>
Oeste	Brazlândia	9	16	8	3
	Ceilândia	18	80	36	18
	<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>96</b>	<b>44</b>	<b>21</b>

Tabela 1. Quantitativo de UBS, eSF, eSB e equipes das GSAP por Região Administrativa e Região de Saúde no Distrito Federal, 2022

Região de Saúde	Região Administrativa	UBS	eSF	eSB	GSAP
Sudoeste	Águas Claras	2	7	4	1
	Recanto das Emas	9	36	21	5
	Samambaia	13	60	37	9
	Taguatinga	7	49	21	7
	Vicente Pires	1	8	3	1
	<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>160</b>	<b>86</b>	<b>23</b>
Sul	Gama	10	39	20	7
	Santa Maria	8	28	14	5
	<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>67</b>	<b>34</b>	<b>12</b>
Total		165	603	286	100

Fonte: elaboração própria com base em dados da pesquisa.

Cada UBS do DF é gerida por um Gerente de Serviços de Atenção Primária e por um Supervisor de Serviços de APS. Em alguns cenários, um mesmo gerente é responsável por mais de uma UBS.

Para analisar as prioridades para a melhoria da APS do DF, foram coletados dados dos PAQ, elaborados de dezembro de 2021 a março de 2022 por 100 gestores das GSAP das 7 RS, responsáveis por gerenciar as 165 UBS. Os dados estão disponíveis na Plataforma QualisAPS<sup>18</sup>, ferramenta criada para que as equipes de APS pudessem responder aos

instrumentos de autoavaliação, monitorar o desenvolvimento da autoavaliação, bem como realizar a elaboração e acompanhamento do PAQ.

Para este estudo, foram extraídos do banco de dados da Plataforma QualisAPS<sup>18</sup>, em cada região de saúde, os quatro principais padrões de qualidade incluídos no PAQ dos gestores durante o primeiro ciclo avaliativo, que expressam os problemas a serem enfrentados, conforme resultados da autoavaliação orientada por instrumento que continha 36 padrões (*tabela 2*).

Tabela 2. Padrões de qualidade por dimensão e subdimensão – instrumento de autoavaliação das GSAP

Dimensões	Dimensões	Nº de padrões
Atenção ao usuário	Acesso	2
	Atenção Integral	3
	Educação e Comunicação em Saúde	1
	Participação e Controle Social	3
Estrutura	Estrutura Física e Equipamentos	2
	Materiais, Insumos e Medicamentos	2
Gestão do trabalho	Força de trabalho	3
	Qualificação e Educação Permanente	2
Organização da rede de atenção	Integração da Rede	5
	Integração Ensino-Serviço	2
Organização do trabalho	Ações no território	3
	Planejamento, Monitoramento e Avaliação	8

Fonte: Cadernos QualisAPS<sup>10</sup>.

A seleção dos padrões para o PAQ obedecia aos seguintes critérios: inclusão de, pelo menos, quatro padrões, sendo dois classificados com grau I (áreas prioritárias para a qualidade da APS) e associados aos indicadores dos Acordos de Gestão Local (AGL), e outros dois de livre escolha, considerando critérios de baixo cumprimento, especificidades do território, magnitude do problema diante das demandas da população, repercussão na qualidade do atendimento ao usuário, governabilidade da equipe na execução das ações a serem propostas. Em situações em que mais de um padrão foi contemplado em quarto lugar, optou-se pela inclusão de todos.

Na sequência, nas sete RS, para cada um dos padrões selecionados, localizaram-se os problemas a serem objeto de intervenção, descritos pelos gestores. Considera-se que um problema é algo fora dos padrões de normalidade, definido a partir do conhecimento, do interesse e da capacidade de agir do ator social que analisou a situação, ou seja, ele é sempre situacional<sup>19</sup>.

Observou-se que, em muitos casos, os participantes, ao invés de descrever um problema, repetiam a redação do padrão de qualidade ou descreviam causas ou consequências, as quais foram excluídas da análise.

Nesse sentido, submetidos à análise de conteúdo proposta por Bardin<sup>20</sup>, os problemas passaram pelos procedimentos de leitura fluente, interpretação, identificação de temas, agrupamento segundo critério semântico e categorização de acordo com o que emergiu da análise.

Na etapa posterior, os problemas foram organizados conforme a presença em cada padrão, segundo região de saúde, possibilitando a comparação entre as regiões. Em seguida, para identificar as prioridades estabelecidas nos planos de ação, realizou-se análise transversal dos problemas identificados em todos os padrões selecionando aqueles que se repetem, constituindo nós críticos, ou seja, seleção dos problemas cruciais (subproblemas que, se alterados, modificam os problemas) e

que explicam a problemática<sup>21</sup>. Os nós críticos foram sistematizados, *a posteriori*, em seis categorias temáticas, indicando as prioridades de ação para a melhoria da APS no DF: territorialização; planejamento e monitoramento; comunicação com o usuário; organização do trabalho; estrutura das UBS; qualificação dos profissionais; e pandemia.

O presente estudo é fruto de colaboração entre profissionais da área técnica e da gestão da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (SES-DF) e de pesquisadores da Universidade de Brasília. Outrossim, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 29640120.6.0000.0030 e parecer nº 5.396.127, tendo respeitado todos os preceitos éticos para pesquisas com seres humanos, em conformidade com que define o Conselho Nacional de Saúde por intermédio das Resoluções nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e nº 510, de 7 de abril de 2016.

## Resultados

Os resultados obtidos dos PAQ das GSAP mostram que, das cinco dimensões do instrumento de autoavaliação da qualidade da APS (*tabela 2*), a atenção ao usuário e a organização do trabalho são as que abrigam os problemas prioritários a serem enfrentados pelos gestores nas RS para a melhoria da APS.

Na dimensão atenção ao usuário, o padrão ‘a equipe de gestão disponibiliza informações sobre o funcionamento da UBS de forma clara e acessível à população’ foi selecionado por seis das sete RS, enquanto ‘a equipe estabelece parâmetros para organização da agenda de demandas programada e espontânea’ foi escolhido por quatro regiões. Ainda nessa dimensão, os gestores de três regiões incluíram nos seus PAQ o padrão ‘a equipe de gestão promove a realização de Práticas Integrativas em Saúde (PIS) na APS’.

O quadro 1 apresenta os problemas referentes a cada padrão da dimensão atenção ao usuário, descritos pelos gestores, destacando-se: a falta de materiais e mapas informativos, de atualização e uniformidade das informações, de definição de fluxos nas UBS e de ações de educação em saúde; a priorização da demanda espontânea, as dificuldades

para organizar a demanda programada e o agendamento, as fragilidades do cadastro da população, além da subutilização de horários estendidos nas UBS; a desmobilização das atividades coletivas pela pandemia; a falta de espaço físico e materiais; as deficiências na qualificação dos profissionais da gestão e assistência.

Quadro 1. Problemas elencados por Região de Saúde de acordo com o padrão segundo a dimensão atenção ao usuário do instrumento de autoavaliação das gerências da APS e padrões priorizados por cada região, Brasília-DF, 2022

RS	Padrão	Problemas
Central	Disponibilização de informações sobre o funcionamento da UBS	Sobrecarga do serviço de saúde; enfoque nas ações da pandemia; falta informação atualizada; modo de funcionamento não padronizado; divergência de informações; comunicação inadequada com a população.
Centro-Sul	Parâmetros para organização de agenda	Fragilidades dos cadastros; dificuldade de agendamento de cuidado programado; falta de otimização do atendimento em horários alternativos.
	Disponibilização de informações sobre o funcionamento da UBS	Falta de clareza das informações; falta de materiais; sobrecarga do serviço de saúde.
Leste	Parâmetros para organização de agenda	Demanda programada reprimida pela pandemia; dificuldade de controle das agendas pelos gestores; absenteísmo profissional.
	Realização de práticas integrativas em saúde na APS	Espaço físico inadequado; necessidade de educação permanente voltados para a práticas integrativas.
	Disponibilização de informações sobre o funcionamento da UBS	Descontinuidade de reuniões com lideranças locais; espaço físico inadequado; comunicação inadequada; déficit de recursos humanos.
Norte	Parâmetros para organização de agenda	Alta demanda espontânea; parâmetros voltados para a pandemia; dificuldade de organizar a agenda de atendimento nos casos de ausências programadas ou imprevistas dos profissionais.
	Realização de práticas integrativas em saúde na APS	Desmobilização de atividades coletivas na pandemia; espaço físico inadequado para a PIS; gestores não qualificados para o fomento ou valorização das PIS na APS; profissionais sem conhecimentos específicos em PIS; dificuldade de horário protegido na agenda para realização das PIS; desinteresse dos profissionais por capacitações nessa temática.
	Disponibilização de informações sobre o funcionamento da UBS	Enfoque nas ações sobre pandemia, descontinuando algumas ofertas; ausência de informações atualizadas sobre os serviços disponíveis na UBS; sobrecarga do serviço de saúde.
Oeste	Realização de práticas integrativas em saúde na APS	Falta de materiais necessários para o desenvolvimento das PIS; ausência de recursos financeiros; ausência de clareza das informações; déficit de recursos humanos; espaço físico inadequado
	Disponibilização de informações sobre o funcionamento da UBS	não identificado.
Sudoeste	Disponibilização de informações sobre o funcionamento da UBS	Ausência de mapas de territorialização nas UBS; ausência de reterritorialização; ausência de informações atualizadas; falta de uniformidade de informações; inconsistências de informações no site da SES-DF; ausência de ações de educação em saúde.

Quadro 1. Problemas elencados por Região de Saúde de acordo com o padrão segundo a dimensão atenção ao usuário do instrumento de autoavaliação das gerências da APS e padrões priorizados por cada região, Brasília-DF, 2022

RS	Padrão	Problemas
Sul	Parâmetros para organização de agenda	Não inclusão de ações PIS na organização da agenda da equipe/profissional; receio de retomar atividades coletivas; sobrecarga de trabalho dos profissionais.
	Disponibilização de informações sobre o funcionamento da UBS	Falta de materiais para a realização de atividades no serviço; informações desatualizadas sobrecarga do serviço de saúde; absenteísmo profissional.

Fonte: elaboração própria com base no Banco de dados QualisAPS<sup>18</sup>.

Na dimensão organização do trabalho, o padrão ‘a equipe dispõe de diagnóstico situacional do território’ foi incluído no PAQ pelos gestores das sete RS; ‘a equipe de gestão monitora e avalia os indicadores previstos nos AGL’ foi selecionado em seis RS; ‘a equipe de gestão estabelece mecanismos de planejamento, monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas na APS’ foi incluído em três; e o padrão ‘a equipe de gestão implementa diretrizes, protocolos e fluxos para orientação dos processos de trabalho das equipes da UBS’, em duas RS.

O quadro 2 mostra os problemas, referentes a cada padrão da dimensão organização do trabalho, descritos pelos gestores, tais como: o baixo percentual de cadastros da população; o déficit de recursos humanos e o

desvio de função (principalmente dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS); as dificuldades de acesso ao território; o uso inadequado dos sistemas de informação; a existência de população flutuante e de territórios maiores que o preconizado. Também foram citadas a falta de ações de educação permanente, a sobrecarga dos profissionais, a dificuldade de priorização do tema monitoramento e planejamento e de garantia de reuniões de equipe para discussão de dados, bem como de acesso aos sistemas de informação, em um contexto de restrições de diversas ordens durante a pandemia. Além disso, foram destacados a baixa adesão de profissionais a protocolos, a não padronização de fluxos e processos de trabalho e o déficit de recursos humanos.

Quadro 2. Problemas elencados por Região de Saúde de acordo com o padrão segundo a dimensão organização do trabalho do instrumento de autoavaliação das gerências da APS e padrões priorizados por cada região, Brasília-DF, 2022

RS	Padrão	Problemas
Central	Diagnóstico situacional	Déficit de cadastros; absenteísmo; inconsistência de cadastros; sobrecarga; falta de identificação institucional do ACS; déficit de recursos humanos; instabilidade do e-SUS; dificuldade de cadastro de população flutuante; desatualização de mapas de; déficit de ACS.
	Monitora e avalia os indicadores previstos nos AGL	Lentidão do e-SUS; falta de educação permanente cadastro; absenteísmo; sobrecarga; falta de planejamento; baixa qualidade dos registros; instabilidade do e-sus; falta de educação permanente cadastro; cadastros inconsistentes; dificuldade de cadastro população flutuante.
Centro-Sul	Diagnóstico situacional	Déficit de cadastros; cadastros incompletos e inconsistentes; necessidade de educação permanente cadastro; falta de cadastro por não realização de visitas; rotatividade de moradores; falta de transporte para cadastramento dos usuários; cadastro desatualizado; déficit de cadastros; cadastro inconsistente; falta de priorização da territorialização pela equipe; território de difícil acesso.

Quadro 2. Problemas elencados por Região de Saúde de acordo com o padrão segundo a dimensão organização do trabalho do instrumento de autoavaliação das gerências da APS e padrões priorizados por cada região, Brasília-DF, 2022

RS	Padrão	Problemas
Leste	Monitora e avalia os indicadores previstos nos AGL	Demanda espontânea sem vinculação com a equipe; ausência de horário protegido para análise de dados; ausência de instrumento para análise de dados; dificuldade de acesso aos relatórios do e-SUS; gestores não priorizam indicadores; flutuação de usuários no território.
	Estabelecimento de mecanismos de planejamento, monitoramento e avaliação	Internet e funcionamento dos computadores instáveis; sobrecarga com atividades administrativas; inexistência de horário para colegiado gestor das unidades; falta de preparo da gestão; dificuldade de acompanhar junto às equipes; profissionais não priorizam avaliação de indicadores; sobrecarga do gestor; falta de treinamento para uso do e-sus; dificuldade de acesso ao território.
Norte	Diagnóstico situacional	Baixo percentual de cadastros; dificuldade de cadastramento na pandemia; dificuldade de coleta e atualização de dados na pandemia; modificações de prioridades em função da pandemia; déficit recursos humanos; déficit de ACS; dificuldade de acesso ao território; sobrecarga dos profissionais; inconsistências nos registros no e-sus; falta de informações sobre o território.
	Monitora e avalia os indicadores previstos nos AGL	Falta de educação permanente cadastro; absenteísmo; sobrecarga; desatualização de dados; falta de planejamento; baixa qualidade dos registros; instabilidade do e-sus; dificuldade de cadastro de população flutuante.
	Implementação de diretrizes, protocolos e fluxos para orientação dos processos de trabalho	Baixa adesão ao protocolo demanda espontânea; deficiência de acolhimento; enfoque nas ações da pandemia; sobrecarga; rotatividade de gestores.
Oeste	Diagnóstico situacional	Necessidade de educação permanente; baixa qualidade dos registros; dificuldade de acesso ao território e de cadastro; dificuldade de cadastro devido população flutuante; indisponibilidade de dados; fragilidade dos cadastros; não priorização de análise situacional; território de difícil acesso.
	Monitora e avalia os indicadores previstos nos AGL	Sobrecarga; gestores e profissionais não priorizam avaliação dos indicadores; dificuldades para sistematizar dados sistema de informação; gestores não qualificados.
	Estabelecimento de mecanismos de planejamento, monitoramento e avaliação	Não priorização de indicadores; dificuldades para realizar reunião de equipe.
Sudoeste	Diagnóstico situacional	Cadastro inconcluso; déficit de cadastro; desinteresse das equipes; reterritorialização; déficit de recursos humanos/ACS; desvio de atribuições ACS; não cumprimento de ações por ACS e coordenadores das equipes; uso inadequado dos sistemas de informação.
	Monitora e avalia os indicadores previstos nos AGL	Dificuldade para realizar reuniões de equipe; ausência de educação permanente; sobrecarga gestores; instabilidade de sistemas (e-SUS, Sisab, Auxílio Brasil e e-Gestor); dificuldade no acesso aos dados; inexistência de plano de ação.
	Estabelecimento de mecanismos de planejamento, monitoramento e avaliação	Dificuldade para priorizar planejamento e monitoramento dos dados; dificuldade para acompanhar cadastramento; desconhecimento das equipes acerca do número de cadastros; baixo conhecimento do território; inexistência de ações de planejamento, monitoramento e avaliação; falta de recursos materiais; falta de planejamento integrado entre equipes; dificuldade em ajustar inconsistências cadastros; falta de recursos estruturais para monitoramento dos dados; dificuldade de aperfeiçoamento das ferramentas de gestão local.
	Implementação de diretrizes, protocolos e fluxos para orientação dos processos de trabalho	Educação permanente conhecimento de informática; déficit recursos humanos; inconsistências de cadastros; sobrecarga gestores; falta de recursos materiais; falta de engajamento; diferentes modos de trabalho das equipes; fluxos e processos de trabalho sem padronização técnica; resistência a mudanças operacionais.

Quadro 2. Problemas elencados por Região de Saúde de acordo com o padrão segundo a dimensão organização do trabalho do instrumento de autoavaliação das gerências da APS e padrões priorizados por cada região, Brasília-DF, 2022

RS	Padrão	Problemas
Sul	Diagnóstico situacional	Área de abrangência maior do que o preconizado; déficit de ACS; desconhecimento da equipe; falta de informações sobre o território; dificuldade inserção registros no e-sus; déficit de recursos humanos desvio de função de ACS; mudança de território adstrito.
	Monitora e avalia os indicadores previstos nos AGL	Sobrecarga; déficit de recursos humanos; despreparo da gestão; dificuldade de acompanhamento das equipes pela gestão.

Fonte: elaboração própria com base no Banco de dados QualisAPS<sup>18</sup>.

Na análise transversal dos problemas identificados em todos os padrões das dimensões selecionadas pelos gestores no conjunto das RS, identificaram-se os ‘nós críticos’ que são descritos a seguir, segundo agrupamento temático.

### Territorialização

Aspectos relacionados com a territorialização da atenção primária foram citados pelos gestores como fundamentais para organização e prestação dos serviços na APS. A baixa cobertura da população cadastrada, os cadastros inconsistentes ou desatualizados resultam na dificuldade de dispor de informações atualizadas do território de maneira a possibilitar que as equipes tenham diagnósticos que orientem a atenção à saúde da sua população.

### Planejamento e monitoramento

A situação em relação à territorialização traz fragilidades para efetivar o planejamento e o monitoramento das ações, evidenciadas pela dificuldade de acessar informações estratégicas, bem como de dispor de técnicas para análise de dados e do conhecimento dos profissionais para manejá-las.

### Comunicação com o usuário

A comunicação insuficiente com o usuário figura como aspecto restritivo ao acesso aos

serviços, assim como passa a ser temática prioritária nos PAQ dos gestores realizados em 2022. Destaca-se o fato de os profissionais não terem clareza sobre quais informações fornecer, a falta de informação atualizada e de materiais de apoio sobre os serviços existentes que possam facilitar a divulgação, e a descontinuidade das reuniões das equipes com lideranças locais.

### Organização do trabalho

Observa-se que os gestores do DF dão enfoque aos problemas relacionados com a organização do trabalho das equipes da gestão e da assistência. A alta demanda por atendimento e a sobrecarga restringem a atuação dos profissionais. Foram citados ainda aspectos dificultadores relativos a desvios de função dos ACS, dificuldades para acessar o território da UBS tendo em vista as distâncias, a presença de população flutuante ou a ausência de moradores nas residências, assim como a falta de horário protegido das equipes para realizar reuniões.

### Estrutura das Unidades Básicas de Saúde

Quanto à estrutura das UBS, no que diz respeito aos recursos físicos, organizacionais e humanos existentes nos serviços de saúde, os gestores referem: deficiências na gestão de equipamentos (com destaque para

computadores e conectividade) e de insumos e materiais; infraestrutura física inadequada; ausência de transporte para deslocamento no território; e falta de recursos humanos, sobretudo dos ACS, além do problema do absenteísmo.

### Qualificação dos profissionais

Entre os problemas que impactam na qualidade dos serviços de saúde, o insuficiente investimento na qualificação dos profissionais, especificamente no que se refere a poucas iniciativas de educação permanente, segundo os gestores, resulta no conhecimento limitado sobre atenção primária e na baixa adesão ao modelo da ESF, assim como no uso do prontuário eletrônico e-SUS APS.

### Pandemia

Quanto aos fatores externos, apesar de referido em menor número, o cenário de enfrentamento da pandemia da covid-19 foi correlacionado com modificações de prioridades dos serviços ofertados na APS e com certa descontinuidade de ações, especialmente referentes à organização e implementação de atividades coletivas em educação em saúde, à coleta de dados e à atualização de cadastros dos usuários adstritos.

### Discussão

Os resultados do presente estudo, por meio do que foi expresso pelos gestores nos seus planos de ação, sinalizam prioridades de intervenção nas dimensões de atenção ao usuário e de organização do trabalho para a melhoria da qualidade da APS do DF. Nessas dimensões, são apontados problemas a serem enfrentados no que diz respeito, sobretudo, à territorialização, ao planejamento e monitoramento das ações, à disponibilização de informações e comunicação com os usuários, à organização do processo de trabalho e qualificação dos profissionais, assim como no componente estrutural das

UBS. Problemas decorrentes da pandemia da covid-19 aparecem como transversais a todo o processo.

A baixa cobertura da população cadastrada, os cadastros inconsistentes ou desatualizados resultam na dificuldade de dispor de informações atualizadas do território de maneira a possibilitar que as equipes tenham diagnósticos que orientem a atenção à saúde da sua população. No período de realização da pesquisa, a APS no DF dispunha de 955 ACS, correspondendo a menos de um agente por eSF, o que representa um quantitativo muito inferior ao preconizado pelas normativas da APS nacional e distrital, com implicações, conseqüentemente, para o planejamento de ações e serviços a serem ofertados pelas equipes e organização dos fluxos das Redes de Atenção à Saúde.

A atenção territorializada por equipes de APS no SUS constitui um aspecto central para o reordenamento assistencial baseado na ESF, entretanto, é um aspecto apontado como frágil ou inexistente pelas equipes do DF no que se refere à definição do limite político-administrativo, seja devido a um incipiente planejamento territorial, seja por dificuldades para acessar territórios geograficamente distantes ou permeados por condições sociais específicas.

Trata-se de um problema recorrente, que se desdobra em dificuldades organizacionais, como no cadastramento das famílias e indivíduos e na análise sociodemográfica, e em dificuldades assistenciais, como a baixa capacidade de resposta adequada aos problemas de saúde da população<sup>22</sup> limitando o enfrentamento das iniquidades sociais em territórios vulneráveis<sup>23</sup>, com prejuízos à abordagem comunitária, particularmente, a visita domiciliar e a articulação com ações intersetoriais, a exemplo do Programa Bolsa Família e do Programa Saúde na Escola<sup>24</sup>.

Em âmbito nacional, a estratégia e-SUS APS estrutura a coleta e a disponibilização de dados da APS com o objetivo de qualificar a gestão do cuidado e da informação. O DF implantou tardiamente o Prontuário Eletrônico

do Cidadão (PEC) do e-SUS APS, no ano de 2018, e desencadeou um processo de formação de multiplicadores para configuração e uso do prontuário, a partir das estratégias de planejamento, monitoramento e avaliação<sup>25</sup>.

As dificuldades operacionais mencionadas pelos gestores corroboram outros estudos<sup>26-28</sup> ao desvelarem demandas relativas ao manuseio das ferramentas digitais, como o prontuário eletrônico, assim como erros no preenchimento do sistema e para atualização de dados, com consequente perda de dados de pacientes, e aspectos estruturais relativos à infraestrutura tecnológica nas UBS, computadores danificados, falta de suporte técnico e treinamento/educação continuada dos profissionais de saúde.

Outro ponto que merece destaque é a comunicação e a disseminação de informações, ferramentas importantes no contexto da ESF, uma vez que proporcionam às eSF, a seus profissionais e à população assistidas meios para melhorar a assistência à saúde e aprimorar a vigilância epidemiológica e seus indicadores<sup>29</sup>. É imprescindível o conhecimento de todos os profissionais das eSF para utilizar o conjunto de dados estruturados pelos sistemas de informação em saúde, a fim de traçar estratégias, definir metas e identificar intervenções que se fizerem necessárias na atenção da população das suas respectivas áreas de cobertura, bem como para avaliar o resultado do trabalho desenvolvido pela equipe<sup>30</sup>. Essas condições confirmam a falta de segurança, a confiabilidade e a fragilidade no apoio à decisão, prejudicando a atenção/atendimento ao usuário e dificultando a atuação de profissionais e gestores.

No que concerne ao domínio dos dados e à produção das informações, as lacunas identificadas podem estar associadas aos problemas na comunicação com os usuários. Nesse sentido, a falta de interação com as lideranças locais, associada às informações desatualizadas ou inadequadas, pode afetar diretamente os atributos essenciais da APS.

Entre as diversas ferramentas disponíveis para aprimorar a comunicação no âmbito da APS, o aplicativo WhatsApp® é um dos meios

mais utilizados para levar informação às equipes e à população. No âmbito da SES-DF, é comum que as GSAP criem grupos para divulgar as mais diversas informações e os assuntos de interesse das eSF. Há ainda algumas UBS que utilizam o aplicativo para comunicação direta com a comunidade, quer seja para informações gerais dos serviços ofertados pela Unidade, quer seja como canal de divulgação de conteúdo técnico/científico<sup>30-32</sup>.

Nessa relação com os usuários, um problema recorrente para a organização do trabalho tem sido o desvio de função do ACS, bem descrito em estudos<sup>33,34</sup> que tratam da importância desse profissional para a existência da ESF, não sendo exclusividade do DF. Há crescente burocratização do seu trabalho, muito voltado ao preenchimento de formulários e coleta de dados, distanciando o ACS da sua atuação comunitária<sup>34,35</sup>. Segundo Santos et al.<sup>36</sup>, o ACS é visto como um trabalhador polivalente, com definição pouco clara das suas atribuições, sendo que, muitas vezes, a própria equipe as desconhece, o que é associado à pouca valorização da sua atuação, gerando desmotivação no trabalhador.

Com relação às questões estruturais da APS, de acordo com os gestores locais, a estrutura física das UBS e os transportes inadequados, as dificuldades de gestão de equipamentos, materiais e insumos e a existência de equipes incompletas ou o alto absenteísmo profissional figuram também entre os principais problemas levantados. A estrutura refere-se aos recursos físicos, organizacionais e humanos existentes nos serviços de saúde. Assim, preconiza-se adequar-se ao amplo escopo de atuação das equipes de APS, para o desempenho profissional eficiente, satisfação dos usuários e melhor qualidade e resultados em saúde<sup>37</sup>.

No âmbito normativo, tanto a Política de Atenção Primária do DF<sup>38</sup> quanto a Política Nacional de Atenção Básica<sup>39</sup> estabelecem as diretrizes para a garantia da infraestrutura adequada e com boas condições para o funcionamento das UBS. Entretanto, os resultados da tipologia de estrutura das UBS do DF

revelam que, das 157 UBS avaliadas de acordo com tipos de equipe, elenco de profissionais, serviços disponíveis, estrutura física, insumos e equipamentos de Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC), apenas 1,9% atingiram classificação máxima, tipo A, o que corresponde a 3 UBS. As demais foram classificadas em tipo B (33,8%), tipo C (33,1%), tipo D (19,1%) e tipo E (12,1%)<sup>40</sup>. Esse estudo evidenciou as diferenças de distribuição de tipos de UBS nas RS, sendo que as menores notas foram atribuídas às dimensões serviços disponíveis e tipos de equipes.

Quanto ao problema da sobrecarga dos profissionais, um dos nós críticos mais citados, os gerentes se referem apenas à alta demanda por atendimento, no entanto, a literatura destaca como aspectos relacionados com isso as condições precárias de trabalho, as dificuldades nas relações interpessoais no seio da equipe assistencial e dessa com a equipe de gestão, assim como a atuação em áreas de grande vulnerabilidade social e riscos de violência<sup>10</sup>.

Os resultados deste estudo evidenciam que a capacitação e a educação permanente dos profissionais são um nó crítico que perpassa todos os agrupamentos temáticos analisados até aqui, a exemplo do uso inadequado do e-SUS APS, no que se refere tanto ao planejamento e monitoramento quanto à comunicação com o usuário. Nesse contexto, ressalta-se que, além da presença de profissionais na composição das equipes, a formação e a qualificação destes voltadas às especificidades da APS, que os aproximem cada vez mais das necessidades da comunidade, assim como o tempo de permanência na equipe, associam-se a melhores resultados<sup>41</sup>.

Os gestores sinalizam a necessidade de ampliar o conhecimento dos profissionais sobre a APS visando à adesão ao modelo de saúde da família. Todavia, é preciso ter cuidado para não fazer uma associação linear de causa e efeito, tendo em vista que outros aspectos, tais como os valores das pessoas, a experiência de trabalho na APS, a existência de gestão democrática e de espaços que permitam a

criatividade, concorrerão para maior ou menor adesão a um projeto coletivo.

A literatura relata dificuldades para efetivar a Educação Permanente em Saúde (EPS), os quais estão relacionadas com falta de recursos, desalinhamento conceitual, rotatividade de gestores, fragmentação das áreas que compõem a gestão de recursos humanos, desconhecimento e burocracia na execução das ações, mesmo muitas vezes havendo recursos financeiros. Seriam facilitadores dos processos de EPS: a existência de ações regionalizadas, os espaços colegiados envolvendo os trabalhadores e o estabelecimento de convergências entre as áreas de educação e a do trabalho<sup>42</sup>.

Cabe destacar o absenteísmo profissional que se caracteriza como importante problema nos serviços de saúde, sendo também apontado pelos gestores do DF – e ainda, localizar essa questão no contexto pandêmico, em que estudos demonstraram impacto nos motivos e na duração dos afastamentos<sup>43</sup>. Ademais, somam-se mudanças ao processo de trabalho, com a inclusão de tecnologias digitais, especialmente para ofertar o monitoramento dos casos nos territórios e se adequar às medidas de distanciamento físico, assim como para garantir a continuidade dos atendimentos e do acompanhamento individual e familiar.

O cenário pandêmico foi destacado nos registros dos gestores quanto às dificuldades para a continuidade de atividades rotineiras na APS, tais como das atividades coletivas de educação em saúde e cuidado às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis, resultado encontrado em outros estudos<sup>44,45</sup>, com repercussões para o planejamento das ações de saúde.

## Considerações finais

Os achados do presente estudo demonstram a existência, no DF, de um movimento potencializador de processos de planejamento e monitoramento das ações e serviços ofertados pela APS. Entretanto, as fragilidades na formulação dos problemas sinalizam a necessidade de

apoio da gestão central aos gestores locais para qualificar ainda mais os seus planos de ação.

Nesse contexto, como limitação do estudo, podem ser apontados problemas que não foram devidamente explicitados pelos gestores nos planos de ação, e que, pela ausência de dados, não puderam ser analisados. Além disso, este estudo se limitou a um recorte específico do cenário pesquisado, evidenciando assim os desafios do processo de trabalho inscritos em um contexto singular e baseado apenas na ótica dos gestores.

A experiência de planejamento analisada neste manuscrito pode direcionar

contribuições acerca de elementos importantes para suscitar o fortalecimento do planejamento e da avaliação não apenas no DF como também em outros sistemas locais de saúde.

## Colaboradores

Scherer MDA (0000-0002-1465-7949)\*, Leite TA (0000-0001-9307-4807)\*, Santos RR (0000-0003-1202-3579)\* e Prado NMBL (0000-0001-8243-5662)\* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

---

## Referências

- Pandhi N, Kraft S, Berkson S, et al. Building quality-ready primary care teams: a mixed methods assessment and lessons learned from implementing a microsystems approach. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1):847. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3650-4>
- Macinko J, Harris MJ, DPhil MBBS, et al. Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ): Fulfilling the Potential of the World's Largest Payment for Performance System in Primary Care. *J Ambul Care Manage.* 2017;40(supl2):4-11. DOI: <https://doi.org/10.1097/jac.0000000000000189>
- Champagne F, Contandriopoulos AP, Tanon A, et al. Utilizar a avaliação. In: Brousselle A, Contandriopoulos AP, Hartz Z, et al., organizadores. *Avaliação: conceitos e métodos.* Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2016. p. 242-261.
- Tomasi E, Nedel FB, Barbosa ACQ. Avaliação, Monitoramento e Melhoria da Qualidade na APS. *Rev APS.* 2021;3(2):131-143. DOI: <https://doi.org/10.14295/aps.v3i2.208>
- Ramos M, Brandão AL, Graever L, et al. Melhoria contínua da qualidade: uma análise pela perspectiva dos profissionais das equipes de atenção primária à saúde do município do Rio de Janeiro. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2023;16(43):2736. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmf16\(43\)2736](https://doi.org/10.5712/rbmf16(43)2736)
- Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde debate.* 2018;42(esp1):208-223. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>
- Ribeiro LA, Scatena JH. A avaliação da atenção primária à saúde no contexto brasileiro: uma análise da produção científica entre 2007 e 2017. *Saude Soc.* 2019;28(2):95-110. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180884>
- Secretaria de Estado de Saúde (DF). Portaria nº 78, de 14 de fevereiro de 2017. Regulamenta o art. 51 da

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- Portaria nº 77, de 2017, para disciplinar o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal ao modelo da Estratégia Saúde da Família. Diário Oficial do Distrito Federal, Brasília, DF. 2017 fev 15; Seção 1:7-8.
9. Poder Executivo (DF). Lei nº 6.133, de 6 de abril de 2018. Estabelece a Estratégia Saúde Família como modelo da atenção primária do Distrito Federal e promove medidas para seu fortalecimento. Diário Oficial do Distrito Federal, Brasília, DF. 2018 abr 9; Seção I:1.
  10. Scherer MDA, Freitas SBF. Metodologia da avaliação da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. Brasília, DF: Escola de Governo Fiocruz Brasília; 2022. (Cadernos QualisAPS).
  11. Secretaria de Estado de Saúde (DF). Portaria nº 39, de 23 de janeiro de 2019. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal, o Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde. Diário Oficial do Distrito Federal, Brasília, DF. 2019 fev 14; Seção I:6.
  12. Lima JG, Giovanella L, Fausto MCR, et al. O processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: contribuições para o cuidado em territórios rurais remotos na Amazônia, Brasil. Cad Saúde Pública. 2021;37(8):e00247820. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00247820>
  13. Secretaria de Estado de Saúde (DF); Universidade de Brasília; Fundação Oswaldo Cruz. Manual da Avaliação da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. Programa Qualificação da Atenção Primária do Distrito Federal. Elaboração e implantação de sistemática de avaliação da Atenção Primária do Distrito Federal. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2020. (Cadernos QualisAPS).
  14. Shimizu HE, Ramos MC. Avaliação da qualidade da estratégia saúde da família no Distrito Federal. Rev Bras Enferm. 2019;72(2):385-92. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0130>
  15. Poças K. Avaliação da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal [tese]. Brasília, DF: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília; 2017.
  16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Cidades: Distrito Federal [Internet]. [Rio de Janeiro]: IBGE; 2021 [acesso em 2023 maio 8]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/df/brasilia/panorama>
  17. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – e-Gestor [Internet]. [Brasília, DF]: Sisab; 2023 [acesso em 2023 maio 8]. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/paginas/ acessoRestrito/relatorio/municipio/indicadores/indicadorCadastrtro.xhtml>
  18. Universidade de Brasília. Programa QUALIS APS. Avaliação da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal [Internet]. [Brasília, DF]: UnB; 2023 [acesso em 2023 maio 8]. Disponível em: <https://qualisaps.unb.br/home>
  19. Matus C. Política, planejamento e governo. 3. ed. Brasília, DF: IPEA, 1997.
  20. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
  21. Teles IDF, Costa MTG, Cândido JAB, et al. Planejamento estratégico como ferramenta de gestão local na atenção primária à saúde. Rev Fam Ciclos Vida Saúde Contexto Soc. 2020;8(1):27-38. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v8i1.4454>
  22. Faria RM. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. Ciênc saúde coletiva. 2020;25(11):4521-4530. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.30662018>
  23. Fiorati RC, Cândido FCA, Souza LB, et al. Rede de atenção intersetorial para enfrentamento das iniquidades nos territórios: uma abordagem interpretativa-reconstrutiva. Lisboa: CIAIQ; 2018.

24. Scherer MDA, Sacco RCCS, Santana SO, et al. O Programa Saúde na Escola no Distrito Federal antes e durante a pandemia da Covid-19. *Saúde de debate*. 2022;46(esp3):45-61. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E303>
25. Soder MR, Sarturi F, Fontana DGR, et al. Atributos da Atenção Primária à Saúde: elementos para o planejamento, monitoramento e avaliação em saúde. *Conj*. 2022;22(17):503-515. DOI: <https://doi.org/10.53660/CONJ-2231-2W60>
26. Schönholzer TE, Pinto IC, Zacharias FCM, et al. Implantação do sistema e-SUS Atenção Básica: impacto no cotidiano dos profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2021;29:e3447. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4174.3447>
27. Araújo AC, Vieira LJES, Ferreira Júnior AR, et al. Processo de trabalho para coordenação do cuidado na Estratégia de Saúde da Família. *Esc Anna Nery*. 2023;27:e20220330. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0330pt>
28. Medeiros JB, Holmes ES, Albuquerque SGE, et al. O e-SUS Atenção Básica e a coleta de dados simplificada: relatos da implementação em uma estratégia saúde da família. *Rev APS*. 2017;20(1):145-149. DOI: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2017v20.15784>
29. Souza Machado C, Cattafesta M. Benefícios, dificuldades e desafios dos sistemas de informações para a gestão no Sistema Único de Saúde. *Rev Bras Pesq Saúde*. 2019;21(1):124-134.
30. Vitorino DCC, Oliveira ICP. A importância da comunicação entre as equipes de saúde e usuários: a busca da qualidade no atendimento [Internet]. *Piauí: Unasus*; 2020 [acesso em 2023 maio 8]. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/14673>
31. Previato GF, Baldissera VDA. Communication in the dialogical perspective of collaborative interprofessional practice in Primary Health Care. *Interface (Botucatu)*. 2018;22(supl2):1535-1547. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0647>
32. Nied MM, Bulgarelli PT, Rech RS, et al. Elementos da Atenção Primária para compreender o acesso aos serviços do SUS diante do autorrelato do usuário. *Cad Saúde Colet*. 2020;28(3):362-372. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028030434>
33. Travagim MF, Pini JS, Labegalini CMG, et al. Ações de educação em saúde na estratégia saúde da família na perspectiva dos profissionais. *Cienc Cuid Saude*. 2022;21:e61606. DOI: <https://doi.org/10.4025/cienc-cuidsaude.v21i0.61606>
34. Gonçalves N. Trabalho em saúde na Atenção Primária no contexto de pandemia: novos instrumentos de trabalho podem possibilitar rupturas e transformações? *J Manag Prim Health Care*. 2021;12:1-5. DOI: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v12.1028>
35. Lima A, Pedrosa CM, Furlanetto DLC, et al. Diagnóstico de estrutura das unidades básicas de saúde do Distrito Federal e capacidade de resposta à covid-19: resultados. Brasília, DF: Escola de Governo Fiocruz Brasília; 2022. (Cadernos QualisAPS).
36. Santos JCG, Araújo DS, Alencar FS, et al. Acolhe APS: capacitando agentes comunitários em saúde mental no município de Iguatu-CE. *Rev. Foco*. 2023;16(02):e1139. DOI: <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v16n2-187>
37. Santos LT, Souza FO, Freitas PSP. Efeitos do trabalho sobre o adoecimento entre agentes comunitários de saúde - uma revisão de literatura. *Rev Aten Saúde*. 2019;17(61):105-113. DOI: <https://doi.org/10.13037/ras.vol17n61.5600>
38. Amaral VS, Oliveira DM, Azevedo CKM, et al. Os nós críticos do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde: uma pesquisa-ação. *Physis*. 2021;31(1):e310106. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310106>
39. Secretaria de Estado de Saúde (DF). Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. Publicada no Diário Oficial do Distrito Federal, Brasília, DF. 2017 fev 15; Seção 1:4-7.

40. Ministério da Saúde (BR). 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, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017 set 22: Seção I: 68.
41. Assis BCS, Sousa GS, Silva GG, et al. Que fatores afetam a satisfação e sobrecarga de trabalho em unidades da atenção primária à saúde? REAS. 2020;12(6):e3134. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e3134.2020>
42. Maia LG, Silva LA, Guimarães RA, et al. A qualidade de serviços de atenção primária, a formação profissional e o Programa Mais Médicos em uma região de saúde do sudoeste goiano. Rev Bras Epidemiol. 2020;23:e200014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200014>
43. Silva CBG, Scherer MDA. A implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde na visão de atores que a constroem. Interface (Botucatu). 2020;24:e190840. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.190840>
44. Garbin AJI, Nascimento CCMP, Zacharias FCM, et al. Sickness absenteeism of Primary Health Care professionals before and during the COVID-19 pandemic. Rev Bras Enferm. 2022;75(supl1):e20220028. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0028>
45. Silva BRG, Corrêa APV, Uehara SCSA. Organização da atenção primária à saúde na pandemia de covid-19: revisão de escopo. Rev Saúde Pública. 2022;56:94. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004374>

---

Recebido em 15/05/2023

Aprovado em 25/03/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Secretaria de Saúde do Distrito Federal, financiadora do Programa QualisAPS

**Editor responsável:** Sandro Rogerio Rodrigues Batista

## Multifatorialidade da regulação assistencial para sustentabilidade do território e da regionalização

### *Multifactoriality of care regulation for the territorial and regionalization sustainability*

Débora Mendonça Amaral de Holanda Cavalcanti<sup>1,2</sup>, Ronald Pereira Cavalcanti<sup>2</sup>, Rogério Fabiano Gonçalves<sup>3</sup>, Keila Silene de Brito e Silva<sup>2</sup>, Daiane Cordeiro dos Santos<sup>1,2</sup>, Vinicius Paz dos Santos<sup>2</sup>, Adriana Falangola Benjamin Bezerra<sup>2</sup>

DOI: 10.1590/2358-289820241428705P

**RESUMO** A regionalização é um processo de governança lógico, potente e indispensável no cenário da política de saúde. Diante dos desafios postos a uma regionalização solidária, que viabilize a universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado, foi implantada a pioneira Rede Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco, na região entre os estados de Pernambuco e Bahia (Rede Peba). O estudo analisou a complexa relação gerencial que envolve, na coordenação do cuidado, agentes públicos e privados. A abordagem foi qualitativa, tendo como foco o processo de regionalização da Rede Peba, por meio da regulação assistencial, sob a perspectiva dos gestores, profissionais dos serviços e usuários. A análise da associação oferta-produção-fila de espera permite constatar que a qualificação da gestão da clínica e do processo de encaminhamento e necessidade de organização e comunicação são imprescindíveis para garantir acesso oportuno. Do contrário, ocorrem efeitos diretos no absenteísmo, impactando no aumento das filas, exigindo uma abordagem sistêmica e multifatorial para organização do processo regulatório. Fica evidente a necessidade de arranjos organizacionais envolvendo todos os atores no processo de formulação e desenvolvimento das políticas públicas de saúde, a fim de superar barreiras para a coordenação do cuidado e a integralidade em saúde.

**PALAVRAS-CHAVE** Gestão em saúde. Regionalização da saúde. Regulamentação governamental. Formulação de políticas. Acesso aos serviços de saúde.

**ABSTRACT** Regionalization is a logical, powerful and indispensable governance process in the health policy scenario. Faced with the challenges posed to a supportive regionalization, which enables universal access, equity and comprehensive care, the pioneering Interstate Health Network of the Middle São Francisco Valley was implemented, in the region between the states of Pernambuco and Bahia (PEBA Network). The study analyzed the complex management relationship that involves, in the coordination of care, public and private agents. The approach was qualitative, focusing on the regionalization process of the PEBA Network, through care regulation, from the perspective of managers, service professionals and users. The analysis of the supply-production-waiting line association allows us to see that qualification of clinic management, the referral process and the need for organization and communication are essential to guarantee timely access. Otherwise, there are direct effects on absenteeism, impacting the increase in queues, requiring a systemic and multifactorial approach to organizing the regulatory process. The need for organizational arrangements is evident, involving all actors in the process of formulating and developing public health policies, in order to overcome barriers to care coordination and comprehensive health.

**KEYWORDS** Health management. Regional health planning. Government regulation. Policy making. Health services accessibility.

<sup>1</sup>Prefeitura da Cidade do Recife (PCR) – Recife (PE), Brasil.  
dmamaral91@gmail.com

<sup>2</sup>Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Recife (PE), Brasil.

<sup>3</sup>Universidade de Pernambuco (UPE), Campus Petrolina – Petrolina (PE), Brasil.



## Introdução

A regionalização é um dos pilares fundamentais na estruturação e organização dos serviços e das ações de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), em que o planejamento e a organização da rede hierarquizada, com disponibilidade de densidades tecnológicas e assistenciais em níveis de atenção, são consolidados por base territorial, considerando as características socioeconômicas, os condicionantes e determinantes de saúde da região<sup>1</sup>.

Um processo de regionalização efetivo é capaz de contribuir com o desenvolvimento regional, bem como a melhoria dos indicadores de saúde. Parte-se do pressuposto de que, através da organização dos serviços e das ações de saúde de forma regional, pode-se atingir a universalidade do acesso e diminuir desigualdades socioeconômicas e espaciais<sup>1</sup>.

A fim de garantir a integralidade da saúde, por meio do processo de referência de serviços, o processo regulatório no SUS ocorre sob a ótica da regionalização, considerando as diferentes responsabilidades sanitárias de cada ente federativo – união, estado e município – conforme a complexidade financeira e tecnológica dos serviços. Além disso, a organização do processo regulatório deve estar consoante com os arranjos de rede, integrando os níveis de atenção (primária, média e alta complexidade) por meio da utilização dos sistemas logísticos, de apoio e de governança<sup>2</sup>.

O funcionamento operacional e logístico das Redes de Atenção à Saúde (RAS) depende, dentre outros elementos, da regulação assistencial. Essa tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS<sup>3</sup>. A regulação assistencial compõe uma complexa realidade gerencial, onde estão presentes entes federativos e prestadores de serviços, públicos e privados, que atuam na rede de maneira direta ou indireta, seja na programação ou execução dos serviços, sendo fundamental estudos que identifiquem dificuldades e potencialidades na sustentabilidade do território.

A regulação assistencial, na proposta deste estudo, é utilizada como marcador para análise da regionalização na Rede Interestadual Pernambuco/Bahia (Rede Peba), sendo compreendida como estratégia de governança (dimensão governamental, abrangendo pactuações entre gestores estatais e organizações civis). A estratégia de governança de uma regional interestadual possui características próprias, se comparadas com outras regiões (distrital, municipal, intermunicipal), havendo sobreposição de dificuldades e maiores desafios.

A Rede Peba tem particularidades em relação às demais regiões de saúde do Brasil por ser a pioneira na sua conformação de território interestadual. Além de ser constituída por uma complexa relação gerencial de territórios que envolve, na coordenação do cuidado, agentes públicos, através dos municípios que compõem as regiões de saúde definidas pelo Plano Diretor de Regionalização e das duas gestões estaduais, e agentes privados, que exercem forte influência na coordenação dos serviços de saúde de abrangência interestadual<sup>4</sup>.

Diante desse panorama de complexidade gerencial da RAS em uma região interestadual, este estudo teve como objetivo analisar o processo de regionalização na Rede Peba por meio da regulação assistencial, onde foram consideradas as perspectivas dos gestores, profissionais dos serviços e usuários, compreendendo os atores diversos partícipes do processo.

## Material e métodos

Foi realizado um estudo de abordagem qualitativa na Rede Peba, localizada em território interestadual, composta por 53 municípios, com cerca de 2 milhões de habitantes e mais de 800 estabelecimentos de saúde que fazem parte da IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco e da Macrorregião Norte da Bahia. A abordagem metodológica adotada permitiu explorar e

compreender percepções, motivações, atitudes, crenças e valores relacionados aos processos e fenômenos investigados, de forma aprofundada<sup>5</sup>.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com dezoito informantes-chaves com experiência, vivência e/ou informações relevantes sobre o objeto investigado<sup>6</sup>. Os informantes foram classificados em três grupos: gestores, trabalhadores e usuários do SUS. O primeiro entrevistado foi contactado considerando seu papel como referência na atenção especializada de uma das linhas de cuidado da Rede Peba. Os demais, foram indicados pelos(as) próprios(as) participantes da pesquisa, seguindo o critério 'bola de neve'<sup>7</sup>.

Os gestores, trabalhadores e usuários elencados para participação transitavam em espaços estratégicos para o desenvolvimento do objetivo proposto. Sendo eles: espaços de gestão do processo de regulação, serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), Unidades Básicas de Saúde do contexto urbano e rural e serviços de Média e Alta Complexidade (Hospital Estatal e Hospital Filantrópico). Os usuários selecionados faziam uso dos serviços de média e alta complexidade localizados nos municípios-sede das macrorregiões de saúde, Juazeiro-BA e Petrolina-PE e tiveram suas indicações realizadas por trabalhadores, como também entre usuários.

Para cada grupo de informantes foi utilizado um roteiro de entrevista com aspectos específicos. Com os entrevistados no grupo dos gestores, foi abordado o entendimento sobre regionalização em saúde, o processo de criação da Rede Peba e o processo regulatório em seu contexto; o acesso dos usuários aos serviços de saúde e os possíveis motivos para a existência das filas de espera e do absenteísmo.

No grupo dos trabalhadores, além dos pontos comuns na abordagem dos gestores, foi acrescida a viabilização do projeto terapêutico construído para o usuário/paciente e a atuação profissional na dinâmica de funcionamento do serviço público. Com os usuários, foi considerado todo o itinerário terapêutico, desde a sua

experiência com o diagnóstico nos serviços de saúde até o tratamento, bem como outras experiências vividas no cuidado à saúde.

Para a identificação de cada entrevistado na análise dos questionários, foi adotado um sistema: sigla formada por uma letra, representando o grupo do qual o entrevistado faz parte (G, T ou U), seguida de um número, escolhido de forma aleatória, correspondendo a cada participante, depois a letra P e um número, representando a página da transcrição da entrevista em que a fala está localizada. A coleta de dados foi realizada entre os meses de novembro de 2020 e janeiro de 2021.

O método utilizado para analisar os dados foi a análise de conteúdo de Bardin, mediante o uso da análise temática, que analisa o discurso, indicando quais são os modelos de comportamentos e os valores de referências presentes e procura conhecer aquilo que está por trás das palavras proferidas pelo entrevistado<sup>8</sup>. Os núcleos de sentido presentes nas entrevistas foram identificados e categorizados, como modo de organizar, realizar associações, descrever e analisar os dados<sup>6</sup>. A partir da categorização foram produzidas inferências, permitindo o deslocamento da descrição para a interpretação dos conteúdos das mensagens e tornando possível a interpretação e compreensão teoricamente significativa dos conteúdos da comunicação<sup>9</sup>. A categoria trabalhada neste artigo é a Multifatorialidade da regulação assistencial na sustentabilidade da regionalização na Rede Peba.

Este estudo é parte do projeto de pesquisa 'Análise de distintas regulações assistenciais em uma rede interestadual de saúde: o caso da Rede Pernambuco/Bahia', financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa de Pernambuco – Facepe (Edital PPSUS nº10/2017, APQ-0561 – 4.06/17) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, sob parecer número 4.435.150 e CAEE: 04186917.2.0000.5208, em conformidade com as Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde<sup>9,10</sup>.

Todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após aceitarem participar.

## Resultados e discussão

A regulação assistencial, integrante da estrutura logística da RAS, em seu aspecto normativo, tem sua ação focada na relação entre a demanda dos usuários por serviços de saúde e o atendimento às necessidades dos usuários, com vistas à manutenção de suas vidas e a efetiva prestação de serviços oferecidos pela Rede Pública de Saúde. Como mecanismo de comunicação entre os diversos pontos de atenção da RAS, a regulação tem papel fundamental na promoção da integralidade por meio de fluxos assistenciais, processos e protocolos. Diversos atores sociais participam do desenvolvimento da ação regulatória – entes federados, prestadores de serviços de saúde, trabalhadores e os usuários.

O funcionamento fragmentado das RAS, a inexistência de fluxos organizados entre os níveis de atenção à saúde, bem como a ausência de mecanismos, como prontuários eletrônicos integrados, que permitem a comunicação interprofissional qualificando a referência e contrarreferência do usuário na rede, são problemas evidenciados na literatura<sup>11</sup>, assim como na fala do trabalhador da Rede Peba. Este trabalhador reconhece que, na prática, não há uma regulação assistencial que cumpra seu papel de organização da rede, ao afirmar que

*Não existe regulação. Existe uma central de marcação. Tem o pessoal aí, mas regulação não existe, o que existe hoje é uma central de marcação, não que todos são marcados, mas não se regula como deve ser. (T.5.P7).*

A regionalização dos serviços, na perspectiva de construir RAS, propõe-se a orientar o processo de descentralização capaz de garantir o direito à saúde; a integralidade no cuidado e no acesso aos diferentes níveis de atenção

e densidades tecnológicas; a resolubilidade e qualidade de assistência devendo, portanto, orientar o processo de identificação e construção de regiões de saúde, organizadas em uma rede de atenção regionalizada e hierarquizada<sup>12</sup>. Sendo assim, a ausência de uma regulação assistencial capaz de integrar o sistema de saúde tem seu impacto no fortalecimento da Rede Peba, bem como na integralidade do cuidado à saúde.

A oferta de serviços de saúde foi analisada no Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (Proadess), que descreve e compara indicadores de 17 Regiões de Saúde (RS), classificando-as em tipologia constituída por análise fatorial e de clusters, incluindo três dimensões: desenvolvimento econômico, desenvolvimento humano e complexidade do sistema de saúde. A RS de Juazeiro apresentou baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços de saúde. Já a RS de Petrolina caracterizou médio/alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços<sup>13</sup>.

A análise do Proadess evidencia que, apesar dos avanços na disponibilidade de serviços com a implantação da Rede Peba, ainda há uma baixa oferta de serviços de saúde que atendam às necessidades dos usuários em sua integralidade. A baixa, ou inexistente oferta, não é constatada apenas por estudos, mas também pela vivência de usuários que buscaram o serviço.

*Então esses exames não faziam pelo município [...] Eu paguei a cintilografia óssea, que é a do corpo todo; e paguei duas tomografias, uma do tórax e outra do abdome. Foi tudo pago! (U.1.P13).*

Além da baixa oferta, ou ausência, outros fatores interferem na garantia do acesso aos serviços de saúde<sup>12</sup>. No âmbito da regulação assistencial, tais acessos ocorrem por meio de processos regulatórios que, diante de fatores como a fragilidade no planejamento da oferta, a baixa qualidade nos encaminhamentos, a não absorção de profissionais qualificados,

a fragilidade na relação com o setor complementar, entre outros, não garantem acesso oportuno aos cidadãos e favorecem a formação de filas de espera.

Os parâmetros assistenciais no SUS, historicamente, tiveram um caráter normativo que, em princípio, não consideravam evidências científicas para o cálculo das necessidades de saúde da população, mas, sim, séries históricas de produção. Em 2015, o Ministério da Saúde atualizou critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS, na busca por definir aproximações de ofertas que levassem em consideração as necessidades de saúde da população, independente da série histórica da oferta de serviços, das restrições financeiras ou outros condicionantes<sup>14</sup>.

Tais critérios e dimensionamentos foram baseados em evidências científicas publicadas em produções nacionais e internacionais, em locais onde os sistemas de saúde são centrados na atenção básica. Também foram realizadas comparações entre sistemas municipais de saúde com cobertura da Estratégia de Saúde da Família ampla e com Complexos Reguladores, a fim de desenvolver modelos que dessem conta da complexidade da relação Demanda x Oferta em saúde<sup>15</sup>.

Apesar da existência de normas que possibilitam o planejamento e a programação da disponibilidade de ações e serviços de saúde, é possível identificar, na fala de um gestor, como o descompasso entre a programação da oferta e as necessidades da população impactam na fila de espera:

*Mas, na verdade, o prestador contratualizado tem que cumprir as metas na oferta de consultas, e termina ofertando às vezes uma especialidade que não é o que a região necessita. (G.4.P7).*

Em pesquisa realizada sobre a relação entre gestores públicos e prestadores do sistema privado complementar, destacando o processo de descentralização e regionalização do SUS, constatou-se que a relação público-privada na

região estudada, no âmbito da média complexidade, era evidenciada como uma arena de conflitos de interesses que envolviam questões como financiamento, contratos, demanda, relação de profissionais, gestores, prestadores e usuários. Conflitos de interesses estes relacionados à macro e micropolítica, determinados por processos de gestão municipal e regional, com a presença de forte influência dos prestadores privados sobre os gestores públicos<sup>15</sup>.

Tal realidade também é identificada na região da Rede Peba, sendo possível observar não só a divergência na programação entre a oferta e a demanda, mas também a fragilidade na forma de contratualização. No primeiro caso, fazendo com que haja oferta de especialidades com perdas primárias, ou seja, uma oferta maior que a demanda, enquanto em outras especialidades há filas com tempo de espera elevados. No segundo caso, a fragilidade na forma de contratualização, considerando que o prestador tem por competência contratual o alcance de metas do quantitativo de vagas ofertadas, engessando a atenção às necessidades de saúde e à demanda real existente.

Esse último aspecto aponta para a fragilidade na relação entre o setor público e o privado, restringindo a assistência em saúde à seletividade dos prestadores em ofertar o que é conveniente a seus interesses. E, diante de um modelo econômico neoliberal adotado pelo Estado brasileiro, que minimiza os investimentos nas políticas públicas e valoriza as iniciativas privadas, as programações são, por vezes, baseadas nas ofertas existentes e não nas necessidades de saúde da população.

*Por exemplo, exames de imagem, a gente tava com um prestador que ofertava Ressonância e densitometria óssea e ele disse que não tem mais interesse de ofertar pro SUS aqui na região, mas Ouricuri ainda tem Tomografia e aí a gente regula pra lá. Então a gente regula bastante pra Recife o que não tem implantado aqui. (G.4.P8).*

Em relação à baixa oferta de especialidades com alta demanda, outra questão levantada diz respeito à disponibilidade de profissionais qualificados. A desigualdade na distribuição territorial dos profissionais de saúde, bem como o déficit quantitativo e de qualificações de algumas categorias constituem problemas históricos no País<sup>16</sup>.

Na busca por compreender e identificar os aspectos educacionais determinantes da fixação de médicos em áreas remotas e desassistidas, uma revisão de literatura aponta que um fator importante para a fixação de profissionais em áreas urbanas com escassez de profissional e em áreas rurais é o vínculo do profissional com a região, caracterizado não somente pela naturalidade, mas também pelo tempo de residência na localidade<sup>16</sup>.

Considerando ser a oferta de graduações e especializações um dos fatores importantes para a fixação de profissionais na região<sup>16</sup>, a criação, em 2002, da Universidade Federal do Vale do São Francisco (Univasf), uma das primeiras Universidades Federais a ter sede no interior do Nordeste, é de suma importância para o fortalecimento da Rede Peba. Além do Curso de Medicina, oferecido desde a inauguração da Univasf, em 2010, foram criados os programas de Residência Médica: Medicina de Família e Comunidade, Clínica Médica e Cirurgia Geral.

Neste sentido, a ausência de especialistas não é apontada pelos gestores como um fator negativo, mas, sim, o fato de haver uma resistência dos profissionais em exercer suas funções no SUS. A solução foi conceder benefícios, a exemplo da negociação de carga horária de trabalho, para garantia do acesso ao serviço pela população.

*Neuro teve uma época que não ofertava nada, porque nenhum neuro aqui quer e bota a maior dificuldade pra trabalhar no SUS. Mas aí ela conseguiu um neuro para vir de Recife, pra atender quinzenalmente. Foi aí que conseguiu e tem um outro de Juazeiro também. (G.4.P25).*

A redução de carga horária como moeda de negociação para garantir oferta de especialidades com escassez de profissionais termina por ser uma estratégia paliativa, que limita a oferta e perpetua a existência de demoradas filas de espera.

Na percepção de trabalhadores, a baixa oferta não é apenas devido à ausência de profissionais especializados na região. Há outros motivos da não adesão dos profissionais de saúde ao SUS, relacionados aos processos de trabalho e à estrutura dos serviços de saúde, como na fala seguinte, que ressalta o aspecto estrutural.

*Nós temos um único cirurgião oncológico no SUS para uma população de 2 milhões de habitantes. Aí você diz: 'mas é porque não tem cirurgiões oncológicos'. Tem, lógico que tem. Têm outros cirurgiões oncológicos. Só que os serviços não aumentaram suas capacidades de funcionar para absorver essas pessoas que estão no mercado, e nem para dar fluxo a uma fila que existe. (T.2.P2).*

Ainda no âmbito dos fatores associados à fila de espera, na percepção de trabalhadores, a frágil qualificação da gestão da clínica e da coordenação do cuidado por parte de profissionais que estão atuando no nível da APS têm impacto negativo na qualidade dos encaminhamentos ao nível secundário, consequentemente no aumento das filas de espera.

*Agora, outro aspecto da fila de espera é o encaminhamento desnecessário, que é também um aspecto bem importante. Você vê que a maior parte dos trabalhadores que estão atuando hoje na atenção primária não têm qualificação suficiente para tal, não fazem uma consulta como deve ser feita. Então há um encaminhamento desnecessário enorme no município. (T.1.P.6).*

Em estudo realizado na central de regulação do município de Mombaça-CE, identificou um número considerável de encaminhamentos para média complexidade, oriundos da APS, tanto para consultas quanto para exames

especializados. No entanto, ao comparar o número de atendimentos realizados na APS no mesmo período, observou-se que o volume não era o maior entrave, mas, sim, o tempo inoportuno para o agendamento e falhas nas descrições das justificativas clínicas e hipóteses diagnósticas<sup>17</sup>.

Em avaliação do tempo de espera médio pela primeira consulta com médico especialista, outro estudo verificou que, nos formulários de encaminhamento em que a justificativa clínica estava completa, o tempo de espera para a consulta foi menor, quando comparado aos formulários com a justificativa parcialmente preenchida<sup>18</sup>.

A Política Nacional de Atenção Básica considera de suma importância o planejamento e organização da agenda, assim como a avaliação constante dos agendamentos, pois quanto maior o tempo de espera, maior a chance de os usuários buscarem outros meios de resolver os seus problemas e maiores costumam ser as taxas de absenteísmo dos pacientes agendados<sup>19</sup>.

*A gente fez aqui no município de Juazeiro em 2015 / 2014 [...] E aí começamos a ligar, quase nenhum paciente tinha vindo a óbito. 'Sr. Paciente, por que é que você não veio?... Ahhh, porque eu estava sentindo isso, o médico passou esse tanto de exame que eu não precisava, aí nem fui...', 'Ah, porque demorou muito, eu vendi meu carro, minha casa e fui fazer outro exame'. Então são situações compartilhadas da necessidade que não existia e da demora em ofertar serviços. E essa demora em ofertar serviços é muitas vezes desse inchaço que não tinha necessidade. (G.3.P35).*

Fica assim explícita a percepção de gestores de que, encaminhamentos fora da necessidade clínica do usuário, associado ao tempo de espera na fila e a urgência necessária para realização do procedimento/consulta são fatores determinantes na relação fila de espera x absenteísmo. Esta visão é ponto comum, perceptível quando observamos a afirmação de um trabalhador baseada em sua vivência.

*Quando eu era residente eu rodava nos serviços com alguns especialistas, e eu ficava chocada. Eu ia lá acompanhar um ginecologista e tinha lá 3 pessoas agendadas para ela. E eu na minha unidade não conseguia marcar consulta com ginecologista, né. Então... tinham 3 pessoas agendadas que estavam lá presentes, outras que estavam agendadas e não foram, por que não foram? Porque às vezes não conseguiam chegar àquela informação a tempo para aquelas pessoas que tinham consulta naquele dia. Ou então, às vezes demora tanto para conseguir marcar aquela consulta, que quando chega a pessoa já buscou outras formas de tentar resolver aquilo. (T.1.P4).*

O planejamento e a programação dos serviços de saúde, além da atenção ao usuário que busca a resolução de seus problemas de saúde individuais e coletivos, visam a economia de escala<sup>17</sup>. Neste sentido, quando ocorre o absenteísmo, além da oportunidade perdida de garantir assistência a outro usuário que a necessitava, há prejuízo financeiro, bem como comprometimento da visão do serviço frente à sociedade, desqualificando o SUS, constituindo um grande custo social. A ociosidade de recursos disponíveis é um desperdício que favorece a formação das filas de espera.

A organização de fluxos assistenciais e de dispositivos regulatórios com conhecimento dos profissionais, racionalizando a oferta existente, tende a potencializar a qualidade assistencial aos usuários. Para isso, faz-se necessária a criação de linhas e/ou espaços institucionais de comunicação entre os serviços da APS, e dessa com os serviços da Atenção Especializada e da central de regulação, que permitam decisões coletivas, simplificação de processos e celeridade na resolução de itinerários terapêuticos.

*A gente tem um grupo de WhatsApp dos médicos do município e pode ter certeza que se eu abrir aqui vai ter alguém perguntando 'ah eu tô com paciente tal, para onde é que eu mando?'. Porque fica perdido no fluxo assim, é uma coisa que ninguém compreende, e toda hora muda também, então a gente nunca sabe. (T.5.P2).*

O desconhecimento dos fluxos formais e o contato informal entre profissionais favorecem o acesso dos usuários à rede de atenção através de relações pessoais, que, por muitas vezes, se dá fora dos protocolos clínicos, além de promover um acesso desigual aos pontos de atenção<sup>20</sup>.

A consolidação de um modelo de atenção à saúde que tenha a APS como coordenadora do cuidado, com capacidade de articular os diferentes pontos da RAS, garantindo a integralidade do cuidado ao usuário, é um consenso na Rede Peba. Também se percebe a necessidade de investimentos e estratégias de qualificação da assistência – imprescindíveis para fortalecimento da gestão da clínica e da rede, com tomadas de decisões baseadas nas necessidades do cidadão – e da gestão do SUS.

A fragilidade na consolidação/fixação e na qualificação é apontada, não só no âmbito do profissional da assistência, mas também da gestão do sistema de saúde. Na visão de gestores, torna-se um desafio conduzir o processo de planejamento e discussão da RAS em âmbito interestadual diante da qualificação, bem como da rotatividade dos gestores da saúde.

*Qualificação de gestores, e a gente vê que esse próximo ano mais de 50% dos gestores da Rede Peba vão mudar, então é um desafio muito grande pra gente que vai começar tudo de novo. São novos gestores, novos secretários de saúde, novos gestores de hospitais. Isso é bom e ruim. (G.2.P11).*

Diante da fragilidade de efetivar a regionalização e da necessidade de fortalecimento de instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação, o Ministério da Saúde, através do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS), vem realizando investimentos em estratégias de qualificação da gestão do SUS.

*São 3 regionais que são polo da Bahia. E tem as 3 regionais de Pernambuco que são Salgueiro, Ouricuri e Petrolina. A gente ainda está encaminhando, mas na medida do possível isso tem*

*acontecido para que esses municípios resolvam os problemas dos municípios que são do seu entorno. Senhor do Bonfim, por exemplo, tem 9 municípios que são dependentes dele, então é muito mais efetivo que Senhor do Bonfim esteja fortalecido para que esses pacientes não precisem vir para cá. Então a nossa luta tem sido essa. Inclusive no plano que tem sido construído pelo HAOC (Hospital Alemão Oswaldo Cruz) [Proadi-SUS], é fortalecer essas regiões para que elas não fiquem dependentes e superlotando os grandes municípios polos ou as capitais. (G.3.P5).*

A parceria do Ministério da Saúde com o Hospital Alemão Oswaldo Cruz, que desde 2009 desenvolve projetos inseridos no âmbito do Proadi-SUS, constitui um arranjo de articulação da relação pública e privada nas políticas de saúde no Brasil. A implementação dos projetos de apoio ao desenvolvimento institucional prevê, além da oferta da saúde, ações voltadas à pesquisa, capacitação dos profissionais e gestão em serviços de saúde<sup>21</sup>.

O projeto Fortalecimento dos Processos de Governança, Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde: Regionalização, em execução através do Proadi-SUS, pensado para apoiar a elaboração do Planejamento Regional Integrado (PRI), pelos gestores e profissionais que levantem problemáticas e elaboração de indicadores que permitam o monitoramento e a avaliação das ações programadas, com efeito duradouro, permeável às mudanças governamentais<sup>22</sup>.

Além da análise dos investimentos realizados no fortalecimento da governança na Rede Peba, por meio de processos de qualificação, é possível observar que a relação público-privado transcende a complementaridade da oferta de ações e serviços para a organização e estruturação das políticas de saúde. Em tese, ao serem analisados os triênios 2009-2011, 2012-2014 e 2015-2017 do Proadi-SUS, constatou-se a realização de 407 projetos no valor de R\$ 3.377.444.187,62, com aumento real dos recursos investidos no programa, com variação anual de 40% e 42% para o segundo e terceiros triênios<sup>23</sup>.

Além da fragilidade com falta de transparência no monitoramento e avaliação do Programa, foram notificadas dificuldades no alinhamento às diretrizes do SUS e aos projetos. No que diz respeito às instituições privadas participantes, além da isenção de impostos concedida, os dados indicam benefício direto. Cabe ressaltar que os hospitais partícipes do Programa, todos de grande porte, concentram parte significativa do capital privado do setor da saúde. No entanto, pontua-se que, diante da falta de financiamento da política de saúde e do cenário de austeridade, os recursos são significativos, além do Programa ser visto como uma forma de contornar a burocracia estatal<sup>23</sup>.

*Sim, foi aprovado na CRIE (Projeto do Proadi-SUS) e foi mandado pro Ministério e vai pra outras instâncias de cada estado. Ele tá sendo conduzido pelos dois COSEMS dos dois estados, é quem tão junto com a HUOC à frente do projeto. Então a gente tá bem esperançoso que vai andar. (G.3.P20).*

Na fala de gestores, é possível identificar que o Projeto fortalece a crença no êxito do processo de regionalização na Rede Peba. Nos últimos anos, foram estabelecidos critérios e diretrizes para a regionalização e definido que o acordo de colaboração entre os entes, disposto no inciso II do art. 2º do Decreto nº 7.508/2011, é resultado do PRI. Além disto, o Ministério da Saúde assume o papel de indutor das articulações entre os entes, nas discussões interestaduais<sup>24,25</sup>. Apesar de não aparecer nos resultados, a necessidade de arranjos organizacionais, construídos de forma coletiva, são necessários para a coordenação do cuidado e a integralidade em saúde. Cria-se a expectativa de que o PRI consolide a regionalização da saúde no SUS.

## Considerações finais

O processo de regionalização da Rede Pernambuco/Bahia surgiu a partir da

necessidade de formalização de um fluxo assistencial existente informalmente, criado pela busca da garantia do direito à saúde por parte dos usuários dos dois estados, especificamente da Região de Juazeiro e Petrolina. As limitações da Rede são constatadas a partir da Regulação Assistencial, mas são reconhecidos avanços no que diz respeito à disponibilidade de ações e serviços de saúde, ainda que não garantam a integralidade do cuidado.

A análise sobre as filas de espera e resultados da associação de oferta-produção-fila de espera na região da Rede Peba leva a uma perspectiva multifatorial. Há a percepção que a qualificação da gestão da clínica, do processo de encaminhamento e a necessidade de organização e comunicação na Rede são imprescindíveis para garantir um acesso oportuno. A ausência deste acesso tem efeitos diretos no absenteísmo e impacta no aumento das filas, exigindo, assim, uma abordagem multifatorial e sistêmica para a organização do processo regulatório.

Para superar as barreiras na coordenação do cuidado e para a integralidade em saúde, destaca-se a necessidade de reformulação da atual estrutura de governança que se encontra fragmentada, partindo para arranjos organizacionais perenes, construídos de forma coletiva, buscando ampliar a participação e o envolvimento de atores no processo de formulação e desenvolvimento das políticas públicas de saúde.

O período pandêmico e de troca de gestão municipal pode ser apontado como um limitador no acesso desta pesquisa aos atores-chave no processo de regionalização da Rede Peba. No entanto, o conhecimento e a perspectiva de análise dos participantes mostraram-se suficientes para a compreensão do objeto de estudo e a proposição de melhorias na constituição de redes regionalizadas no âmbito do SUS.

Diante da complexidade da instituição de um processo de regionalização e de uma Rede Interestadual de Saúde que consigam estruturar um modelo de atenção baseado nas

necessidades sociais em contexto inter-regional, são necessários estudos mais aprofundados, com abordagem multidimensional, que possibilitem analisar as dimensões política, estrutural e organizacional da Região do Vale do Médio São Francisco, identificando o grau de influência de cada uma dessas dimensões no processo de regionalização. Com isso, será possível impulsionar a construção de modelos de gestão, regulação e atenção à saúde que concretizem a Rede Peba.

## Colaboradores

Cavalcanti DMAH (0000-0002-0689-0521)\* contribuiu para concepção, coleta, análise,

interpretação dos dados, redação e aprovação da versão final do manuscrito. Santos DC (0000-0002-7820-6485)\* contribuiu para coleta, análise, interpretação dos dados, revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito. Santos VP (0000-0002-9579-3933)\* contribuiu para coleta, análise, interpretação dos dados e aprovação da versão final do manuscrito. Gonçalves RF (0000-0003-1490-4986)\* e Cavalcanti RP (0000-0003-4948-0327)\* contribuíram igualmente para revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito. Silva KSB (0000-0002-0291-0708)\* e Bezerra AFB (0000-0002-5278-3727)\* contribuíram igualmente para concepção do projeto, revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito. ■

## Referências

1. Viana ALd'Á, Bousquat A, Ferreira MP, et al. Região e Redes: abordagem multidimensional e multinível para análise do processo de regionalização da saúde no Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2017;17:7-16. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9304201700S100002>
2. Martins WMCS. Regulação em saúde, instrumento de gestão do SUS na promoção do acesso: uma revisão integrativa [monografia na Internet]. Redenção: Instituto de Ciências da Saúde, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira; 2018 [acesso em 2022 jan 15]. Disponível em: <https://repositorio.unilab.edu.br/jspui/handle/123456789/243>
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2008 ago 4; Seção I:48-49.
4. Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (BA); Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (PE). Tecnologia da informação: uma proposta de integração da Rede de Saúde do Vale do Médio São Francisco. Subprojeto Regional QualiSUS-Rede. Região Interestadual Pernambuco-Bahia: SES-BA, SES-PE; 2012.
5. Minayo MCS. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta In: Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R, organizadores. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 28. ed. Petrópolis: Vozes; 2009. p. 61-77.
6. O'leary Z. *Como fazer seu projeto de pesquisa*. Guia prático. Petrópolis: Vozes; 2019.
7. Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temat*. 2014;22(44):203-220. DOI: <https://doi.org/10.20396/tematicas.v22i44.10977>

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

8. Bardin L. Análise de conteúdo. Tradução: Luís Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70; 2016.
9. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 jun 13.
10. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2016 maio 24.
11. Bousquat A, Giovanella L, Campos SEM, et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. *Ciênc saúde coletiva*. 2017;22(4):1141-1154. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.28632016>
12. Viana ALd'A, Lima LD. Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2011. 216 p.
13. Pavão AL, Duarte CR, Viacava F, et al. Aspectos socioeconômicos, de estrutura e desempenho dos serviços de saúde das 17 regiões de saúde do Projeto Regiões e Redes. *Novos Caminhos* [Internet]. 2016 [acesso em 2022 jan15];7:1-31. Disponível em: <http://https://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2015/12/NovosCaminhos7.pdf>
14. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Critérios e Parâmetros Assistenciais para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.
15. Silva JFM. A relação público-privado para a atenção de média complexidade em uma região de saúde [dissertação na Internet]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2018 [acesso em 2022 fev 2]. 169 p. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.uel.br/document/?view=vtls000218226>
16. Rocha EMS, Boiteux PA, Azevedo GD, et al. Preditores educacionais para fixação de médicos em áreas remotas e desassistidas: uma revisão narrativa. *Rev Bras Educ Med*. 2020;44(1):e024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.1-20190281>
17. Marques ANT. Avaliação dos encaminhamentos da atenção primária para a atenção especializada na central de regulação [dissertação na Internet]. Fortaleza: Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2019 [acesso em 2022 mar 26]. 88 p. Disponível em: [https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/49524/1/2019\\_dis\\_antsousa.pdf](https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/49524/1/2019_dis_antsousa.pdf)
18. Vieira EWR, Lima TMN, Gazzinelli A. Tempo de espera por consulta médica especializada em um município de pequeno porte de Minas Gerais, Brasil. *REME Rev Min Enferm* [Internet]. 2015 [acesso em 2022 mar 26];19(1):65-71. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/reme/v19n1/v19n1a06.pdf>
19. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
20. Silva AP, Morais HMM, Albuquerque MSV, et al. Os desafios da organização em rede na atenção psicossocial especializada: o caso do Recife. *Saúde debate*. 2021;45(128):66-80. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112805>
21. Borysow IC, Limeira PC, Pinho APNM, et al. Avaliação de portfólio: A experiência do HAOC no Proadi-SUS. *RBAVAL*. 2021;10(2):e101921. DOI: <https://doi.org/10.4322/rbaval202110019>
22. Ministério da Saúde (BR); A Beneficência Portuguesa de São Paulo; Hospital Alemão Oswaldo Cruz. Projeto: Fortalecimento dos Processos de Governança, Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde: Regionalização [Internet]. Brasília, DF: Hospitais PROADI-SUS; [data desconhecida] [acesso em 2022 abr 23]. Disponível em: <http://hospitais.proadi-sus.org.br/projeto/regionalizacao1>

23. Santos JA. Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS): reconfiguração das relações público-privadas e avanço da filantropia mercantil no setor da saúde [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2021. 206 p.
24. Ministério da Saúde (BR); Comissão Intergestores Tripartite. Resolução CIT nº 23, de 17 de agosto de 2017. Estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2017 ago 1; Seção I:96-97.
25. Ministério da Saúde (BR); Comissão Intergestores Tripartite. Resolução CIT nº 44, de 25 de abril de 2019. Define que o acordo de colaboração entre os entes federados, disposto no inciso II do art. 2º do Decreto nº 7.508/2011, é resultado do Planejamento Regional Integrado. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2019 maio 20; Seção I:114.

---

Recebido em 15/06/2023

Aprovado em 13/05/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Fundação de Amparo à Pesquisa de Pernambuco - Facepe (Edital PPSUS nº10/2017, APQ-0561-4.06/17)

**Editora responsável:** Maria Lucia Frizon Rizzotto

## Avaliação da atuação da gestão em saúde no desastre-crime de derramamento de petróleo na costa do estado do Pernambuco

*Assessment of health management performance in the oil spill disaster crime on the coast of the state of Pernambuco*

Maria José Cremilda Ferreira Alves<sup>1</sup>, Louise Oliveira Ramos Machado<sup>2</sup>, Carlos Machado de Freitas<sup>3</sup>, Ruth Carolina Leão Costa<sup>1</sup>, Aline do Monte Gurgel<sup>1</sup>, Idê Gomes Dantas Gurgel<sup>1</sup>, Mariana Olívia Santana dos Santos<sup>1,4</sup>

DOI: 10.1590/2358-289820241428832P

**RESUMO** Este estudo objetivou analisar as ações desenvolvidas pela gestão de saúde no enfrentamento do desastre-crime de derramamento de petróleo na costa pernambucana em 2019. Trata-se de estudo de caso que investigou a atuação do setor saúde em quatro municípios de Pernambuco. A coleta de dados foi mediante entrevistas com 16 gestores de secretarias de saúde (municipal e estadual), utilizando roteiro semiestruturado com perguntas sobre atuação, impactos, ações desenvolvidas, dificuldades, desafios e lições aprendidas. A análise do Discurso do Sujeito Coletivo evidenciou quatro eixos temáticos: a) percepção dos gestores sobre os impactos do desastre-crime; b) ações desenvolvidas no processo de gestão de risco do desastre-crime pelo setor saúde; c) dificuldades enfrentadas no processo de mitigação do desastre; d) avaliação das ações da gestão durante o desastre-crime e preparação futura. Identificaram-se fragilidades da gestão em saúde nas ações de mitigação do desastre, resultado da falta de preparo dos serviços e dos profissionais de saúde. A falta de instrumentos e a desarticulação entre os entes federados intensificaram as dificuldades, gerando situações de calamidade no território. Isso aponta para a necessidade de construção de instrumentos e protocolos que guiem tais ações nessas situações, para que as atividades sejam desenvolvidas com mais eficiência e eficácia.

**PALAVRAS-CHAVE** Derramamento de petróleo. Desastre. Respostas em desastres. Setor saúde. Gestão de risco.

**ABSTRACT** This study aimed to analyze the actions taken by health management to deal with the criminal disaster of an oil spill off the coast of Pernambuco in 2019. It is a case study investigating the health sector's actions in four municipalities in Pernambuco. Data was collected through interviews with 16 health department managers (municipal and state), using a semi-structured script with questions about performance, impacts, actions taken, difficulties, challenges, and lessons learned. The Collective Subject Discourse analysis revealed four thematic axes: a) managers' perception of the impacts of the crime disaster; b) actions taken in the process of risk management of the disaster crime by the health sector; c) difficulties faced in the process of mitigating the disaster; d) evaluation of management actions during the disaster crime and future preparation. Weaknesses in health management were identified in disaster mitigation actions due to the need for more preparation of health services and professionals. The lack of instruments and coordination between the federated entities intensified the difficulties, generating calamity in the territory. This points to the need to build instruments and protocols to guide such actions in these situations so that activities can be carried out more efficiently and effectively.

**KEYWORDS** Oil spill. Disaster. Disaster response. Health sector. Risk management.

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz em Pernambuco (Fiocruz Pernambuco), Instituto Aggeu Magalhães (IAM) – Recife (PE), Brasil. [mariana.santos@fiocruz.br](mailto:mariana.santos@fiocruz.br)

<sup>2</sup>Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (Iesc) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

<sup>3</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde (Cepedes) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

<sup>4</sup>Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Departamento de Saúde Coletiva (DSC), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSCol) – Natal (RN), Brasil.



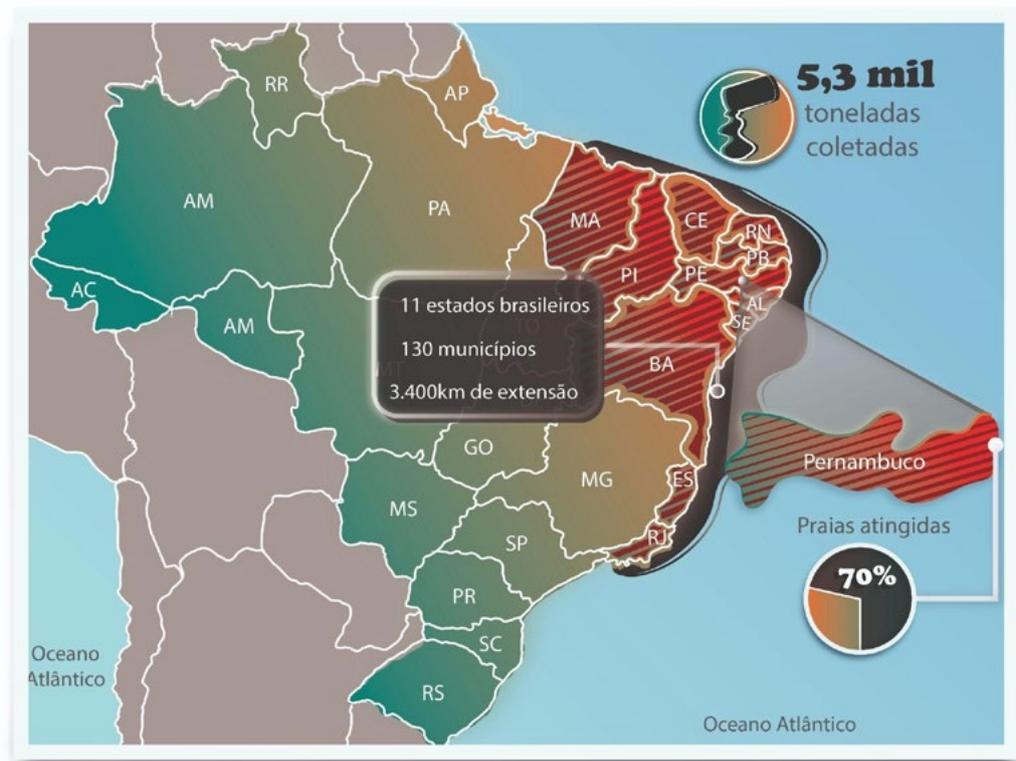
## Introdução

Com o crescimento da exploração, da produção, da venda e do transporte marítimo do petróleo, houve um aumento significativo do risco de vazamentos do produto no mar. Somente em 2022, foram registrados 7 derramamentos com 15 mil toneladas de petróleo sendo expelidos nas águas internacionais<sup>1</sup>. No Brasil, o registro de derramamentos de petróleo no mar se iniciou em 1975, sob responsabilidade da Petrobrás, em que foram

despejadas 6 mil toneladas de óleo na Baía de Guanabara<sup>2</sup>.

Em 2019, a costa brasileira foi atingida por mais de 5,3 mil toneladas de petróleo cru, que surgiram, inicialmente na Paraíba, em seguida em Pernambuco, posteriormente se espalhando pelos nove estados nordestinos e dois sudestinos<sup>3,4</sup>. Nesse contexto, Pernambuco foi gravemente afetado pelo derramamento, onde mais de 1,6 mil toneladas de petróleo cru atingiram 70% das praias, poluindo 8 estuários em 13 municípios<sup>3,5,6</sup>.

Figura 1. Mapa do território atingido pelo derramamento



Fonte: elaboração própria com base em dados da pesquisa.

Esse derramamento ocasionou um grave desequilíbrio ecológico dos recifes de corais e manguezais<sup>6</sup>, causou a interrupção da pesca e do turismo, prejudicando a subsistência econômica de pescadores/as<sup>7</sup> e a saúde das

populações, pois a exposição ao óleo por via respiratória e cutânea está associada aos sinais/sintomas de cefaleia, náusea, tontura, irritação de pele e falta de ar, além das possíveis repercussões em longo prazo, como câncer,

danos ao sistema nervoso, doenças cardíacas – e em casos de exposição intensa, pode levar ao coma e à morte<sup>5</sup>.

Por sua magnitude e impacto negativo na vida das comunidades e no ambiente, indefinição de responsabilidade e fragilidade de resposta, esse evento pode ser caracterizado como um desastre-crime<sup>9,10</sup>, considerando o dano ocasionado e as condições de vulnerabilidade produzidas por uma série de ações ou omissões.

Com o aumento da frequência de desastres, em particular, os de origem tecnológica, frequentemente de maior magnitude e gravidade, torna-se urgente a preparação de respostas nas três esferas de governo. Nesse sentido, a gestão de riscos vem como uma resposta não só para a redução de desastres por meio da prevenção e promoção como também para manejo do desastre acontecido, por meio das ações de alerta e resposta, e para a recuperação e reabilitação dos territórios<sup>8,11</sup>. Essas ações devem ser desenvolvidas de forma intersectorial, na comunidade e nas instituições não governamentais. Isso pode ser feito mediante a disseminação de conhecimentos científicos e tecnológicos voltados a informar e treinar a população para atuar em ações desenvolvidas, mitigando danos e auxiliando na recuperação do território atingido<sup>12</sup>.

A capacidade de governança de um desastre está interligada ao nível de desenvolvimento do município, estado ou país atingido. Essas situações escancaram as condições de vulnerabilidades socioambientais das populações que vivem em situações de pobreza e evidenciam as limitações na capacidade da gestão de riscos, de mitigação, reparação e reconstrução das condições de vida e saúde das populações atingidas<sup>11,13</sup>.

Desastres são complexos e exigem dos gestores da saúde a responsabilidade de criar estratégias de redução das situações de riscos à saúde, envolvendo desde a atenção primária em saúde até a vigilância e a assistência de média e alta complexidade, buscando atuar de forma integral com relação aos danos e sua origem<sup>14</sup>.

Demandam, além disso, ações continuadas após o desastre, combinando as de saúde com as socioambientais e econômicas, dando suporte para que a população consiga reconstruir e recuperar as condições de vida e saúde. Ademais, às instituições públicas, sociedade civil organizada e até entidades privadas, cabe ofertar condições para que essa reconstrução da ‘normalidade’ ocorra de forma mais sustentável e para redução dos riscos decorrentes de um novo desastre<sup>11,13,15</sup>.

A fragilidade e a escassez de pesquisas sobre a atuação da gestão em saúde em contextos de desastres com petróleo enfatizam a necessidade de realização de estudos na perspectiva da saúde coletiva<sup>16</sup>.

Este artigo analisa as ações desenvolvidas pela gestão de saúde no enfrentamento do desastre do petróleo ocorrido em Pernambuco em 2019, os principais desafios e as lições aprendidas para contribuir para a atuação da gestão pública de saúde.

## Material e métodos

Foi realizado um estudo exploratório de abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso, entre 2021 e 2023, em quatro municípios do litoral pernambucano, que tiveram mais de 70% do seu litoral afetado pelo petróleo e que somaram 75,27% do total de petróleo recolhido de todo o estado: Ipojuca, Cabo de Santo Agostinho, São José da Coroa Grande e Jaboatão dos Guararapes.

Como população de estudo, foram considerados gestores das secretarias de saúde desses municípios e do estado de Pernambuco, que atuaram no derramamento e que concordassem em participar da investigação. Os participantes foram identificados a partir das atas de reuniões de sala de situação realizadas no período do desastre-crime com representantes do setor saúde (gestores e/ou coordenadores) dos municípios atingidos. Utilizou-se também a técnica bola de neve para identificação do entrevistado, contemplando, no mínimo, dois

participantes por secretaria, de maneira que, ao final de cada entrevista, fosse solicitada a indicação de um coordenador/gestor que atuou nas ações de mitigação do desastre. Foram excluídos do estudo os gestores que haviam se desligado das secretarias no momento da entrevista.

Para as entrevistas, recorreu-se a um roteiro semiestruturado com 28 perguntas, organizadas em cinco blocos temáticos: a) perfil profissional do entrevistado, para conhecer melhor o participante, sua formação e sua experiência como gestor; b) percepção sobre os impactos do desastre, para evidenciar as repercussões sobre as condições socioeconômicas e a saúde da população; c) ações desenvolvidas no processo de gestão de risco do desastre-crime pelo setor saúde, para identificar questões sobre o processo de preparação e resposta ao desastre; d) dificuldades enfrentadas no processo de mitigação do desastre, como acesso a documentos orientadores e o processo de articulação entre os entes federativos para a gestão de crise; e) atuação da gestão com a população, para identificar a participação social nas ações desenvolvidas; e f) avaliação das ações desenvolvidas no desastre-crime e preparação para eventos futuros, apontando a atuação da gestão e preparação para eventos futuros.

As entrevistas foram gravadas digitalmente, com duração média de 50 minutos, e ocorreram de forma individual, exceto em duas ocasiões, em que o gestor entrevistado convidou sua equipe para contribuir. Posteriormente, foram transcritas e sistematizadas em quadros do Excel® 2010, mediante técnica de análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)<sup>17</sup>, identificando as expressões-chave e a ideia central, que levaram à definição de quatro categorias de análise: 1) Percepção dos gestores sobre os impactos do desastre-crime; 2) Ações desenvolvidas no processo de gestão de risco do desastre-crime pelo setor saúde; 3) Dificuldades enfrentadas no processo de mitigação do desastre; e 4) Avaliação das ações da gestão durante o desastre-crime e preparação para desastres futuros.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz (IAM/Fiocruz

Pernambuco), sob Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 25398119.9.0000.5190 e parecer nº 5.037.340. Em conformidade com as Resoluções nº 466, de 12 de dezembro de 2012<sup>18</sup> e nº 510, de 7 de abril de 2016<sup>19</sup>, do Conselho Nacional de Saúde.

## Resultados e discussão

Foram entrevistados 16 sujeitos do total de 18 convidados, dos quais 10 são trabalhadores municipais, e 6, do estado. Estes são constituídos por coordenadores da vigilância em saúde (Vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental do núcleo de Vigilância em Saúde Ambiental dos Riscos Associados aos Desastres – Vigidesastres; e Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Contaminantes Químicos – Vigipeq), coordenadores da Atenção Primária à Saúde (APS), coordenadores da Vigilância em Saúde do Trabalhador, coordenadores do Centro de Informação e Assistência Toxicológica (CIATox) e gestores municipais, os quais possuem formações e tempo de experiência diversificados.

Dos 16 sujeitos, 10 são do sexo feminino e 6 são do sexo masculino. Todos têm formação em ensino superior: 6 enfermeiros/as, 2 psicólogos/as, 1 médico, 3 veterinários/as, 1 nutricionista, 1 biólogo, 1 fisioterapeuta e 1 farmacêutico. O tempo de experiência na saúde pública tem média de 11,25 anos, variando de 2 a 36 anos. Apenas 4 entrevistados relataram ter experiência com algum evento grave de saúde:

*Eu já tinha participado de ação de investigação de contaminação de argila, tinha feito também visita de investigação de contaminantes de solo, contaminantes de derivados do petróleo do Porto de Suape, coisas muito pontuais, nada comparado com a magnitude do derramamento de óleo na praia. (Gestor/a municipal 09).*

A experiência profissional e o conhecimento técnico são elementos importantes na condução de ações em saúde, possibilitando maior rapidez e eficácia nas respostas<sup>12</sup>.

A seguir, são apresentadas as ações de gestão do desastre pelos/as gestores/as da saúde para mitigação dos danos, tanto dos municípios afetados quanto do estado de Pernambuco.

## Percepção dos gestores sobre os impactos do desastre-crime

Procurou-se identificar os impactos considerando as repercussões do desastre sobre

as condições socioeconômica e a saúde da população afetada. As falas permitiram evidenciar que ocorreram múltiplos impactos, especialmente no turismo, na saúde, na economia, na segurança alimentar e nutricional e nos modos de vida. Destacam-se os problemas socioeconômicos e para a saúde (*quadro 1*), que implicaram mais dificuldades para as famílias que dependem diretamente do litoral e das áreas estuarinas para sobreviver.

Quadro 1. Discurso dos gestores sobre os impactos do desastre-crime em Pernambuco

### Percepção dos gestores sobre os impactos do desastre-crime

Impactos socioeconômicos (turismo, pesca, perda de fontes de renda etc.)	Foi uma questão muito social, porque eles ficaram sem poder ir para o mar por um período. Só não passaram fome por causa dessas cestas básicas que a gente conseguiu, mas muitos ficaram sem ter o que comer, e sem ter o que para alimentar os filhos. Como eles não estavam vendendo, porque ninguém queria comprar, eles estavam se alimentando. Eles disseram assim: 'se a gente não vende, a gente tem que comer. Como eu vou dar comida pro meu guri, né' (Gestor/a municipal 06). Teve um impacto de queda de venda, até os próprios comerciantes da orla que também comercializam frutos-do-mar e peixe nas suas barracas. Eles também relataram, na época, uma grande redução no consumo, por parte das pessoas, desse tipo de produto (Gestor/a municipal 07).
Agravos à saúde	Eu lembro dos pacientes que apareceram com erupções cutâneas, em alguns casos que tinha história de vômitos, coceira e alguns sintomas gastrointestinais (Gestor/a municipal 08). São múltiplos esses impactos e as possibilidades de adoecimento. O petróleo tem diversas substâncias extremamente nocivas, tanto a curto quanto a longo prazo. A exposição que a gente considera das pessoas é a mesma que a gente considera, por exemplo, na saúde ocupacional que as pessoas têm, é aquela exposição rotineira ao benzeno, por exemplo, são substâncias extremamente nocivas, cancerígenas e que agridem tanto o organismo das pessoas (Gestor estadual 11).
Impactos na saúde mental da população afetada	Tinha pessoas que mantinham suas famílias e a comunidade com uma certa autonomia a partir do mar. E você corta diretamente essa produção de uma hora para outra, quando todos nós que gostava do pescado, para nós foi uma forma fácil de simplesmente não comer, com medo da contaminação química, mas eles perderam sua fonte de renda. Então, isso aí entra em questão de depressão daquela pessoa, homens e mulheres que mantinham aquelas casas, aumenta a questão violência doméstica, aumenta a etilismo (Gestor/a estadual 15).

Fonte: elaboração própria.

A proibição da pesca diante da possibilidade de contaminação fez os pescadores perderem fontes de renda, implicando a indisponibilidade de uma das principais fontes de alimento dessas famílias, bem como a impossibilidade da compra de outros alimentos. Outros trabalhadores, como comerciantes, foram afetados com o fechamento das praias.

A queda na comercialização de mariscos e crustáceos variou de 80% a 100% em Pernambuco, além da queda nas vendas de

outros produtos<sup>10</sup>. Em algumas comunidades, os pescadores foram orientados a não pescar nos primeiros meses da pandemia de covid-19, como medida de biossegurança, o que agravou o quadro de vulnerabilidade provocado pelo desastre-crime<sup>4</sup>.

As repercussões sobre a saúde envolveram a saúde física, devido aos efeitos associados ao contato com o petróleo, e a saúde mental, com as mudanças nos modos de vida dessa população<sup>10</sup>. Por ser um evento atípico, muitos

municípios não estavam preparados para tal situação, potencializando riscos e danos. A falta de preparação ampliou o processo de exposição e riscos da população, sendo registradas diversas situações de pessoas com sintomas de intoxicação exógena, como tontura, cefaleia, febre, dermatites, entre outros.

Apesar do relato de agravos, muitos não procuraram os serviços de saúde, dificultando a notificação e o cuidado, sendo adotadas soluções caseiras para amenizar os sintomas, com relatos de uso de substâncias tóxicas (como querosene) para eliminar os resíduos do petróleo do corpo.

Essa população continuou a ter contato com a substância no trabalho, por não poderem interromper a pesca de subsistência, diante da dificuldade de receber auxílio emergencial concedido pelo governo para algumas famílias afetadas<sup>20</sup>.

Outra situação identificada foi a negação dos problemas resultantes da exposição ao petróleo, considerando os sintomas como algo simples, exagero da população ou descartando as possibilidades de adoecimento por exposição.

Notícias surgiram sobre o desastre-crime, muitas sem valorizar o tema saúde ou gravidade das repercussões no território<sup>21</sup>. A falta de informações adequadas e em tempo oportuno pode ter deixado a população confusa quanto ao que fazer diante da situação. Devido à falta de comunicação sobre a problemática<sup>22</sup>, muitos não conseguiam identificar se os sintomas apresentados estavam relacionados com a exposição.

A exposição aos componentes do petróleo pode causar intoxicação aguda e crônica, com surgimento de danos meses ou anos após a exposição independentemente do nível e tempo de exposição, como câncer, doenças hematológicas, desordens dos sistemas circulatório, pulmonar, renal, imune e neurológico, distúrbios emocionais e desregulações hormonais<sup>23,24</sup>.

Esses desastres repercutem na saúde mental e geram uma catarse de sentimentos nos moradores e nas pessoas que dependem do mar para sobrevivência. Essas comunidades possuem relação simbiótica com a natureza, não restrita

a aspectos mercantis, mas refletidas em questões culturais e espirituais que ressoam em todos os aspectos de suas vidas<sup>25,26</sup>.

Nessa conjuntura, é importante capacitar os profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) que atuam na assistência não só para as intoxicações, mas também para realizarem acolhimento e manejo adequado das repercussões na saúde mental e seguimento da população<sup>11</sup>.

### **Ações desenvolvidas no processo de gestão de risco do desastre-crime pelo setor saúde**

Para a caracterização das ações desenvolvidas no processo de gestão de risco do desastre-crime pelo setor saúde, as questões foram direcionadas para o processo de preparação e resposta ao desastre, considerando a formação do comitê de crise, a oferta de processos formativos para os profissionais de saúde, o monitoramento e a notificação da população exposta, assim como as ações de educação em saúde.

A literatura evidencia que os desastres por petróleo ocorridos no Brasil, nos Estados Unidos da América, na Coreia do Sul e em outros países ocasionaram diversas consequências, exigindo reorientação dos seus sistemas de proteção social, com o propósito de dar respostas aos impactos gerados<sup>27-29</sup>. No entanto, as ações de resposta ao derramamento de petróleo foram descoordenadas, sem integração das agências governamentais ou estratégias intersetoriais coerentes, divergindo das recomendações necessárias que esse episódio demandava<sup>27,29</sup>.

No caso analisado aqui, apenas um município conseguiu se organizar antes da chegada do petróleo no município, o que evitou situações desastrosas como a exposição da população à substância, os demais lidaram com a situação após seu acontecimento (*quadro 2*). Entre as ações planejadas, foram estruturados comitês de crise, capacitação dos profissionais de saúde para acolhimento e atendimento, ações para monitoramento e notificação dos expostos.

Quadro 2. Discursos dos gestores sobre as ações desenvolvidas no processo de gestão de risco do desastre-crime pelo setor saúde

**Ações desenvolvidas no processo de gestão de risco do desastre-crime pelo setor saúde**

Organização das ações antes da chegada do petróleo	<i>Uma semana antes, e a gente já deu para preparar todo mundo. Já estava fazendo as capacitações para a rede. Prevenir para não ter o impacto que os outros municípios tiveram. A gente já estava com todos os EPI's. Aí para fazer um curso de desastres, várias pessoas da saúde participaram. Antes mesmo do petróleo chegar, a gente conseguiu capacitar a equipe, a rede de saúde todinha (Gestor/a municipal 06).</i>
Ações realizadas durante a chegada do petróleo	<i>A Vigilância junto com Atenção Básica, se dividiu bastante para poder estar junto com os pescadores, para poder orientar a questão do contato, fizemos uma panfletagem também na praia, porque é um período que ainda estava com aquelas manchas pequenininhas na praia, o pessoal começou a frequentar. Então, a gente fez essa parte de panfletagem com o pessoal da dengue (Gestor/a municipal 03).</i>
Formação do comitê de crise	<i>Foi montado um comitê de gerenciamento de crise muito antes de chegar o petróleo. Ficou até o fim das ações (Gestor/a municipal 06).</i>  <i>Várias secretarias se uniram e chegaram em denominadores de tentar fazer plano de ação emergencial caso o óleo chegasse. No primeiro dia da gente limpando o óleo na praia, a gente também fez uma fala com todo o nosso serviço de urgência e emergência para que as equipes de plantão ficassem atenta aos sintomas de intoxicação, e entrasse em contato com a gente (Gestor/a municipal 09).</i>  <i>Ele não era só da saúde. O próprio prefeito estava envolvido, o pessoal da Defesa Civil, da Secretaria de Meio Ambiente estava todo mundo envolvido (Gestor/a municipal 01).</i>
Oferta de processos formativos para os profissionais	<i>Houve orientação, porque a gente precisava, inclusive, por exemplo, para os profissionais de emergência, a gente precisava reconhecer o que eram os sinais de intoxicação exógena e desconfiar se era do petróleo, se não era do petróleo (Gestor/a municipal 01).</i>  <i>Todas as unidades de PSF foram capacitadas para acolher esses pacientes, essa população. O Samu também, na época, foi preparado também, o hospital que a gente tem uma Unidade Mista (Gestor/a municipal 02).</i>
Monitoramento e vigilância da população exposta	<i>A partir desse volume maior e dessas notificações que a gente começou a estruturar mais as ações. Começou a mandar equipes para poder identificar de como é que tá a situação, o volume, as pessoas que estavam envolvidas na limpeza de quem está fazendo o gerenciamento. Começou a fazer esse diagnóstico de forma informal. Soltou uma nota técnica para a população e uma para os profissionais de saúde para que eles notificassem quem apresentasse intoxicação exógena. A gente instituiu que ia ser de notificação imediata. À medida que foram chegando notificações, a gente começou a também fazer informes semanais. Semanalmente avaliava como é que está a notificação, os principais sintomas para se criar esse banco. A gente pediu apoio ao EpiSUS do Ministério da saúde. Tinha reuniões semanais com o Ministério da Saúde (Gestor/a Estadual 11).</i>  <i>As ações de saúde eram muito mais fazer tratamento sintomático de quem tivesse com intoxicação exógena, e monitorar essas pessoas. Então, a gente ficou monitorando muito as populações mais próximas, às populações ribeirinhas através das equipes de saúde da família, das equipes de vigilância em saúde para que essa população não fosse para o mangue, pro rio, para a praia (Gestor/a municipal 01).</i>  <i>O Samu ficava de prontidão quando saía equipes para recolhimento, as próprias unidades básicas de saúde ficavam de prontidão, o pessoal da emergência ficava de prontidão não só esperando que eles voltassem, mas fazendo orientações (Gestor/a municipal 01).</i>  <i>A gente identificou um grupo específico para estar trabalhando especificamente com isso, direcionamos os profissionais lá para a base descentralizada do SAMU. A gente encaminhou uma equipe de profissionais de saúde para a área das praias, onde inclusive a gente colocou uma base da saúde lá com vários profissionais envolvidos e com o objetivo de estar identificando esses casos para serem notificados (Gestor/a municipal 04).</i>  <i>Como isso foi uma coisa inédita, não existiam níveis aceitáveis dos componentes do petróleo nos peixes para o consumo. A Anvisa fez uma nota técnica mostrando quais eram os níveis possíveis de serem consumidos. Em nenhum momento entendemos que poderia ser necessário suspender o consumo. A ação da Vigilância Sanitária tem que ser respaldada em cima de pesquisa, de ciência, e não simplesmente, porque apareceram óleos lá, e suspenderíamos o peixe consumido no estado ou no município. Então, com as dificuldades da rastreabilidade dos peixes que nós não temos isso muito claramente, levou a necessidade de não suspender os peixes consumidos por dois motivos: o principal é a inexistência de níveis de contaminantes condenatórios, e o segundo é que não se tinha a certeza de que aquele peixe exposto à venda estariam com contaminante (Gestor/a estadual 12).</i>

Quadro 2. Discursos dos gestores sobre as ações desenvolvidas no processo de gestão de risco do desastre-crime pelo setor saúde

Ações desenvolvidas no processo de gestão de risco do desastre-crime pelo setor saúde	
Ações de Educação em Saúde	<p><i>Então, para as populações ribeirinhas, a gente foi fazer a orientação in loco, teve dia de a gente passar na rua, e fazer orientação de casa em casa, em áreas que a gente sabia que eram marisqueiras e pescadores que moravam, que eram pessoas que iam para o mangue para pegar Caranguejo, Aratu para comer naquele mesmo dia. A gente foi verificando quem teve contato, quem não teve contato, monitorar quem teve contato, e isso a gente fez através das equipes de atenção básica (Gestor/a municipal 01).</i></p> <p><i>A gente convidou o representante das associações de pescadores, de marisqueiras a compor esse grupo específico. E a gente estava fazendo reuniões praticamente toda semana, porque a gente escutava a demanda, os anseios, as dificuldades para tentar intervir em conjunto (Gestor/a municipal 04).</i></p>

Fonte: elaboração própria.

Devido à urgência do problema, autoridades públicas, pescadores, ambulantes, população local e outros se mobilizaram para retirar o petróleo nas praias. Essas ações ocorreram sem preparo adequado, pois a maioria dos envolvidos atuou sem Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e sem conhecimento sobre os danos à saúde, expondo-se a situações de risco<sup>10</sup>. Sem preparação prévia para minimizar os danos, as ações foram realizadas sem planejamento, de modo fragmentado e descoordenado<sup>11,13,15,30,31</sup>.

#### FORMAÇÃO DO COMITÊ DE CRISE

Todos os entrevistados relataram a criação de comitês de crise para gestão do desastre, de composição multissetorial e multiprofissional. Houve o envolvimento de várias secretarias, coordenações de saúde, pescadores, comerciantes, setor de turismo, Organizações Não Governamentais e outros órgãos governamentais.

Os comitês de crise devem ser uma das primeiras providências diante de emergências em saúde pública, e o envolvimento de atores com diversas formações permite planejar e executar ações estratégicas e eficazes<sup>11</sup>. Em sua composição, importa que, além dos órgãos governamentais, haja representações das comunidades afetadas, especialistas e pesquisadores com conhecimentos envolvendo os agentes e os danos relacionados, a fim de combinar os saberes comunitário, técnico e científico<sup>14,30</sup>.

#### PROCESSOS FORMATIVOS PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Por não haver histórico de ocorrência de eventos dessa natureza nos municípios e no estado, gestores e profissionais da saúde não possuíam conhecimento prévio sobre a substância e seus potenciais danos. Isso tornou necessária a realização de capacitações sobre manejo clínico da intoxicação e sua notificação, sobre a organização do serviço de saúde, o estabelecimento de protocolos e os fluxos na rede assistencial. A formação permanente e continuada é essencial para a melhoria dos serviços de saúde e o desenvolvimento profissional<sup>15</sup>, contribuindo para melhoria na oferta dos serviços<sup>13</sup>.

A preparação do setor saúde enseja ações efetivas, como a criação e a estruturação de equipes estratégicas prontas para atuar nessas situações<sup>13</sup> a exemplo da Vigidesastres e do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde, fortalecendo a vigilância em saúde para evitar que ações inadequadas se configurem como um novo desastre, agravando um cenário que poderia ser evitado com medidas preventivas<sup>11,32</sup>.

Alguns municípios identificaram a necessidade de demandar equipes de saúde para os territórios afetados mediante a instalação de bases de saúde para acompanhar a população, orientar, realizar acolhimento e as devidas notificações. Apenas um município conseguiu preparar profissionais e a rede de saúde

para atuar nesse desastre-crime. As falhas no preparo dos municípios e do estado, que demoraram a responder em algumas situações, resultaram na ampliação da exposição e dos cenários de risco.

Desastres de grande magnitude exigem atuação conjunta dos entes federados para mitigação dos danos, realizada por intermédio de coordenação intrassetorial com a formação do Centro de Operações de Emergência em Saúde (COE-Saúde). Isso envolve todos os atores com responsabilidade na resposta ao desastre e, a partir deste, faz articulação com o Comitê de Operações de Emergência Geral (COE-Geral)<sup>11,16</sup>.

As principais ações desenvolvidas pelos entes federados foram monitoramento, notificação de casos e educação em saúde. A partir da chegada do petróleo às praias, os municípios iniciavam ações de gerenciamento da situação. Cada ente desenvolveu ações em diferentes níveis, a depender do grau de preparo. Conforme fala dos gestores estaduais, na chegada do petróleo à costa, eles não sabiam como agir, ocasionando dificuldades de acompanhar e dar suporte às ações dos municípios. Devido a isso, as ações do estado foram realizadas conforme surgimento das demandas.

A partir das notificações, o estado enviou equipes aos territórios para realizar diagnóstico situacional. Emitiram-se notas técnicas para a população e profissionais de saúde sobre as notificações de intoxicações, que, diante da gravidade do problema, passaram a ser imediatas, além da produção de informes semanais. O estado de Pernambuco era considerado o elo entre o Ministério da Saúde (MS) e os municípios, cujo contato havia sido estabelecido mediante reuniões da sala de situação.

#### **MONITORAMENTO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE DA POPULAÇÃO EXPOSTA**

A prioridade dos gestores locais foi monitorar os casos da população que teve contato com a substância e que apresentou sinais de

intoxicação exógena, bem como evitar novas exposições. Organizaram-se para dar suporte aos voluntários que estavam retirando a substância da praia, disponibilizando EPI para minimizar contato direto. A princípio, não havia um instrumento específico para realizar notificações de expostos, o que levou ao uso das fichas de intoxicação exógena do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan) mesmo diante da ausência de manifestações clínicas indicativas de caso.

Uma das dificuldades relatadas foi a falta de conhecimento sobre a substância e os impactos sobre o pescado. Buscou-se identificar se os pescados estavam contaminados por meio de análises laboratoriais, porém, a falta de referência sobre os níveis toleráveis de compostos tóxicos fez com que os municípios e o estado não adotassem orientações sobre a suspensão, restrição ou recomendações especiais relacionadas com o consumo dos pescados.

Isso ocasionou dificuldades entre estado e municípios porque houve influência da mídia sobre a suspensão do consumo, além de instituições de pesquisas que recomendavam essa mesma ação, a partir da identificação de petróleo nos sistemas digestivo e respiratório de peixes, mariscos, moluscos e crustáceos, culminando na orientação de não consumir alimentos advindos dessas localidades<sup>33,34</sup>.

Em territórios afetados pelo derramamento, idealmente, devem-se avaliar os níveis dos contaminantes de relevância toxicológica/ecotoxicológica nas espécies economicamente relevantes e consumidas pela população, a capacidade de adoção de medidas de mitigação, a capacidade de resposta dos sistemas de saúde locais, a relação entre os impactos socioeconômicos e sobre a soberania e segurança alimentar e nutricional decorrentes da suspensão ou restrição do consumo, entre outros, para tomar decisões quanto à manutenção do comércio e consumo de alimentos potencialmente contaminados<sup>35</sup>, o que não foi observado no estado e nos municípios estudados.

## AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

As ações de educação em saúde buscaram orientar a população a evitar o contato com o petróleo; difundir informações sobre as ações para prevenir que isso ocorresse mediante a distribuição de panfletos e treinamento dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias; orientar sobre o uso adequado de EPI para os profissionais e voluntários na coleta do petróleo. Em um município, houve ações de educação em saúde nas escolas, para que crianças e adolescentes difundissem informações para familiares, vizinhos e amigos.

Foram realizadas articulações com as lideranças das comunidades, em que foram convidados representantes para compor o comitê de crise no intuito de identificar suas necessidades e demandas, tornando-se um elo entre a gestão e a comunidade, além de mostrar a importância da construção de uma vigilância de base popular. Além disso, foram feitas articulações com lideranças das colônias de pescadores para realização de rodas de conversa sobre os sintomas e o que fazer se houvesse exposição. Outrossim, houve treinamento e rodas de conversa com trabalhadores da orla, comerciantes, rede hoteleira, banhistas, na colônia e na associação de pescadores, para evitar contato com a substância.

A participação social é fundamental no processo de gestão em situações de desastres, tendo em vista seu conhecimento sobre o território e o vínculo com os membros da comunidade, contribuindo para realização do mapeamento das áreas e dos grupos mais vulneráveis, dos estabelecimentos de saúde e de alternativas e outros elementos que os técnicos desconhecem<sup>11,13,30,36</sup>.

É preciso reconhecer a importância do trabalho em equipe em situações de desastres, para melhor identificação e triagem das vítimas; educação em saúde das comunidades em todas as fases do desastre; amparo das necessidades de diagnóstico e

tratamento, dando possibilidades de efetivo acesso à saúde, incluindo assistência psicológica, nas ações de resposta e recuperação de desastres<sup>37</sup>.

Embora a exposição aos componentes do petróleo esteja associada a desfechos graves, nos discursos dos gestores, não foram identificados: a adoção de medidas específicas adequadas e suficientes voltadas ao aumento da sensibilidade na notificação de casos suspeitos de intoxicação; o treinamento dos profissionais de saúde da assistência para diagnóstico dos casos; o estabelecimento de coortes populacionais de expostos para acompanhamento longitudinal de sinais e sintomas eventualmente associados à exposição, entre outras coisas.

## Dificuldades enfrentadas no processo de mitigação do desastre

As dificuldades enfrentadas no processo de mitigação do desastre configuraram-se em falta de conhecimento sobre documentos norteadores e dificuldades de articulação entre os entes federados. Diversas situações dificultaram o desenvolvimento das ações: falta de um instrumento orientador para organização das ações em caso de desastres tecnológicos, o que contribuiu para uma atuação improvisada; falta do conhecimento sobre o perfil epidemiológico do município, o que dificultou a realização de ações mais eficazes e direcionadas para os potenciais danos à saúde associados ao desastre; falta de articulação entre os entes federados, o que retardou a reação de alguns gestores na espera por uma orientação sobre como atuar ante o problema, considerando a necessidade de atuação tripartite.

## DESCONHECIMENTO SOBRE DOCUMENTOS ORIENTADORES

Diante da ausência de documentos orientadores oficiais e da falta de articulação, comunicação e planejamento entre os entes

federados, cada ente buscou qualquer documento que configurasse fonte de dados. Um município usou como modelo as ações realizadas no Sudeste para situações de derramamento de petróleo, enfocando a redução do contato da população com a substância para evitar possíveis danos à saúde; outro se baseou em exemplos de outros países que vivenciaram situações semelhantes para guiar suas ações; um município elaborou um plano de ação no decorrer do processo, tornando ainda mais lentas as respostas, e utilizou o próprio Plano de Preparação e Resposta (PPR) do Vigidesastres, que precisou ser adaptado para tal situação, considerando sua inespecificidade; o estado utilizou o PPR para chuvas de Pernambuco<sup>38</sup>, adaptado ao contexto do petróleo; outro utilizou o que tinha disponível no SUS, a exemplo da ficha de notificação exógena, que precisou ser adaptada para o caso.

No momento do desastre, o Plano Nacional de Contingência para Incidentes de Poluição por Óleo estava em vigor e poderia ter sido adotado para balizar a atuação dos gestores locais. Este apresenta diretrizes amplas, com enfoque na coordenação do desastre<sup>39</sup>. Durante e após esse desastre, outros documentos que apresentam orientações a ações de respostas mais específicas foram publicados<sup>40,41</sup>.

Foram emitidas notas técnicas para orientar a população, o que deve ser ponderado, pois esse tipo de documento possui linguagem formal e não é acessível a todos os públicos, e sua disseminação foi por meio da internet; em contrapartida, a maioria da população impactada diretamente vive em situação de vulnerabilidade socioeconômica, com baixo nível de escolaridade e acesso às tecnologias, sendo importante observar o público-alvo e pensar em linguagens mais acessíveis.

As limitadas medidas adotadas para a mitigação do desastre, motivadas principalmente pela ausência de planejamento, resultaram em atuação tardia, impossibilitando a

proteção da população exposta ao petróleo nas localidades atingidas.

#### **DIFICULDADES DE ARTICULAÇÃO ENTRE OS ENTES FEDERADOS**

Foram identificadas dificuldades de articulação e organização para a resposta entre os entes federados. Houve tentativa de padronização, por parte da gestão estadual, das informações, para evitar as deficiências nas respostas, mediante a emissão das notas técnicas informativas e a tentativa de realização de reuniões entre eles.

Alguns municípios receberam apoio incipiente e retardatário do MS e da Secretaria Estadual de Saúde. Isso foi apontado como o principal argumento na dificuldade de definir quais ações deveriam realizar e como realizá-las, tomando como lógica discursiva o princípio organizativo do SUS de gestão tripartite, assim como a grande magnitude do evento, em que, em tese, a instância federal deveria assumir e orientar os demais entes federados na tomada de decisão.

Soares<sup>6</sup> relata que a inação ou a atuação tardia do governo federal intensificaram os efeitos negativos do desastre no ambiente, na vida e na saúde das comunidades. Nesse contexto, houve retardo em implementar o plano de contingência, que deveria ter sido aperfeiçoado conforme a situação vivenciada, com diretrizes mais específicas para as gestões locais, assim como demora em apoiar os demais entes federados.

A gestão tripartite aponta que, quando o município não for capaz de atender as demandas de seu território, este pode solicitar apoio a outros municípios de sua região de saúde que apresentem maior capacidade de recursos físicos e financeiros, por meio das Gerências Regionais de Saúde, ao estado e ao governo federal.

Em situações de derramamento de petróleo, compete ao MS mobilizar o SUS e atuar em apoio às ações de prevenção, preparação e resposta, dando apoio ao Comitê Executivo e

ao Grupo de Acompanhamento e Avaliação na proposição de diretrizes para a implementação do Plano Nacional de Contingência, orientando e apoiando as esferas de gestão do SUS na definição, na execução, na avaliação e no monitoramento de tais ações<sup>39</sup>.

As limitações políticas também emergiram na fala dos gestores locais. Isso suscitou em dificuldades para a realização das ações de mitigação, em que o gestor precisou moderar o discurso e a própria tomada de decisões, evitando se contrapor aos interesses econômicos dos detentores do poder no território.

Grande parte dos municípios pernambucanos são de pequeno porte, o que implica acesso a menos recursos, o que influenciou na condução do desastre, repercutindo em poucos recursos para aquisição de materiais, contratação de profissionais para atuar na crise e outras medidas.

## Avaliação das ações da gestão durante o desastre-crime e preparação para desastres futuros

Neste momento, procurou-se identificar a percepção dos gestores acerca da atuação da gestão, os pontos fortes, as dificuldades e as lições aprendidas. Alguns gestores avaliaram ter conseguido dar resposta rápida à população, mesmo considerando que foi um evento inusitado. Apenas um município conseguiu evitar maiores danos à saúde da população, pois conseguiu se organizar antes da chegada do petróleo e, dessa forma, evitar/reduzir exposição direta. O apoio da gestão estadual em alguns municípios foi apontado como facilitador. Outro ponto apresentado foi a qualidade técnica da equipe apesar da falta de preparo para atuar nessa situação (*quadro 3*).

Quadro 3. Dificuldades e lições aprendidas segundo o discurso dos/as gestores/as no processo de mitigação do desastre-crime em Pernambuco

Dificuldades enfrentadas na mitigação do desastre-crime	Desconhecimento sobre documentos norteadores	<i>Literalmente, a saúde não tinha nenhum protocolo que seguia não (Gestor/a municipal 02).</i>  <i>A gente usou a ficha de notificação do Sinan e uma ficha que o EpiSUS deixou para gente. A gente não foi norteada por plano de contingência não, a gente foi norteada pelo filem mesmo do que fazer na hora (Gestor/a municipal 09).</i>  <i>O que a gente utilizou, foi tanto o plano de contingência estadual para as chuvas, embora seja um outro evento, mas ele fala nessa questão das ações de preparação, de resposta. A gente tentou adaptar pra questão de petróleo. A gente tem um manual do Ministério que fala sobre isso: desastre. Acho que é manual de QBNR, que é desastres de origem química, biológica tem de vários recortes (Gestor/a estadual 11).</i>
	Dificuldades de articulação entre os entes federados	<i>Sentimos falta de tudo, do instrumento adequado, do apoio estadual e do Ministério da Saúde. A gente ficou bem órfão na história. eu fiquei bem desesperada, porque a gente não sabia de fato o que fazer. Quando a gente veio ter uma resposta do Estado, eu acho que a gente já tinha 15 dias de petróleo (Gestor/a municipal 03).</i>  <i>Houve um governo federal de Vigilância nacional que foi uma discussão mais técnica, ele chamou toxicologista, chamou especialistas de petróleo. Houve um governo federal desarticuladíssimo que foi o da presidência da República e outras relacionadas, que não envolveu a Petrobras. Porque é a Petrobras que entende, que sabe reverter os danos do petróleo. Houve uma trapalhada de colocar a marinha, que veio como se fosse a única, e ela fez só circo, embora ajudou também. Mas sem nenhuma base científica (Gestor/a estadual 15).</i>

Quadro 3. Dificuldades e lições apreendidas segundo o discurso dos/as gestores/as no processo de mitigação do desastre-crime em Pernambuco

Lições apreendidas na mitigação do desastre-crime	Acúmulo de conhecimento	<p><i>Tudo que foi construído, os aprendizados, os erros e os acertos lá atrás, eles fazem diferença sim em novas ocorrências (Gestor/a estadual 11).</i></p> <p><i>A gente sempre tem que estar pensando que isso pode acontecer de novo, que a gente deve estar preparado. Isso deve ser trabalhado nas escolas municipais, trabalhar essa questão da educação. Mas, eu acho que a gente deve preparar principalmente as pessoas que vivem no mar todo dia, esses são nossos maiores olheiros (Gestor/a municipal 02).</i></p> <p><i>A gente precisa voltar no plano de óleo, especificamente de químicos. Mas realmente, se não tivesse a Covid já estava bem adiantado o plano de preparação e respostas (Gestor estadual 15).</i></p>
	Experiência com o desastre-crime	<p><i>Relatórios deixa uma memória para o município de como se agiu naquele período. E aí eu acho que isso vai facilitar muito, porque naquele momento, até a gente pegou exemplos de locais de uma realidade muito diferente (Gestor/a municipal 07).</i></p> <p><i>Planejados nós não estamos. A gente não tem plano de enfrentamento atualizado, se a gente fosse utilizar hoje, a gente iria utilizar o que a gente fez em 2019 (Gestor/a municipal 01).</i></p> <p><i>Se a gente já viveu, já sabe mais ou menos. Acho que depois do covid também, que foi outro desastre, preparou bastante a gente (Gestor/a municipal 03).</i></p>

Fonte: elaboração própria.

Diante da possibilidade de ocorrência de um desastre, é essencial uma comunicação eficiente e oportuna entre os serviços de saúde e a população. Os veículos de comunicação locais foram apontados como estratégias rápidas para atingir a população, divulgando mensagens de alerta sobre os perigos associados ao desastre e suas repercussões, especialmente para comunidades em situação de risco. Essa comunicação serve como instrumento tecnológico para controle de situações de risco, proteção e promoção da saúde, ambientais e ocupacionais<sup>42</sup>.

As experiências vivenciadas pelos gestores, positivas ou negativas, resultaram em acúmulo de conhecimento. Além disso, elas podem direcionar melhores práticas em casos de um desastre futuro, acendendo alerta sobre a importância da elaboração e implementação precoces de planos de ação, conduzidos por equipe técnica qualificada.

Importa considerar a necessidade de ações de educação permanente com os profissionais, atentando ao contexto da saúde pública no Brasil, onde parcela significativa de cargos de gestão são ocupados mediante indicação

política, o que pode resultar em alta rotatividade e baixa qualificação técnica de profissionais. Além disso, as dinâmicas do serviço e as diversas situações de saúde enfrentadas cotidianamente, assim como a complexa sobreposição de problemas de saúde e socioambientais, limitam a atuação em outras pautas.

Freitas<sup>11</sup> enfatiza a promoção da educação permanente dos profissionais de saúde, mediante a realização de capacitações periódicas com exercícios simulados para situações de desastres, para testar e atualizar o plano elaborado.

Relatórios técnicos apresentando ações realizadas, métodos utilizados, dificuldades, êxitos alcançados são uma importante memória tanto para a gestão atual quanto para as futuras, pois fornecem subsídios para o gestor não repetir erros, assim como permitem a replicação de experiências exitosas<sup>14</sup>.

Observou-se que não há preparação dos serviços, dos profissionais e da gestão para atuar em tais situações. Não há planejamento prévio e mobilização para implementação da fase de gestão do risco de desastres, deixando o território vulnerável à ocorrência de tais

eventos.

A gestão em saúde deve manter um processo de monitoramento, avaliação e realização de ações voltadas para a gestão do risco de desastres. Para isso, recomenda-se incluir indicadores de gestão de desastres aos indicadores de saúde<sup>40</sup>, permitindo identificar, avaliar e vigiar a possibilidade da ocorrência de desastres para adotar medidas preventivas e alerta antecipado<sup>13,36</sup>.

Manter um processo de revisão e atualização dos PPR para desastres, observando a dinamicidade do território, da organização dos serviços de saúde, da formação de profissionais, dentre outros elementos, é fundamental para enfrentar a ocorrência de desastres<sup>42</sup>.

## Considerações finais

O desastre-crime ocorrido exigiu das autoridades e órgãos competentes esforços para mitigar os danos ao ambiente e à saúde da população atingida. Os resultados demonstram fragilidades da gestão em saúde na condução do desastre, como a falta de organização prévia e de planejamento de ações, assim como a inexistência de equipes aptas para atuar em tais situações na maioria dos órgãos gestores nos três níveis para evitar danos.

Outra questão identificada foi a debilidade de ações voltadas para a proteção social, especialmente a implementação de políticas de cunho socioeconômico. Tendo em vista que a população mais afetada (pescadores/as artesanais) perdeu seus meios de subsistência e que grande parte não teve acesso ao auxílio financeiro disponibilizado pelo governo federal, alguns municípios ofereceram cestas básicas, mas estas foram insuficientes diante das necessidades dessas famílias.

A condução de ações voltadas à prevenção, à mitigação e ao manejo de danos decorrentes desses eventos não depende apenas da gestão em saúde, devendo ser uma ação conjunta com outros setores/segmentos e serviços, como órgãos ambientais, defesa civil, secretarias de ações sociais, além da própria sociedade civil organizada. Os serviços de comunicação local são centrais em casos de desastres, pois possibilitam a difusão de informações para a população com emissão de alerta antecipado, o que pode evitar situações de risco.

Observa-se a necessidade de construção de PPR para desastres por petróleo por cada ente federado, tendo em vista a escassez desses documentos, que contemplem todas as fases de gestão de desastres, para auxiliar na condução e na prevenção desse tipo de desastre, desde a fase da gestão de risco, no intuito de evitar que o evento adverso aconteça, até a fase de recuperação e resiliência dos territórios atingidos.

## Colaboradores

Alves MJCF (0000-0002-6704-6623)\* contribuiu para concepção, coleta, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica, aprovação final do manuscrito. Machado LOR (0000-0002-3364-7930)\* e Santos MOS (0000-0002-2129-2335)\* contribuíram para concepção, coleta de dados, revisão crítica e aprovação final do manuscrito. Freitas CM (0000-0001-6626-9908), Costa RCL (0000-0003-4913-4846)\*, Gurgel AM (0000-0002-5981-3597)\* e Gurgel IGD (0000-0002-2958-683X)\* contribuíram para análise e interpretação dos dados, revisão crítica e aprovação final do manuscrito. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

1. International Tanker Owners Pollution Federation. Oil Tanker Spill Statistics 2023. ITOPF [Internet]. 2023 [acesso em 2023 ago 2]. Disponível em: <https://www.itopf.org/knowledge-resources/data-statistics/statistics/>
2. Lawand Junior A, Silva CDA, Oliveira LPF. Derramamento de óleo no nordeste brasileiro: Responsabilização e desdobramentos. *MLAW*. 2021;1(1):84-113.
3. Santos MOSD, Santos CPS, Alves MJCF, et al. Oil in Northeast Brazil: mapping conflicts and impacts of the largest disaster on the country's coast. *An Acad Bras Ciênc*. 2022;94(supl2):e20220014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0001-376520220220014>
4. Pena PGL, Northcross AL, Lima MAG, et al. Derramamento de óleo bruto na costa brasileira em 2019: emergência em saúde pública em questão. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(2):e00231019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00231019>
5. Zacharias DC, Gama CM, Fornaro A. Mysterious oil spill on Brazilian coast: Analysis and estimates. *Mar Pollut Bull*. 2021;(165):112125. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.marpolbul.2021.112125>
6. Soares MO, Teixeira CEP, Bezerra LEA, et al. Brazil oil spill response: Time for coordination. *Science*. 2020;367(6474):155. DOI: <https://doi.org/10.1126/science.aaz9993>
7. Ca LR, Pessoa VM, Carneiro FF, et al. Derramamento de petróleo no litoral brasileiro: (in)visibilidade de saberes e descaso com a vida de marisqueiras. *Ciênc saúde coletiva*. 2021;26(12):6027-2036. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212612.15172021>
8. Secretaria Estadual de Saúde (PE). Intoxicações exógenas relacionadas à exposição ao petróleo no litoral de Pernambuco. Informe nº 05/2019. [local desconhecido]: Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde; 2019.
9. Freitas CM, Peres MCM. Relatório Técnico O desastre tecnológico envolvendo derramamento de petróleo no Brasil – Diagnóstico preliminar sobre lições aprendidas e perspectivas futuras para o setor saúde [Internet]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2021 [acesso em 2021 ago 26]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/56099>
10. Araújo ME, Ramalho CWN, Melo PW. Pescadores artesanais, consumidores e meio ambiente: consequências imediatas do vazamento de petróleo no Estado de Pernambuco, Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2020;36(1):e00230319. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00230319>
11. Freitas CM, Mazoto ML, Rocha V, organizadores. Guia de preparação e respostas do setor saúde aos desastres [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018 [acesso em 2021 ago 26]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/40925>
12. Ministério da Integração Nacional (BR), Secretaria Nacional de Defesa Civil. Glossário de Defesa Civil: estudos de riscos e medicina de desastres [Internet]. 5. ed. Brasília, DF: MI; 2012 [acesso em 2021 ago 26]. Disponível em: <https://fld.com.br/publicacao/glossario-de-defesa-civil-estudos-de-riscos-e-medicina-de-desastres/>
13. Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde. Desastres Naturais e Saúde no Brasil [Internet]. Brasília, DF: Opas, Ministério da Saúde; 2014 [acesso em 2021 ago 26]. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/7678>
14. Ministério da Saúde (BR), Fundação Nacional da Saúde. Protocolo de atuação da Funasa em situações de desastres [Internet]. Brasília, DF: Funasa; 2018 [acesso em 2021 ago 26]. Disponível em: [http://www.funasa.gov.br/documents/20182/38937/PROTOCOLO\\_Atuacao\\_Desastres\\_2018+WEB.pdf](http://www.funasa.gov.br/documents/20182/38937/PROTOCOLO_Atuacao_Desastres_2018+WEB.pdf)
15. Shoaf K. Organizando o setor saúde para responder a desastres. *Ciênc saúde coletiva*. 2014;19(9):3705-15. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014199.03722014>

16. Santos RC, Gurgel AM, Silva LIM, et al. Desastres com petróleo e ações governamentais ante os impactos socioambientais e na saúde: *scoping review*. Saúde debate. 2022;46(esp8):201-220. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E815>
17. Lefevre F, Lefevre AMC, Marques MCC. Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto-organização. Ciênc saúde coletiva. 2009;14(4):1193-1203. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000400025>
18. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nos. 196/96, 303/2000 e 404/2008. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2013 jun 13 [acesso em 2023 ago 2]; Seção I:549. Disponível em: [https://cep.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/res\\_466\\_2012.pdf](https://cep.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/res_466_2012.pdf)
19. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2016 maio 24 [acesso em 2023 ago 2]; Seção I:44. Disponível em: [https://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/documentos/NORMAS-RESOLUCOES/Resoluo\\_n\\_510\\_-\\_2016\\_-\\_Cincias\\_Humanas\\_e\\_Sociais.pdf](https://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/documentos/NORMAS-RESOLUCOES/Resoluo_n_510_-_2016_-_Cincias_Humanas_e_Sociais.pdf)
20. Silva LRC, Pessoa VM, Carneiro FF, et al. Derramamento de petróleo no litoral brasileiro: (in)visibilidade de saberes e descaso com a vida de marisqueiras. Ciênc saúde coletiva. 2009;14(4):1193-204. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000400025>
21. Silva LIM, Antunes MBC, Albuquerque MSV, et al. O derramamento de petróleo no litoral pernambucano a partir das narrativas do Jornal do Commercio. Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde. 2022;16(4):913-925. DOI: <https://doi.org/10.29397/reciis.v16i4.3279>
22. Richetti GP, Milaré P. O Óleo no Nordeste Brasileiro: Aspectos da (an)alfabetização Científica e Tecnológica. RBPEC. Brasileira de Pesquisa em Educação em Ciências. 2021; (e29065):1-29. DOI: <https://doi.org/10.28976/1984-2686rbpec2021u11871215>
23. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Pela Declaração de Estado de Emergência em Saúde Pública para Controle dos Riscos Decorrentes da Maior Tragédia de Contaminação pelo Petróleo na Costa do Brasil | UFBA. Cebes [Internet]. 2019 out 28 [acesso em 2021 ago 26]. Disponível em: <http://cebes.org.br/2019/10/pela-declaracao-de-estado-de-emergencia-em-saude-publica-para-controle-dos-riscos-decorrentes-da-maior-tragedia-de-contaminacao-pelo-petroleo-na-costa-do-brasil-ufba/>
24. Aguilera F, Mendez J, Pasaro E, et al. Review on the effects of exposure to spilled oils on human health. J Appl Toxicol. 2010;30(4):291-301. DOI: <https://doi.org/10.1002/jat.1521>
25. Euzebio C, Rangel G, Marques R. Derramamento de Petróleo e seus impactos no ambiente e na saúde humana. RBCIAMB. 2019;(52):79-98. DOI: <https://doi.org/10.5327/Z2176-947820190472>
26. Rung AL, Gaston S, Oral E, et al. Depression, mental distress, and domestic conflict among Louisiana women exposed to the deepwater horizon oil spill in the watch study. Environ Health Perspect. 2016;124(9):1429-1435. DOI: <https://doi.org/10.1289/ehp167>
27. Birkland TA, DeYoungy SE. Emergency response, doctrinal confusion, and federalism in the deepwater horizon oil spill. J Federalism. 2011;41(3):471-493. DOI: <https://doi.org/10.1093/publius/pjr011>
28. Santos RC, Gurgel AM, Silva LLM, Santos L, et al. Desastres com petróleo e ações governamentais ante os impactos socioambientais e na saúde: *scoping review*. Saúde debate. 2022;46(esp8):201-220. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E815>
29. Hur JY. Disaster management from the perspective of governance: case study of the Hebei Spirit oil spill.

- Disast. Prevent. Manag. 2012;21(3):288-298. DOI: <https://doi.org/10.1108/09653561211234471>
30. United Nations, Secretary-General for Disaster Risk Reduction. Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015-2030 [Internet]. [Geneva]: The United Office for Disaster Risk Reduction; 2015 [acesso em 2022 ago 20]. Disponível em: [https://www.preventionweb.net/files/43291\\_sendaiframeworkfordrren.pdf](https://www.preventionweb.net/files/43291_sendaiframeworkfordrren.pdf)
31. Oliveira M. Manual gerenciamento de desastres: sistema de comando de operações [Internet]. Florianópolis: Ministério da Integração Nacional, Secretaria Nacional de Defesa Civil; 2009 [acesso em 2022 ago 20]. Disponível em: <https://www.ceped.ufsc.br/wp-content/uploads/2014/09/Manual-de-Gerenciamento-de-Desastres.pdf>
32. Rêgo RF, Müller JS, Falcão IR, et al. Vigilância em saúde do trabalhador da pesca artesanal na Baía de Todos os Santos: da invisibilidade à proposição de políticas públicas para o Sistema Único de Saúde (SUS). *Rev Bras Saúde Ocup.* 2018;43:e10s. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000003618>
33. Kelmo F. Efeito das manchas de óleo sobre as comunidades bentônicas recifais. O que podemos tirar após 08 meses de derramamento de óleo no litoral nordestino? In: Universidade Federal da Bahia. Congresso virtual UFBA 2020 [Internet]. [local desconhecido]; UFBA; 2020 maio 27 [acesso em 2022 ago 20]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=aAahu-Sdp4c>
34. Silva DCP, Melo CS, Oliveira AB, et al. Derramamento de óleo no mar e implicações tóxicas da exposição aos compostos químicos do petróleo. *Rev Cont Saúde.* 2022;21(44):332-344. DOI: <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2021.44.11470>
35. Secretaria da Saúde do Estado (BA). Protocolo de avaliação da saúde de população exposta a petróleo: orientações para serviços e trabalhadores da saúde da Bahia [Internet]. Salvador: Sesab; 2021 [acesso em 2022 ago 20]. Disponível em: [https://www.sau-de.ba.gov.br/wp-content/uploads/2021/11/Protocolo-Petroleo\\_4nov2021-1.pdf](https://www.sau-de.ba.gov.br/wp-content/uploads/2021/11/Protocolo-Petroleo_4nov2021-1.pdf)
36. Organização das Nações Unidas, Estratégia Internacional para a Redução de Desastres. Marco de Ação de Hyogo 2005-2015: aumento da resiliência das nações e das comunidades frente aos desastres [Internet]. Genebra: ONU; 2005 [acesso em 2022 ago 20]. Disponível em: <https://educacao.cemaden.gov.br/midiateca/marco-de-acao-de-hyogo-2005-2015aumento-da-resiliencia-das-nacoes-e-das-comunidades-frente-aos-desastres/>
37. Silva MH. Desastres em saúde: desenvolvimento de um curso para trabalhadores da atenção primária à saúde [dissertação]. Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2020. 113 p.
38. Secretaria Estadual de Saúde (PE). Plano de Contingência Estadual para Enfrentamento de Desastres de Origem Natural com Ênfase em Enchentes e Inundações. Pernambuco: Secretaria Estadual de Saúde; 2010.
39. Presidência da República (BR). Decreto nº 8.127, de 22 de outubro de 2013. Institui o Plano Nacional de Contingência para Incidentes de Poluição por Óleo em Águas sob Jurisdição Nacional, altera o Decreto nº 4.871, de 6 de novembro de 2003, e o Decreto nº 4.136, de 20 de fevereiro de 2002, e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília, DF.* 2013 out 23; Seção I:4.
40. Ministério da Saúde (BR). Nota informativa sobre a atuação da Funasa em relação ao desastre ambiental ocasionado pelo derramamento de óleo no Nordeste. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019.
41. Fundação Oswaldo Cruz (BR), Instituto Aggeu Magalhães, Departamento de Saúde Coletiva, Laboratório de Saúde, Ambiente e Trabalho. Carta aberta pela declaração de estado de emergência em Saúde Pública diante dos perigos da exposição ao óleo de Petróleo nas praias nordestinas e para o desenvolvimento de ações de vigilância popular e cuidado em Saúde. Blog Combate Racismo Ambiental [Internet].

2019 out 29 [acesso em 2022 ago 20]. Disponível em: <https://racismoambiental.net.br/2019/10/29/carta-aberta-pela-declaracao-de-estado-de-emergencia-em-saude-publica/>

42. United Nations; United Nations International Strategy for Disaster Reduction. Bangkok principles for the implementation of the health aspects of the Sendai framework for disaster risk reduction 2015-2030 [Internet]. [Geneva]: The United Office for Disaster Risk Reduction; 2016 [acesso em 2022 ago 20]. Disponível em: <https://www.preventionweb.net/publi->

[cation/bangkok-principles-implementation-health-aspects-sendai-framework-disaster-risk](https://www.preventionweb.net/publication/bangkok-principles-implementation-health-aspects-sendai-framework-disaster-risk)

---

Recebido em 08/08/2023

Aprovado em 09/05/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Programa Pesquisa para o SUS: Gestão

Compartilhada em Saúde - PPSUS - PE 06/2020 - APQ-0188-

4.06/20. Programa Fiocruz de fomento à Inovação - Inova Fiocruz

- Encomendas Estratégicas Territórios Sustentáveis e Saudáveis

no contexto da pandemia Covid-19 - VPPIS-003-FIO-20-2-20.

Programa projetos e ações estratégicas territorializadas visando à

implementação da Agenda 2030 - Pres 021 Fio 22

**Editora responsável:** Maria Lucia Frizon Rizzotto

## Qualificação da Atenção Primária à Saúde para o diagnóstico laboratorial da covid-19 no Distrito Federal, 2020-2021

### *Primary Health Care Qualification for laboratory diagnosis of COVID-19 in the Federal District, 2020-2021*

Fabício Vieira Cavalcante<sup>1</sup>, Ruth da Conceição Costa e Silva Sacco<sup>2</sup>, Aimê Oliveira<sup>1</sup>, Taciana Silveira Passos<sup>1</sup>, Tiago Machado de Alencar<sup>2</sup>, Christina Pacheco Santos Martin<sup>3</sup>, Leonor Maria Pacheco Santos<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/2358-289820241428918P

**RESUMO** A pandemia de covid-19 exigiu reorganização das Unidades Básicas de Saúde (UBS) para garantir maior capacidade diagnóstica laboratorial em tempo oportuno, o que requereu profissionais de saúde capacitados, disponibilidade de insumos/materiais e estratégias adequadas de manejo das amostras no Laboratório Central (Lacen). Em 2020-2021, a estrutura das UBS do Distrito Federal (DF) foi avaliada por meio de estudo transversal analítico, censitário. A coleta de dados, remota, ocorreu por entrevista telefônica estruturada e questionário de autopreenchimento. Fez-se análise estatística no software R, comparando UBS-Sentinel com UBS-Tradicional. A capacitação no teste rápido e/ou na coleta da amostra por swab entre enfermeiros foi quase universal (> 99%), e entre técnicos de enfermagem, foi alta (70%); por outro lado somente 9% dos médicos receberam alguma capacitação. Registrou-se fluxo definido para encaminhar amostras para o Lacen em 89% das UBS, visando diagnosticar o Sars-CoV-2; os prazos de retorno dos resultados laboratoriais foram cumpridos em 70% dos casos. Insumos, materiais e equipamentos estavam disponíveis em quantidades suficientes, sobretudo nas UBS-Sentinel. Nestas, 63% das equipes conheciam o manual de coleta MA-LACEN-0007, comparado com 35% das equipes na UBS-Tradicional ( $p < 0,001$ ). Apesar dos desafios, o DF apresentou capacidade de resposta satisfatória quanto ao diagnóstico laboratorial de covid-19.

**PALAVRAS-CHAVE** Capacidade de resposta ante emergências. Atenção Primária à Saúde. Vigilância em saúde pública. Covid-19.

**ABSTRACT** The COVID-19 pandemic required the reorganization of PHC Units (UBS) to ensure greater laboratory diagnostic capacity timely, which demanded trained health professionals, availability of inputs/materials, and adequate sample management strategies at the Central Laboratory (LACEN). In 2020-2021, an analytical cross-sectional census study evaluated the UBS structure in the Federal District (DF). Data were collected remotely through structured telephone interviews and a self-completed questionnaire. Statistical analysis was carried out in Software R, comparing UBS-Sentinel with UBS-Traditional units. Nurse training in rapid testing or swab sample collection was almost universal (> 99%) and high among nursing technicians (70%). On the other hand, only 9% of doctors received any training. A defined flow was registered to forward samples to LACEN in 89% of UBS to diagnose SARS-CoV-2. The deadlines for returning laboratory results were met in 70% of cases. Inputs, materials, and equipment were available in sufficient amounts, especially at UBS-Sentinel units. In these UBS, 63% of the teams knew the MA-LACEN-0007 collection manual, compared to 35% at UBS-Traditional units ( $p < 0.001$ ). Despite the challenges, the DF showed a satisfactory response capacity regarding the COVID-19 laboratory diagnosis.

**KEYWORDS** Surge capacity. Primary Health Care. Public health surveillance. COVID-19.

<sup>1</sup>Universidade de Brasília (UnB) - Brasília (DF), Brasil.  
fabricioocavalcante@gmail.com

<sup>2</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz Brasília) - Brasília (DF), Brasil.

<sup>3</sup>Universidade Federal da Paraíba (UFPB) - João Pessoa (PB), Brasil.



## Introdução

Em 31 de dezembro de 2019, vários casos de pneumonia de etiologia desconhecida, na cidade de Wuhan, foram relatados pela República Popular da China à Organização Mundial da Saúde (OMS), posteriormente atribuída ao vírus Sars-CoV-2. O primeiro caso conhecido na América do Sul ocorreu em 26 de fevereiro de 2020<sup>1,2</sup>; no Brasil, o Distrito Federal (DF) registrou o primeiro caso em 5 de março de 2020<sup>3</sup> – e no mesmo mês e ano, no dia 11, a OMS declarou o surto de covid-19 como uma emergência sanitária internacional<sup>1,2</sup>. Entre os sinais e sintomas mais comuns dessa doença, estão: infecção respiratória, febre, tosse e dispneia, dores musculares, diarreia, dor torácica e cefaleia<sup>4-6</sup>.

Em 5 de maio de 2023, a OMS declarou o fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional para a covid-19 devido à diminuição na incidência da morbimortalidade e aos altos níveis de imunização da população ao Sars-CoV-2. No entanto, a covid-19 permanece caracterizada como pandemia por se tratar de doença infecciosa que ainda provoca óbitos no mundo todo<sup>7</sup>. No Brasil, até o dia 30 de outubro de 2023, houve 37.905.713 casos e 706.531 óbitos (letalidade 1,9%)<sup>3</sup>.

A Atenção Primária à Saúde (APS), ao servir de porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS), tem um papel crucial no acolhimento, na prevenção, no diagnóstico e no manejo de pacientes na comunidade por sua capacidade de diminuir a sobrecarga da atenção especializada, sobretudo de hospitais, desempenhando ações de organização do fluxo dos usuários e de coordenação do cuidado<sup>8</sup>.

A APS tem sido discutida mundialmente como uma das principais estratégias no controle da pandemia de covid-19 incluindo testagem e notificação<sup>9</sup>. No início da pandemia, o teste diagnóstico era aconselhável para indivíduos com sintomas ou aqueles expostos a pessoas com suspeita ou confirmação da doença. O teste também era recomendado para fins de

viagem, recreação, reuniões sociais e profissionais<sup>10-11</sup>. Os resultados oportunos desses testes ajudaram a fornecer recomendações aos pacientes, a proteger os trabalhadores da saúde e a limitar a transmissão da covid-19<sup>12</sup>.

Destarte, a APS contribuiu significativamente para o alcance da equidade e da universalidade, assim como atuou de forma integrada nas ações de vigilância em saúde nos territórios durante a crise sanitária<sup>13-17</sup>. Apesar disso, os profissionais de saúde da APS lidaram com a insuficiência de treinamento, com a escassez de insumos e tiveram que se reorganizar para os novos fluxos assistenciais<sup>18-20</sup>. Ademais, foram documentadas condições de trabalho precárias em países asiáticos e europeus, que resultaram em redução na qualidade do atendimento, configurando ameaça à segurança de pacientes e profissionais de saúde<sup>19,21,22</sup>.

No caso da pandemia de covid-19, seguindo as orientações estabelecidas pela OMS e pelo Ministério da Saúde<sup>23,24</sup>, as Unidades Básicas de Saúde Sentinela (UBS-Sentinela) atuaram no desenvolvimento de ações relacionadas com a investigação de surtos de forma sistemática, continuada, rotineira e oportuna, como forma de resposta à pandemia. Compreende-se como unidade sentinela aquela que colabora para o cumprimento das ações de vigilância em saúde. Trata-se de uma forma eficiente e custo-efetiva de coleta e gerenciamento de dados para manejo de doenças, especialmente infecciosas<sup>24</sup>.

No DF, além das ações realizadas pelas UBS-Sentinela, o Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (QualisAPS), instituído pela Portaria nº 39, de 23 de janeiro de 2019<sup>25</sup>, tem acompanhado de perto a reestruturação das UBS para uma melhor qualificação da assistência aos usuários, e, em 2020, realizou avaliação da resposta da APS à pandemia de covid-19<sup>26</sup>.

A covid-19, após decretado o fim da emergência sanitária internacional, assumiu outro aspecto, a de doença infecciosa de manejo contínuo, assim como outras de notificação compulsória no Brasil que requerem vigilância

constante<sup>7</sup>. A despeito da relevância de conhecer o cenário epidemiológico vivenciado e as adequações feitas na APS para o enfrentamento e diagnóstico da doença, há escassez de estudos no Brasil que evidenciem esse aprendizado, que pode ser mantido e aprimorado não somente para a manutenção de seu controle, mas também como preparação para outras epidemias que poderão surgir, subsidiando ações estratégicas de programação, monitoramento e avaliação voltadas a doenças infecciosas no primeiro nível de assistência à saúde.

Ao considerar a necessidade de conhecer o preparo da APS para responder às demandas da pandemia no cenário epidemiológico que se apresentava à época da emergência sanitária internacional, este estudo analisa a capacidade das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do DF para o diagnóstico laboratorial da covid-19, incluindo capacitação dos profissionais, estratégias de manejo das amostras e disponibilidade de testes diagnósticos, nos anos de 2020 a 2021.

## Material e métodos

Trata-se de estudo transversal analítico, censitário, desenvolvido no contexto do Programa QualisAPS. Os dados de interesse foram coletados, remotamente, a partir de agosto de 2020. Entre as 165 UBS existentes no DF, duas atrasaram a coleta de dados (1,2%), mas finalizaram nos dias 4 e 7 janeiro de 2021. Desse modo, mais de 99% da coleta de dados ocorreram no primeiro ano da pandemia (2020). Assim, foi possível concluir a pesquisa com 159 UBS (perda amostral de 3,6%).

Os gestores de todas as UBS foram contatados previamente para os devidos esclarecimentos sobre a pesquisa e sobre a exigência da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a ser assinado eletronicamente antes do início da entrevista.

A metodologia envolveu entrevistas e preenchimento de formulário. As entrevistas foram estruturadas e conduzidas com gestores

ou supervisores de 159 UBS do DF por meio de ligação telefônica, após a qual cada entrevistado realizou o autopreenchimento do formulário eletrônico, cujo *link* foi disponibilizado por mensagem de *e-mail*.

Para a produção de informações e coleta de dados, utilizou-se instrumento desenvolvido como parte das atividades do Programa QualisAPS para análise da estrutura e da capacidade de resposta das UBS à covid-19. Tal instrumento está composto por 11 Eixos: Eixo 1 (identificação do respondente); Eixo 2 (identificação da UBS); Eixo 3 (funcionamento da UBS durante a pandemia de covid-19); Eixo 4 (capacitação da força de trabalho); Eixo 5 (organização e processo de trabalho); Eixo 6 (estrutura); Eixo 7 (equipamentos, móveis e insumos); Eixo 8 (Equipamento de Proteção Individual – EPI); Eixo 9 (acompanhamento do paciente e exames); Eixo 10 (informação, vigilância, integração e comunicação); e Eixo 11 (gestão). No total, 127 itens compuseram o instrumento. Outrossim, sua aplicação foi dividida em dois módulos: telefone (duração média de 45 minutos) e autopreenchimento (duração média de 60 minutos)<sup>26</sup>. Para o Eixo 4, optou-se por analisar as variáveis relacionadas com os profissionais enfermeiro, técnico de enfermagem, médico, cirurgião-dentista e técnico em saúde bucal, que foram aqueles que, durante a pandemia, tinham habilitação legal para a realização dos testes diagnósticos para covid-19, ora por ser ação inerente a seu exercício profissional (medicina e enfermagem), ora por ter havido autorização da entidade de classe para tal (odontologia)<sup>27,28</sup>.

O instrumento foi hospedado no *Software Research Electronic Data Capture (REDCap)*, plataforma para coleta de dados de acesso aberto, criada pela Vanderbilt University, Tennessee, Estados Unidos da América<sup>29</sup>.

No DF, existem 165 UBS, sendo 61 UBS-Sentinela para a vigilância de síndrome gripal e síndrome respiratória aguda grave; as 104 restantes são UBS-Tradicionais. Para identificar os locais de maior concentração de UBS-Sentinela, verificou-se a distribuição

geográfica, por Regiões de Saúde (RS), das 159 UBS participantes, especificando as UBS-Tradicionais e as UBS-Sentinelas, por meio do QGIS (versão 3.20.2, Odense), Sistema de Informação Geográfica livre e de código aberto.

As análises estatísticas foram realizadas no *software* R (versão 4.3.1) e incluíram frequência relativa, Qui-quadrado e Teste de Fisher. Todas as variáveis do estudo foram cruzadas com a variável UBS-Sentinela, para identificação das diferenças percentuais entre estas e as UBS-Tradicionais, adotando-se o nível de significância de 5%. Dessa forma, para um p-valor inferior a 0,05, considerou-se a rejeição da hipótese nula de acordo com cada teste aplicado.

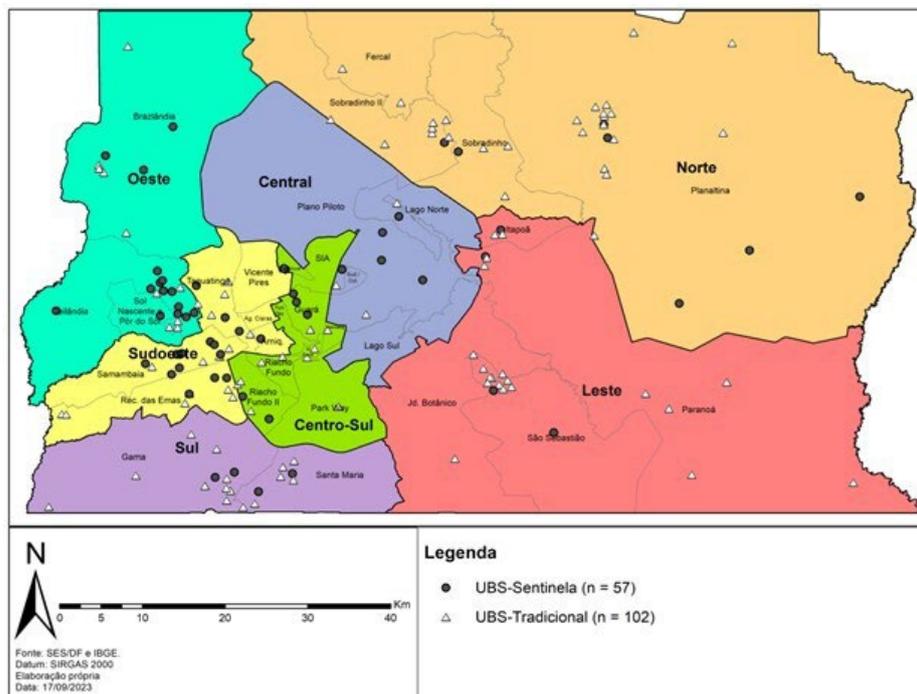
Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, sob o

Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 29640120.6.0000.0030, parecer nº 3.937.242, em conformidade com a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde<sup>30</sup>.

## Resultados

As 57 UBS-Sentinela concentram-se em maior número nas RS Sudoeste e Oeste, ambas com 15. Neste estudo, descreveu-se a qualificação para o diagnóstico da covid-19 de 159 UBS que responderam ao instrumento para avaliação da estrutura. As UBS estão distribuídas nas sete RS do DF, a saber: Central (n = 9), Centro-Sul (n = 18), Leste (n = 24), Norte (n = 35), Oeste (n = 27), Sudoeste (n = 28) e Sul (n = 18). Destas, 35,8% (n = 57) são UBS-Sentinelas e 64,2% (n = 102) são UBS-Tradicionais (*figura 1*).

Figura 1. Distribuição espacial das Unidades Básicas de Saúde, por regiões de saúde, com diferenciação entre Unidades Básicas de Saúde Sentinelas e Unidades Básicas de Saúde Tradicionais, Distrito Federal, 2020 e 2021



No que diz respeito ao treinamento dos profissionais das UBS, a capacitação no teste rápido e/ou na coleta da amostra por swab entre enfermeiros foi quase universal (99,7%), e entre técnicos de enfermagem, foi alta (70,4%), não havendo associação significativa entre a proporção de profissionais capacitados e o tipo de UBS. Chama atenção a falta de capacitação de médicos para realização de ambos os testes, tanto nas UBS-Sentinelas

quanto nas UBS-Tradicionais (91,2% e 90,2%, respectivamente, sem nenhum treinamento) (tabela 1). Notou-se que os técnicos em saúde bucal possuíam capacitação para a realização dos testes rápidos (teste de anticorpo) para diagnóstico oportuno da covid-19, sendo mais frequente na UBS-Sentinela (38,6%) que na UBS-Tradicional (26,5%) estatisticamente significativo ( $p < 0,016$ ).

Tabela 1. Capacitação dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal para realização e coleta para os diferentes testes para covid-19, 2020-2021

Categoria Profissional	Tipo de teste	UBS-Tradicional		UBS-Sentinela		UBS Total		Associação entre tipo de UBS e variáveis do estudo
		n	%	n	%	n	%	Valor p
Enfermeiro	Nenhum teste	0	0	1	1,7	1	0,6	0,276
	Coleta swab e Teste rápido	94	92,2	52	91,2	146	91,8	
	Teste rápido	8	7,8	4	7,0	12	7,5	
Técnico de enfermagem	Nenhum teste	27	26,5	20	35,1	47	29,6	0,520
	Coleta swab e Teste rápido	12	11,8	6	10,5	18	11,3	
	Teste rápido	63	61,8	31	54,4	94	59,1	
Médico	Nenhum teste	92	90,2	52	91,2	144	90,6	1,000
	Coleta swab e Teste rápido	9	8,8	5	8,8	14	8,8	
	Teste rápido	1	1,0	0	0	1	0,6	
Cirurgião-dentista	Nenhum teste	67	65,7	34	59,6	101	63,5	0,501
	Coleta swab e Teste rápido	5	4,9	5	8,8	10	6,3	
	Teste rápido	30	29,4	18	31,6	48	30,2	
Técnico de saúde bucal	Nenhum teste	75	73,5	35	61,4	110	69,2	0,016
	Coleta swab e Teste rápido	1	1,0	6	10,5	7	4,4	
	Teste rápido	26	25,5	16	28,1	42	26,4	

Fonte: elaboração própria.

Sobre a forma como foi realizada a capacitação para realização dos testes para covid-19 das categorias profissionais estudadas, 93,1% dos profissionais das UBS-Tradicionais, comparados com 86% dos profissionais das

UBS-Sentinelas, indicaram ter realizado essa capacitação por meio de leitura de notas técnicas, seguido pela análise de protocolos de manejo da covid-19 (92,2% UBS-Tradicional e 80,7% UBS-Sentinela) (tabela 2).

Tabela 2. Modalidades de capacitação dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal para realização dos diferentes testes para covid-19, 2020-2021

Modalidades de Capacitação <sup>a</sup>	Resposta	UBS-Tradicional		UBS- Sentinela		UBS Total	
		n	%	n	%	n	%
Realizou curso on-line	Sim	41	40,2	27	47,4	68	42,8
	Não	61	59,8	30	52,6	91	57,2
Participou de oficinas	Sim	19	18,6	9	15,8	28	17,6
	Não	83	81,4	48	84,2	131	82,4
Realizou curso presencial	Sim	13	12,7	9	15,8	22	13,8
	Não	89	87,3	48	84,2	137	86,2
Realizou treinamento em testes para covid-19	Sim	51	50,0	21	36,8	72	45,3
	Não	51	50,0	36	63,2	87	54,7
Leitura de notas técnicas sobre testes para covid-19	Sim	95	93,1	49	86,0	144	90,6
	Não	7	6,9	8	14,0	15	9,4
Análise de protocolos de manejo da covid-19	Sim	94	92,2	46	80,7	140	88,1
	Não	8	7,8	11	19,3	19	11,9
Análise de diretrizes de sociedades científicas	Sim	34	33,3	15	26,3	49	30,8
	Não	68	66,6	42	73,7	110	69,2

Fonte: elaboração própria.

<sup>a</sup> Mais de uma opção de resposta permitida.

Quando verificada a disponibilidade de materiais e insumos para processamento e/ou envio dos testes para diagnóstico de covid-19, observou-se não haver diferença significativa entre as UBS-Sentinela e as UBS-Tradicionais para a maioria dos itens pesquisados (exceto etiquetas). Já no caso da presença de geladeira, 80,7% das UBS-Sentinela afirmaram ter esse equipamento para o armazenamento das amostras para covid-19 contra 60,8% das

UBS-Tradicionais. Isso evidencia uma associação entre possuir etiqueta e geladeira ( $p < 0,019$  e  $p < 0,009$  respectivamente) e ser uma UBS-Sentinela.

Mais de 50% das UBS, independentemente de serem Sentinela ou Tradicional, possuíam termômetro, caixa isotérmica e gelo artificial reutilizável rígido para conservação das amostras para covid-19 em temperatura ideal (tabela 3).

Tabela 3. Disponibilidade de materiais e insumos diagnósticos para processamento das amostras dos testes para covid-19 da Atenção Primária à Saúde, Distrito Federal, 2020-2021

Variável	Resposta	UBS-Tradicional		UBS-Sentinela		UBS Total		Associação entre tipo de UBS e variáveis do estudo
		n	%	n	%	n	%	Valor p
<b>UBS possui os materiais abaixo para identificar e armazenar as amostras</b>								
Caneta permanente	Sim	15	14,7	13	22,8	28	17,6	0,198
	Não	87	85,3	44	77,2	131	82,4	
Etiqueta	Sim	43	42,2	35	61,4	78	49,1	0,019
	Não	59	57,8	22	38,6	81	50,9	
Caixa isotérmica	Sim	83	81,4	51	89,5	134	84,3	0,178
	Não	19	18,6	6	10,5	25	15,7	
Gelo artificial reciclado rígido	Sim	82	80,4	51	89,5	133	83,6	0,137
	Não	20	19,6	6	10,5	26	16,4	
Termômetro	Sim	70	68,6	43	75,4	113	71,1	0,363
	Não	32	31,4	14	24,6	46	28,9	
Geladeira	Sim	62	60,8	46	80,7	108	67,9	0,009
	Não	40	39,2	11	19,3	51	32,0	
Nenhum	Sim	12	11,8	4	7,0	16	10,1	0,340
	Não	90	88,2	53	93	143	89,9	
<b>Disponibilidade de material de coleta e de testes diagnósticos para covid-19</b>								
Kit Swab: coleta de amostra para RT-PCR	Insuficiente	24	25,5	15	26,3	39	24,5	0,695
	Suficiente	78	76,5	42	73,7	120	75,5	
Teste Rápido	Insuficiente	34	33,3	22	38,6	56	35,2	0,505
	Suficiente	68	66,7	35	61,4	103	64,8	

Fonte: elaboração própria.

Quando questionado aos gestores sobre a disponibilidade dos testes diagnósticos para covid-19 em suas UBS no momento da pesquisa, verificou-se que mais da metade das UBS (Sentinelas ou Tradicionais) possuíam quantidade suficiente tanto do *kit* para teste *swab* quanto do teste rápido (*tabela 3*).

Para o manejo das amostras dos testes, ou seja, o fluxo entre a APS e o Laboratório Central de Saúde Pública do Distrito Federal (Lacen-DF), os resultados evidenciaram associação entre ser UBS-Sentinela e a equipe conhecer o manual de coleta MA-LACEN-0007, com destaque para mais da metade das UBS-Sentinela (63,2%) cujas

equipes referiram conhecê-lo quando comparado com as UBS-Tradicionais (35,3%) ( $p < 0,000$ ).

Os materiais coletados nas UBS foram, em sua maioria, enviados ao Lacen-DF, tanto nas UBS-Sentinela quanto nas UBS-Tradicionais (92,9% e 85,3% respectivamente). A expressiva maioria das UBS-Sentinela (94,7%) e das UBS-Tradicionais (85,3%) afirmou possuir fluxo laboratorial definido para o encaminhamento das amostras, assim como disponibilidade de veículo para transporte de amostras com rota definida (em torno de 80% a 90%). As proporções eram maiores nas UBS-Sentinela embora as diferenças não tenham sido significativas (*tabela 4*).

Tabela 4. Coleta e manejo das amostras dos testes para covid-19 das Unidades Básicas de Saúde, Distrito Federal, 2020-2021

Manejo das Amostras <sup>a</sup>	Resposta	Associação entre tipo de UBS e variáveis do estudo						Valor p
		UBS-Tradicional		UBS- Sentinela		UBS Total		
		n	%	n	%	n	%	
A equipe conhece o manual de coleta MA-LACEN-0007?	Sim	36	35,3	36	63,2	72	45,3	0,000
	Não	66	64,7	21	36,8	87	54,7	
Há coleta de material para teste de covid-19 enviada ao Lacen?	Sim	87	85,3	53	92,9	140	88,1	0,151
	Não	15	14,7	4	7,0	19	11,9	
Existe um fluxo definido para encaminhar as amostras ao Lacen-DF?	Sim	87	85,3	54	94,7	141	88,7	0,166
	Não	15	14,7	3	5,3	18	11,3	
Há veículo disponível em até 48h da coleta?	Sim	86	84,3	54	94,7	140	88,0	0,089
	Não	16	15,7	4	5,3	19	11,9	
O veículo segue uma rota preestabelecida entre as UBS da Região de Saúde?	Sim	82	80,4	53	92,9	135	84,9	0,097
	Não	20	19,6	4	7,0	24	15,1	
Os prazos de retorno dos resultados laboratoriais para covid-19 são cumpridos?	Sim	69	67,6	42	73,7	111	69,8	0,426
	Não	33	32,3	15	26,3	48	30,2	
Os profissionais de saúde têm tido acesso, em tempo oportuno (sempre que necessário), aos protocolos e normativas técnicas construídos para mitigar a covid-19?	Sim	99	97,1	55	96,5	154	96,8	1,000
	Não	3	2,9	2	3,5	5	3,2	

Fonte: elaboração própria.

<sup>a</sup> Mais de uma opção de resposta permitida.

Apesar de não ter sido evidenciada associação entre as UBS-Sentinela ou Tradicional para o cumprimento dos prazos de retorno laboratorial, mais da metade de ambas as UBS (73,7% e 67,6% respectivamente) relataram que recebiam os resultados dos exames laboratoriais para covid-19 dentro dos prazos.

## Discussão

Em 2020, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) não realizou o censo, mas estimativas populacionais para o DF nesse ano apontaram 3.052.546 habitantes<sup>31</sup>. Os resultados indicaram que a distribuição de UBS-Sentinela nas RS foi proporcional ao número

de habitantes, observando-se maior número de UBS-Sentinela concentrado nas duas RS mais populosas: Sudoeste com 829.672 habitantes; e Oeste com 507.851 habitantes. Além disso, essas foram as regiões com maiores números de casos e óbitos<sup>3</sup>. De modo inverso, a RS Sul, que possui 272.959 habitantes, surgiu com o menor número de UBS-Sentinela.

As UBS-Tradicional, por sua premissa estabelecida na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), tem como característica a assistência pautada nos princípios e diretrizes do SUS no que tange às atividades de promoção da saúde e de prevenção dos agravos. Estas, durante o período pandêmico, foram reestruturadas para a assistência imediata a fim de conter a doença com ofertas de serviços

voltados quase exclusivamente para a covid-19 devido a sua alta incidência<sup>32</sup>. No entanto, em 2023, haja vista o fim da emergência sanitária internacional, nas UBS-Tradicionais, ainda são ofertadas ações direcionadas à covid-19, mas com um olhar voltado ao manejo dela enquanto doença de notificação compulsória, cuja vacina agora integra o calendário do Programa Nacional de Imunização (PNI), e não mais o Plano Operacional de Vacinação Contra o Novo Coronavírus.

Ademais, devido à redução na incidência e no comportamento da doença, houve a retomada de diversos programas, serviços e oficinas, tanto para grupos específicos quanto para os usuários gerais<sup>33</sup>. As UBS-Sentinela, por se destinarem a funcionar como observatório ativo da qualidade e da segurança de produtos e serviços independentemente da existência de pandemias, permanecem ativas. Dentre seus objetivos, podem-se citar o auxílio à melhoria contínua do gerenciamento de risco nos serviços de saúde e a contribuição para as atividades formativas de profissionais de saúde, tais como educação continuada e produção de conhecimento em seu escopo de ação<sup>34</sup>.

À época da pandemia da covid-19, ao registrar casos e monitorá-los, as UBS-Sentinelas subsidiaram a análise de tendência e o gerenciamento do risco de transmissão da doença. A OMS proveu os Estados-Membros, incluindo o Brasil, de orientações sobre preparação, prontidão e resposta, destacando a relevância de reforço aos sistemas nacionais existentes com vistas ao aumento da capacidade de vigilância<sup>35</sup>.

No ano de 2020, o governo do DF emitiu a Nota Técnica nº 5, definindo os níveis de resposta do serviço da APS para enfrentamento da covid-19, como o monitoramento dos atendimentos por RS com objetivo de oportunizar resolução do caso e mitigar a doença, aumentar a capacidade de resposta, garantindo o acesso, o diagnóstico, o tratamento adequado e o encaminhamento de casos complexos para os outros níveis de assistência, além do telemonitoramento dos casos confirmados ou suspeitos. A capacidade diagnóstica se refere

à resposta do sistema de saúde em se mobilizar de forma rápida diante de uma demanda aumentada advinda de necessidades em larga escala ou de emergência de saúde pública<sup>36</sup>.

A implementação de reorganização do trabalho e de aplicação dos testes diagnósticos exigiu capacitação dos profissionais de saúde da linha da frente em tempo hábil para minimizar os riscos a si mesmos e aos usuários<sup>19-20</sup>. Os profissionais da saúde da APS se capacitaram em estratégias para conhecimento da síndrome gripal, medidas de controle de riscos de infecção, aperfeiçoamento sobre biossegurança, para investigação de casos suspeitos de infecção pelo Sars-CoV-2, educação em saúde na comunidade sobre medidas de proteção contra o vírus e procedimentos para assegurar a sua saúde durante a coleta e o manuseio das amostras causadoras de agravos à saúde<sup>37</sup>.

O treinamento em serviço por meio da reprodução de situações do ambiente real em um ambiente seguro é uma metodologia adequada para o preparo de profissionais no enfrentamento de doenças<sup>38</sup>. No entanto, considerando o contexto da pandemia de covid-19, que se apresentou com disseminação acelerada de casos e óbitos e com escassez de insumos e materiais, houve exigência de rápida adequação dos serviços de saúde. Isso fez com que a maioria das capacitações tenha ocorrido da forma on-line e autoinstrucional com a divulgação de notas técnicas e protocolos elaborados pela OMS e pela Secretaria de Estado de Saúde do DF. Esse desenvolvimento de normas, rotinas, protocolos e fluxos de atendimento dos serviços norteou a reorganização da oferta de cuidados nesse cenário<sup>39</sup> e, provavelmente, teve implementação favorecida pelas equipes de Saúde da Família (eSF).

Apesar de as evidências apontarem a Estratégia Saúde da Família (ESF) enquanto ferramenta que favorece uma resposta organizada aos problemas de saúde na APS e à coordenação de cuidados e direcionamento a serviços especializados<sup>40</sup>, a APS do DF não contava com essa organização até 2017, quando foi implementado o 'Converte APS'<sup>41</sup>.

Entre outras ações, quando da efetivação do Converte APS, para além da capacitação dos profissionais em medicina da família e comunidade com vistas ao novo modo generalista de ofertar cuidados à população, houve expansão do horário de funcionamento das UBS em que havia quatro ou mais eSF (pela possibilidade de composição de escalas), passando para o período das 7h às 19h, ininterruptamente, e aos sábados, das 7h às 12h, com possibilidade de funcionamento até as 22h. Considerando que a pandemia teve seu início em 2020, pode-se inferir que a mudança de fluxos e rotinas impostos pelo Sars-CoV-2 encontrou uma APS mais bem direcionada aos conceitos de adscrição de clientela e de acompanhamento longitudinal, fundamentais à vigilância sentinela e ao manejo da covid-19<sup>41</sup>.

Outro ponto importante é que quase a totalidade dos enfermeiros afirmaram estar capacitados para a realização dos testes rápidos (e de coleta com *swab*), contribuindo para o diagnóstico precoce de casos suspeitos de covid-19, o rastreamento de contatos, além da realização de ações educativas. Nesse contexto, a enfermagem foi protagonista na organização dos serviços, na busca por provimento de insumos e materiais necessários, e na realização de capacitações com os demais profissionais da equipe para a realização de testes, manejo de insumos e amostras e atualização sobre vacinas<sup>39</sup>. Profissionais médicos, assim como os demais trabalhadores da APS, tiveram seu processo de trabalho e cuidados ofertados modificados pela dinâmica da pandemia. Apesar de eles reconhecerem sua relevância no manejo de pacientes infectados, na prevenção à doença e na garantia da continuidade de tratamento para pacientes não infectados e de serem formados para atuar em situação de emergência, um estudo em São Paulo evidenciou que isso não foi suficiente para que se sentissem preparados para o enfrentamento da covid-19<sup>42</sup>.

O enfrentamento dessa doença necessitou de insumos, de desenvolvimento de testes diagnósticos para detecção do Sars-CoV-2 por

indústrias<sup>43</sup>, da contribuição de instituições de ensino e pesquisa<sup>44</sup>, além da operacionalização laboratorial<sup>45</sup>. Os achados deste estudo evidenciam a importância dos insumos, do manejo e da definição dos fluxos das amostras para os laboratórios por parte da APS do DF, indo ao encontro de estudos de outros autores<sup>46</sup>, que reportaram o papel essencial da APS por sua capilarização no território brasileiro e pela sua capacidade de reorganização diante da crise sanitária, incrementando as ações de vigilância epidemiológica, com adequados acolhimento, rastreamento, diagnóstico e notificação dos casos de covid-19.

Neste estudo, constatou-se a existência de testes rápidos e testes *swab* em quantidades suficientes em mais de 60% das UBS do DF, corroborando as recomendações do Guia sobre Vigilância Integrada de Síndromes Respiratórias Agudas Doença pelo Coronavírus 2019, Influenza e outros vírus respiratórios<sup>47</sup> e da Nota Técnica nº 30<sup>48</sup>, em que se descrevem as ações da APS como ponto de partida para investigação dos casos de covid-19, diagnóstico por meio dos testes mencionados e acompanhamento dos usuários do serviço testados com resultado positivo para o Sars-CoV-2.

Os métodos diagnósticos utilizados para detecção da covid-19 na APS foram os testes rápidos presentes em dois tipos no mercado: I) que identificam proteínas na fase ativa da infecção, conhecidos como teste de antígeno; e II) os que detectam anticorpos como resposta imunológica do organismo quando exposto ao vírus, ambos denominados de métodos sorológicos. Houve, também, os métodos moleculares com a técnica de Transcriptase Reversa da Reação em Cadeia da Polimerase (RT-PCR), considerada padrão-ouro pela OMS<sup>35</sup> devido às altas sensibilidade e especificidade e por possibilitar a identificação do RNA do vírus por meio da amplificação do ácido nucleico pela reação em cadeia da polimerase na amostra coletada pelo teste *swab* oral/nasal<sup>49</sup>.

Assim, somando-se à disponibilidade dos testes, destaca-se a relevância da existência de materiais e insumos, como geladeira, caixa

isotérmica e gelo artificial reciclado rígido para manejo das amostras na APS, que vão ao encontro do preconizado pela OMS<sup>23</sup> para o armazenamento das amostras coletadas pelo teste *swab* orofaríngeo e nasofaríngeo em temperatura em torno de 2-8 °C. Ainda, na revisão de literatura de Loeffelholz et al.<sup>43</sup>, que relataram a importância do manuseio da amostra para aumentar, foi constatada a chance de diagnóstico do marcador biológico analisado.

Este estudo apresenta limitações inerentes aos estudos transversais quanto à temporalidade da observação e à modalidade de coleta dos dados, que foi telefônica e por questionário de autopreenchimento, tendo-se obtidos dados referidos, haja vista a impossibilidade de fazê-la presencialmente devido ao cenário pandêmico.

## Conclusões

Percebeu-se que a capacidade diagnóstica à covid-19 das UBS esteve atrelada a desafios relacionados com a testagem e o diagnóstico. Médicos foram os profissionais das UBS-Sentinela que referiram menor capacitação para realização dos testes quando comparados a enfermeiros e a técnicos em saúde bucal. Essa capacitação, para todos os profissionais estudados, ocorreu majoritariamente de forma autoinstrucional, com realização de cursos on-line e sob a forma de leitura de protocolos. Havia protocolos para manejo das amostras e fluxos para seu processamento; além disso, a comunicação com o Lacen-DF mostrou-se satisfatória uma vez que a maioria das amostras foi enviada oportunamente.

Os materiais e os insumos para coleta, armazenamento e processamento das amostras estavam disponíveis em quantidade suficiente, na maioria das vezes, nas UBS-Sentinela, a exemplo de etiquetas adesivas para identificação das amostras e geladeira.

Considerando que a APS é a ordenadora do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde, contar com profissionais capacitados para a realização dos testes, para o manejo das amostras e para a articulação laboratorial; bem como ter insumos, materiais e equipamento disponíveis, fez com que o DF apresentasse capacidade adequada de diagnóstico para a covid-19.

Apesar de este estudo evidenciar resposta satisfatória no enfrentamento da pandemia de covid-19, faz-se necessário analisar as potencialidades e os desafios enfrentados pela APS do DF para que novas intervenções sejam implementadas em contexto de planejamento estratégico nos diferentes níveis de gestão local, com vistas ao preparo prévio a outras crises sanitárias que poderão surgir.

## Colaboradores

Cavalcante FV (0000-0002-8706-0457)\* e Santos LMP (0000-0002-6739-6260)\* contribuíram para concepção, planejamento, análise, interpretação dos dados, redação, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. Sacco RCCS (0000-0001-6131-0852)\*, Oliveira A (0000-0002-3084-6491)\*, Passos TS (0000-0002-5312-095X)\*, Alencar TM (0009-0007-8724-2158)\* e Martin CPS (0000-0003-1829-1515)\* contribuíram para análise, interpretação dos dados, redação, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

1. World Health Organization. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. World Health Organization Data [Internet]. 2020 [acesso em 2023 jul 13]. Disponível em: <https://covid19.who.int/>
2. World Health Organization. Disease Outbreak News: Pneumonia of unknown cause – China. WHO [Internet]. 2020 jan 5 [acesso em 2023 jul 13]. Disponível em: <https://www.who.int/csr/don/05-january-2020-pneumonia-of-unknown-cause-china/en/>
3. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. COVID-19 Painel Coronavírus [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020 [acesso em 2023 set 19]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>
4. Rader B, Scarpino SV, Nande A, et al. Crowding and the shape of COVID-19 epidemics. *Nat Med*. 2020;26(12):1829-1834. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41591-020-1104-0>
5. Richardson S, Hirsch JS, Narasimhan M, et al. Presenting characteristics, comorbidities, and outcomes among 5700 patients hospitalized with COVID-19 in the New York City area. *Jama*. 2020;323(20):2052-2059. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.6775>
6. Zhang H, Liao YS, Gong J, et al. Clinical characteristics of coronavirus disease (COVID-19) patients with gastrointestinal symptoms: A report of 164 cases. *Dig Liver Dis*. 2020;52(10):1076-1079. DOI: <https://doi.org/10.1016%2Fj.dld.2020.04.034>
7. Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. OMS declara fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à Covid-19. OMS [Internet]. 2023 maio 5 [acesso em 2023 out 28]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2023-oms-declara-fim-da-emergencia-saude-publica-importancia-internacional-referente>
8. Ministério da Saúde (BR). 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, Brasília, DF*. 2017 set 22; Seção I:68.
9. Secretaria da Saúde do Estado (BA). Organização da APS pelo mundo durante a pandemia da COVID-19 [Internet]. Salvador: Sesab; 2020 [acesso em 2023 jul 13]. Disponível em: <http://telessaude.saude.ba.gov.br/organizacao-da-aps-pelo-mundo-durante-a-pandemia-da-covid-19/>
10. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Guia Orientador Para o Enfrentamento Da Pandemia Covid-19 Na Rede de Atenção à Saúde. [Internet] Brasília, DF: Conasems; 2020 [acesso em 2023 jul 13]. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/guia-orienta-estados-e-municipios-para-o-enfrentamento-da-pandemia-de-covid-19-na-rede-de-atencao-a-saude/>
11. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Protocolo de manejo clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária a Saúde [Internet]. Versão 9. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020 [acesso em 2023 jul 13]. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1095920/20200504-protocolomanejo-ver09.pdf>
12. Kierkegaard P, McLister A, Buckle P. Rapid point-of-care testing for COVID-19: quality of supportive information for lateral flow serology assays. *BMJ Open*. 2021;11(3):e047163. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-047163>
13. Haldane V, Morgan GT. From resilient to transilient health systems: the deep transformation of health systems in response to the COVID-19 pandemic. *Health Policy Plan*. 2021;36(1):134-135. DOI: <https://doi.org/10.1093/heapol/czaa169>
14. Haldane V, Zhang Z, Abbas RF, et al. National primary care responses to COVID-19: a rapid review of the literature. *BMJ Open*. 2020;10:e041622. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-041622>

15. Wanat M, Hoste M, Gobat N, et al. Transformation of primary care during the COVID-19 pandemic: experiences of healthcare professionals in eight European countries. *Br J Gen Pract.* 2021;71(709):e634-e642. DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp.2020.1112>
16. Aslanyan L, Arakelyan Z, Atanyan A, et al. Primary healthcare providers challenged during the COVID-19 pandemic: a qualitative study. *BMC Prim Care.* 2022;23(1):1-0. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12875-022-01923-4>
17. Harzheim E, Martins C, Wollmann L, et al. Ações federais para apoio e fortalecimento local no combate ao COVID-19: a Atenção Primária à Saúde (APS) no assento do condutor. *Ciênc saúde coletiva.* 2020;25(supl1):2493-2497. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.11492020>
18. Xu Z, Ye Y, Wang Y, et al. Primary care practitioners' barriers to and experience of COVID-19 epidemic control in China: a qualitative study. *J Gen Intern Med.* 2020;35(11):3278-3284. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11606-020-06107-3>
19. Oseni TIA, Agbede RO, Fatusin BB, et al. The role of the family physician in the fight against Coronavirus disease 2019 in Nigeria. *Afr J Prim Health Care Fam Med.* 2020;12(1):1-3. DOI: <https://doi.org/10.4102/PHCFM.V12I1.2492>
20. Huston P, Campbell J, Russell G, et al. COVID-19 and primary care in six countries. *BJGP Open.* 2020;4(4):bjgpopen20X101128. DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgpopen20x101128>
21. Mughal F, Khunti K, Mallen CD. The impact of COVID-19 on primary care: Insights from the National Health Service (NHS) and future recommendations. *J Family Med Prim Care.* 2021;10(12):4345. DOI: [https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe\\_756\\_21](https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe_756_21)
22. Ismail M, Joudeh A, Neshnash M, et al. Original research: primary health care physicians' perspective on COVID-19 pandemic management in Qatar: a web-based survey. *BMJ Open.* 2021;11(9):49456. DOI: <https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2021-049456>
23. World Health Organization. Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS) sentinel surveillance for COVID-19: frequently asked questions (FAQ), 10 March 2022. Geneva: WHO; 2022.
24. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 205, de 17 de fevereiro de 2016. Define a lista nacional de doenças e agravos, na forma do anexo, a serem monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes. *Diário Oficial da União [Internet]*, Brasília, DF. 2016 fev 18 [acesso em 2023 ago 28]. Seção I:24. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0205\\_17\\_02\\_2016.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0205_17_02_2016.html)
25. Secretaria de Estado de Saúde (DF). Portaria 39 de 23/01/2019. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal, o Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde. *Diário Oficial do Distrito Federal [Internet]*, Brasília, DF. 2019 fev 14 [acesso em 2023 ago 10]; Seção I:6-7. Disponível em: [https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/0bb8bd0f26ba4396a23602f2b993e613/Portaria\\_39\\_23\\_01\\_2019.html](https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/0bb8bd0f26ba4396a23602f2b993e613/Portaria_39_23_01_2019.html)
26. Furlanetto DDLC, Santos WD, Scherer MDDA, et al. Estrutura e responsividade: a Atenção Primária à Saúde está preparada para o enfrentamento da Covid-19? *Saúde debate.* 2022;46(134):630-647. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213403>
27. Conselho Regional de Odontologia do Distrito Federal (BR). Decisão CRO-DF nº 20, de 26 de março de 2021 [Internet]. Distrito Federal: CRO; 2021 [acesso em 2023 set 24]. Disponível em: <https://www.cro-df.org.br/>
28. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Atendimento Odontológico no SUS [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020 [acesso em 2023 set 27]. Disponível em: [https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2020/03/COVID-19\\_ATENDIMENTO-ODONTOLOGICO-NO-SUS.pdf](https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2020/03/COVID-19_ATENDIMENTO-ODONTOLOGICO-NO-SUS.pdf)
29. Harris PA, Taylor R, Minor BL, et al. The REDCap consortium: building an international community

- of software platform partners. *J Biomed Inform.* 2019;95:103208. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2019.103208>
30. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. *Diário Oficial da União, Brasília, DF.* 2016 maio 24; Edição 98; Seção I:44.
  31. Secretaria de Estado de Saúde (DF). Relatório Anual de Gestão 2020 [Internet]. Brasília, DF: Secretaria de Estado de Saúde; 2021 [acesso em 2023 set 14]. 214 p. il. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Relat%C3%B3rio+Anual+de+Gest%C3%A3o+2020.pdf/b6093f42-f425-7854-72d9-5604cc8479a8?t=1718888512239>
  32. Aleluia ÍRS, Vilasbôas ALQ, Pereira GE, et al. Gestão estadual da atenção primária à saúde em resposta à COVID-19 na Bahia, Brasil. *Ciênc saúde coletiva.* 2023;28(5):1341-1353. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.12732022>
  33. Ministério da Saúde (BR); Fundo Nacional de Saúde. Cartilha para apresentação de propostas ao Ministério da Saúde – 202 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2023 [acesso em 2023 out 29]. 176 p. Disponível em: [https://portalfns.saude.gov.br/wp-content/uploads/2023/03/CARTILHA\\_2023\\_livro-digital.pdf](https://portalfns.saude.gov.br/wp-content/uploads/2023/03/CARTILHA_2023_livro-digital.pdf)
  34. Ministério da Saúde (BR); Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 51, de 29 de setembro de 2014. Dispõe sobre a Rede Sentinela para o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. *Diário Oficial da União, Brasília, DF* [Internet]. 2014 out 1 [acesso em 2023 set 19]; Seção I:50-51. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2014/rdc0051\\_29\\_09\\_2014.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2014/rdc0051_29_09_2014.html)
  35. World Health Organization. Laboratory testing of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) in suspected human cases: interim guidance, 17 January 2020 [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [acesso em 2023 set 2]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/item/10665-331501>
  36. Secretaria de Estado de Saúde (DF). Nota Técnica nº 5 de 02 de setembro de 2020 [Internet]. Distrito Federal: SES-DF; 2020 [acesso em 2023 set 19]. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/1264413/Nota-Te%CC%81cnica-NI-VEIS-DE-RESPOSTA-APS.pdf>
  37. Vieira SL, Souza SG, Figueiredo CF, et al. Ações de educação permanente em saúde em tempos de pandemia: prioridades nos planos estaduais e nacional de contingência. *Ciênc saúde coletiva.* 2023;28(5):1377-1386. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.11252022>
  38. Santos TM, Pedrosa RB, Carvalho DR, et al. Implementing healthcare professionals' training during COVID-19: a pre and post-test design for simulation training. *São Paulo Med J.* 2021;139(5):514-519. DOI: <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2021.0190.R1.27052021>
  39. Silva VG, Silva BN, Pinto ÉS, et al. Trabalho do enfermeiro no contexto da pandemia de COVID-19. *Rev Bras Enferm.* 2021;74:e20200594. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0594>
  40. Souza CDF, Gois-Santos VT, Correia DS, et al. The need to strengthen primary health care in Brazil in the context of the COVID-19 pandemic. *Braz Oral Res.* 2020;34:e047. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2020.vol34.0047>
  41. Corrêa DSRC, Moura AGDOM, Quito MV, et al. Movimentos de reforma do sistema de saúde do Distrito Federal: a conversão do modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde. *Ciênc saúde coletiva.* 2019;24(6):2031-2041. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08802019>

42. Fernandez M, Lotta G, Oliveira GSS. Por Trás da Máscara: Percepções dos Médicos que Atuam na Linha de Frente da Pandemia de COVID-19 no Estado de São Paulo. Nota Técnica n. 12 [Internet]. São Paulo: IEPS; 2020 [acesso em 2023 set 2]. Disponível em: [https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2021/11/IEPS\\_NT12\\_Medicos.pdf](https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2021/11/IEPS_NT12_Medicos.pdf)
43. Loeffelholz MJ, Tang YW. Laboratory diagnosis of emerging human coronavirus infections—the state of the art. *Emerg Microbes Infect.* 2020;9(1):747-756. DOI: <https://doi.org/10.1080/22221751.2020.1745095>
44. Cavalcante FV, Oliveira A, Araujo SQ, et al. Testes diagnósticos nacionais: insumos essenciais para a vigilância sindrômica da Covid-19. *Saúde debate.* 2022;46(134):665-681. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213405>
45. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica: emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo coronavírus 2019 – covid-19 [Internet]. Brasília, DF: MS; 2020 [acesso em 2023 set 21]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/guia-de-vigilancia-epidemiologica-covid-19/>
46. Magno L, Rossi TA, Mendonça-Lima FW, et al. Desafios e propostas para ampliação da testagem e diagnóstico para COVID-19 no Brasil. *Ciênc saúde coletiva.* 2020;25(9):3355-3364. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.17812020>
47. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em saúde. Doença pelo coronavírus Covid-19. Boletim Epidemiológico Especial nº 59 [Internet]. Semana Epidemiológica 8 (21 a 27/2/2021). 2021 [acesso em 2023 set 23]. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/covid-19/2021/boletim-epidemiologico\\_covid\\_52\\_final2.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/covid-19/2021/boletim-epidemiologico_covid_52_final2.pdf)
48. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. Nota Técnica nº 30/2020 – DESF/SAPS/MS [Internet]. Brasília, DF: Desf; 2020 [acesso em 2023 set 22]. Disponível em: [https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200918\\_N\\_SEIMS-0016770158-NotaTecnica-rastreamento\\_5285531546089102408.pdf](https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200918_N_SEIMS-0016770158-NotaTecnica-rastreamento_5285531546089102408.pdf)
49. Oliveira MAL, Watanabe ASA, Cesar DE, et al. Testes diagnósticos para o SARS-COV-2: uma reflexão crítica. *Quím Nova.* 2022;45(6):760-766. DOI: <https://doi.org/10.21577/0100-4042.20170895>

---

Recebido em 30/09/2023

Aprovado em 14/11/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: a Secretaria de Saúde do Distrito Federal financiou o Programa QualisAPS e o trabalho de campo; a publicação contou com o apoio da Chamada Pública MCTI/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/Decit Nº 07/2020

Editor responsável: Wallace Enrico Boaventura



## Perspectivas de gestores sobre uma proposta de educação permanente em cuidado paliativo na atenção primária

*Managers' perspectives on a proposal for permanent health education in palliative care in primary care*

Renata de Lamare<sup>1</sup>, Mario Jorge Sobreira-da-Silva<sup>2</sup>

DOI: 10.1590/2358-289820241429206P

**RESUMO** A educação pode agir como um fator transformador da prática de saúde ao promover encontros de sujeitos, da assistência à gestão. Ao intermediar a realidade assistencial, o gestor passa a integrar o espaço onde se produz saúde e educação, permitindo o aprendizado e a construção conjunta de respostas aos problemas inerentes à rotina de trabalho. Com objetivo de analisar a perspectiva dos gestores acerca de uma proposta de educação permanente em cuidado paliativo para capacitação de médicos e enfermeiros da Atenção Primária à Saúde, foi realizada uma pesquisa-ação, com abordagem qualitativa, na atenção primária da região Médio Paraíba do estado do Rio de Janeiro. Através da análise das entrevistas semiestruturadas, realizadas com oito gestoras e a representante da Comissão de Integração Ensino-Serviço da região de saúde, emergiram quatro dimensões temáticas: necessidades, aplicabilidade, equipe de saúde e acesso. Identificou-se que a proposta educacional elaborada, ao agregar educação permanente em saúde e cuidado paliativo, possibilitou à gestão vislumbrar uma estratégia dinâmica e capaz de transformar as práticas de serviço da atenção primária. Envolver a gestão ampliou o escopo do modelo proposto, potencializando sua apropriação não só no nível local, mas de forma integrada à rede de atenção à saúde.

**PALAVRAS-CHAVE** Cuidados paliativos. Atenção Primária à Saúde. Educação em saúde. Sistema Único de Saúde.

**ABSTRACT** Education can act as a transforming factor in health practice by promoting meetings between subjects, from care to management. By mediating the reality of care, the manager becomes part of the space where health and education are produced, enabling learning and the joint construction of answers to the problems inherent in the work routine. With the aim of analyzing managers' perspectives on a proposal for permanent health education in palliative care to train physicians and nurses in primary care, a qualitative action research project was carried out in primary care in the Médio Paraíba region of the state of Rio de Janeiro. Through the analysis of semi-structured interviews, conducted with eight managers and the representative of the Education-Service Integration Commission of the health region, four thematic dimensions emerged: needs, applicability, healthcare team, and access. It was identified that the educational proposal developed, by combining continuing health education and palliative care, allowed management to envision a dynamic strategy capable of transforming primary care service practices. Involving management expanded the scope of the proposed model, enhancing its adoption not only at the local level, but also as an integrated part of the healthcare network.

**KEYWORDS** Palliative care. Primary Health Care. Health education. Unified Health System.

<sup>1</sup>Instituto Nacional de Câncer (Inca), Unidade de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
rdlamare@uol.com.br

<sup>2</sup>Instituto Nacional de Câncer (Inca), Divisão de Ensino *Stricto Sensu*, Coordenação de Ensino - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



## Introdução

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o cuidado paliativo pode ser considerado uma atividade estratégica no suporte às doenças crônicas<sup>1,2</sup>. No entanto, a disponibilidade de palição nos países de média e baixa renda ainda não é uma realidade<sup>3</sup>.

Com intenção de modificar esse cenário, destaque vem sendo dado à inclusão de ações de educação voltadas ao cuidado paliativo para profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS)<sup>4,5</sup>. Ainda que as competências sejam gerais, analisar ações mundiais diante das peculiaridades de educação e trabalho do cenário brasileiro assume especial relevância.

Falar de capacitação em saúde, no Brasil, significa remeter-se à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Administrada de maneira regional, através dos Colegiados de Gestão Regional, a educação permanente possui participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (Cies) e atua de maneira a normatizar o processo educacional no SUS, através da capacitação e do desenvolvimento dos trabalhadores da saúde<sup>6</sup>.

No que tange à qualificação para o exercício do cuidado paliativo, a Resolução nº 41, de 2018, destaca a importância de fomentar estratégias educacionais de forma continuada, no ensino de graduação e especialização dos profissionais da saúde; e de maneira permanente, com os trabalhadores da saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>7</sup>.

A proposta de integrar a educação permanente ao ensino do cuidado paliativo é provocar o trabalhador da saúde, habituado a uma educação tradicional centrada no professor e na transmissão do conteúdo, a construir seu conhecimento<sup>8</sup>. Ao promover em campo o encontro de sujeitos, a educação passa a agir como um fator transformador do ato de produzir saúde<sup>9</sup>.

No contexto da educação, a partir da demanda de estruturação de uma capacitação em cuidado paliativo para APS pela

Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ), o primeiro momento desta pesquisa foi realizado entre março e junho de 2022 e compreendeu duas etapas: 1) análise situacional por meio de entrevistas presenciais com 17 médicos e enfermeiros da APS; 2) elaboração e validação de uma proposta de ação educacional em cuidado paliativo junto aos médicos e enfermeiros da APS, empregando a técnica de validade de face e de conteúdo<sup>10</sup>. Dessa forma, os propósitos comuns, possíveis de serem trabalhados durante uma ação educativa em cuidado paliativo, foram alinhados junto aos profissionais assistenciais.

Entretanto, a elaboração de uma ação de educação em saúde deve compreender mais que uma proposta abrangente. Para que se tenha sucesso em sua execução, o comprometimento dos participantes, o planejamento efetivo e a avaliação dos recursos disponíveis tornam-se primordiais<sup>11</sup>. Como parte integrante desse espaço de saúde e educação, incluir o gestor permite a criação de um espaço de troca, aprendizado e construção conjunta de respostas aos problemas inerentes à rotina de trabalho. Ao intermediar a realidade assistencial, o gestor contribuiu para a elaboração de uma ação educativa ancorada não só no planejamento, mas, também, na política e na gestão<sup>12,13</sup>.

Com essa concepção, esta pesquisa surgiu diante da lacuna educacional associada à baixa oferta de cuidado paliativo. O propósito foi buscar ampliar a oferta de palição em diferentes cenários, sobretudo fora do modelo centrado no hospital, através de um arranjo entre instituição formadora (por meio de um projeto de educação permanente); da prática do campo de serviços (fundamentada na APS dos municípios); e pela natureza política (representada pela gestão)<sup>12,13</sup>.

Em vista disso, o objetivo desta pesquisa foi analisar a perspectiva do gestor acerca de uma proposta de educação permanente em saúde em cuidado paliativo para capacitação de médicos e enfermeiros da APS.

## Material e métodos

Através de uma abordagem teórico-metodológica qualitativa, do tipo pesquisa-ação, e fundamentado no referencial pedagógico da educação permanente em saúde<sup>6,14-19</sup>, este estudo teve a finalidade de identificar a viabilidade de implementação de uma capacitação em cuidado paliativo para APS, envolvendo a participação de gestores e do representante da Cies regional.

Realizado no período de julho a agosto de 2022, o cenário eleito para o desenvolvimento da proposta foi a APS da região de saúde Médio Paraíba, por orientação da SES-RJ. Entre os 12 municípios dessa região, oito concordaram em participar do estudo. Assim, uma amostra de nove profissionais, composta por oito gestores da APS, um de cada município participante, mais o representante da Cies regional, foi conformada<sup>20</sup>.

O material elaborado e validado pelos profissionais foi submetido à apreciação dos gestores, com o intuito de apreender a sua percepção e identificar a viabilidade da implementação da ação educacional proposta.

Enquanto estratégia de diálogo e instrumento para auxiliar na compreensão do que era importante para os gestores, foram realizadas entrevistas semiestruturadas<sup>17</sup>, individuais, presenciais, com duração de cerca de 30 minutos. As entrevistas foram gravadas em áudio, por um único pesquisador, desconhecido pelos participantes, com conhecimento teórico-metodológico em cuidado paliativo e em abordagem qualitativa. No momento da entrevista, realizada no contexto da APS, estavam presentes apenas o pesquisador e o entrevistado.

O roteiro de entrevista foi composto por dados sociodemográficos e questões sobre a viabilidade da proposta de educação em cuidado paliativo na APS. O gestor foi estimulado a falar sobre aspectos facilitadores, fatores limitantes, assim como estratégias para superação das dificuldades evidenciadas pela proposta educacional. Os nomes dos

entrevistados foram substituídos pelo código Gest, associado à numeração, respeitando a cronologia das entrevistas, de forma a manter a confidencialidade.

As entrevistas foram transcritas pelo pesquisador na íntegra. Ao longo do processo inicial de leitura, já foi possível perceber a ocorrência de saturação dos temas enunciados de acordo com os objetivos do estudo<sup>21</sup>. O conteúdo foi pré-analisado, através de uma leitura dinâmica, e os componentes mais significativos foram organizados. A exploração e análise desse material possibilitou a construção de quatro dimensões, a partir da definição dos elementos em comum. Essa construção ocorreu através da sistematização dos dados, utilizando a técnica de análise de conteúdo categorial<sup>22</sup>.

As inferências foram baseadas em princípios pré-estabelecidos, no contexto e nas falas dos gestores entrevistados. Com a intenção de compreender as perspectivas dos gestores com relação à ação educacional, os dados foram interpretados segundo os conceitos vinculados à educação permanente em saúde e à proposta de educação em saúde da OMS<sup>6,11,23</sup>. Como ferramenta de suporte na codificação do texto, foi utilizado o *software* MAXQDA®.

Ao referenciar a educação permanente, a proposta foi compreender a ação de educação em cuidado paliativo, para além de uma capacitação isolada. Aliado ao conhecimento associado à palição, o planejamento da ação buscou transcender o processo cognitivo individual, através de um processo educacional capaz de tornar o profissional da APS capacitado a atuar enquanto responsável não só pelo trabalho em ato, mas por uma real transformação da prática coletiva de trabalho<sup>6,23</sup>.

O estudo obedeceu aos pressupostos da Resolução nº 580/2018, do Conselho Nacional de Saúde<sup>24</sup>. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer (CEP-Inca) e registrado na Plataforma Brasil sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 53215321.4.0000.5274 e parecer nº 5.190.844.

## Resultados e discussão

Quanto ao perfil dos entrevistados (*quadro 1*), todas eram mulheres, na faixa etária entre 31 e 50 anos, tendo apenas uma delas idade superior a 60 anos. Com exceção de uma dentista, todas as gestoras possuíam graduação em

enfermagem. O predomínio de enfermeiros nos cargos de coordenação na APS foi descrito por Gomes et al.<sup>25</sup>, que atribuíram o perfil desses profissionais ao compromisso com a coletividade e visão administrativa, como disposto nas Diretrizes Nacionais Curriculares desse curso de graduação no Brasil<sup>26</sup>.

Quadro 1. Perfil dos gestores participantes

Gestor	Sexo	Formação	Especialização	Tempo de atuação na APS (anos)
Gest 1	F	Enf	APS, saúde coletiva, terapia intensiva, emergência, neonatologia	6
Gest 2	F	Enf, Odonto	Pacientes com necessidades especiais	6
Gest 3	F	Enf	APS, emergência	12
Gest 4	F	Enf	APS, gestão	13
Gest 5	F	Enf	APS, sistemas de saúde	36
Gest 6	F	Enf	APS, gestão	16
Gest 7	F	Enf	APS, gestão, preceptoria	15
Gest 8	F	Odonto	APS, gestão	13
Gest 9	F	Enf	Gestão, saúde coletiva, ensino das ciências da saúde	não soube responder

Fonte: elaboração própria.

F: feminino; Enf: enfermagem; Odonto: odontologia; APS: Atenção Primária à Saúde.

O tempo de atuação das gestoras na APS variou de 6 a 36 anos, sendo a maioria especialista nessa área. Cerca de metade das participantes (44,43%) não possuía especialização em gestão, o que foi descrito nas entrevistas como um fator desfavorável ao planejamento e à execução das ações de educação propostas. Pires et al.<sup>27</sup> destacaram que a falta de capacitação do gestor é uma das barreiras para garantir a efetividade do modelo da APS.

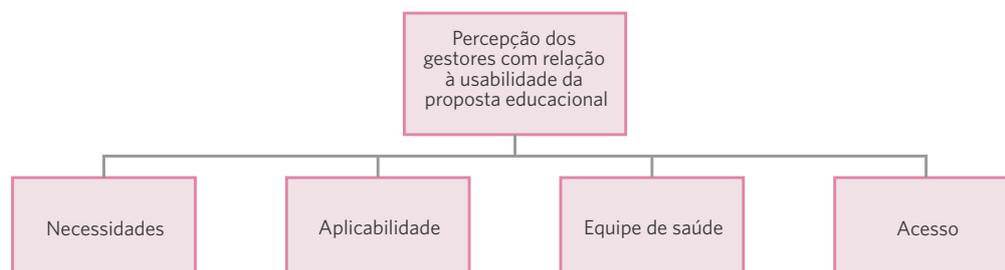
As gestoras também destacaram a alta rotatividade dos profissionais na APS enquanto outro fator dificultador da execução dos processos de educação: “[...] mudou muito a gestão recentemente, tem muitas pessoas novas, pessoas sem o conhecimento dessa parte de gestão e dos instrumentos de planejamento” (Gest 7). As justificativas para esse rodízio foram análogas às encontradas na literatura, como: baixo

reconhecimento profissional, poucas chances de aperfeiçoamento e dificuldade nas relações de trabalho<sup>28</sup>. Razões relacionadas à formação de vínculos frágeis e perpetuação do ciclo descrito como falta de oportunidade para implementação dos processos de educação.

Nenhuma gestora entrevistada possuía formação em cuidado paliativo ou oncologia. Mesmo que a realização de uma abordagem paliativa não seja sinônimo de assistência especializada, para a construção de uma conduta prática em cuidado paliativo, todas as gestoras identificaram nas entrevistas a necessidade de oportunidade de acesso a programas de educação nessa área.

Diante dessa demanda, as dimensões consideradas pelas gestoras enquanto influenciadoras do processo de implementação da ação educacional em cuidado paliativo foram: necessidades, aplicabilidade, equipe de saúde e acesso (*figura 1*).

Figura 1. Percepção dos gestores com relação à usabilidade da proposta educacional



Fonte: elaboração própria.

## Necessidade da capacitação em cuidado paliativo

Diante da apresentação da ação de educação permanente em cuidado paliativo, as gestoras trouxeram a necessidade de haver coerência entre a proposta e as especificidades da região de saúde envolvida. Protocolos internacionais de educação, muitas vezes transferidos ao profissional, sem nenhuma adaptação para a realidade brasileira, não foram descritos como atrativos dentro do cenário da APS.

Foi citado pelas gestoras, ao longo das entrevistas, que no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, uma das metas para o período de 2011-2022, era a capacitação em cuidado paliativo de servidores da rede de APS<sup>29</sup>. Entretanto, essas capacitações não ocorreram no ciclo proposto, o que é identificado como um problema não resolvido, uma vez que a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) prevê o cuidado paliativo como uma das ações estratégicas das equipes da APS<sup>30</sup>. Ademais, quando da publicação do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil – ciclo 2021-2030 –, essa meta não foi repactuada como diretriz<sup>31</sup>, sem motivos claros ou identificáveis. O novo ciclo pareceu priorizar ações relacionadas à informação, ao monitoramento e à promoção da saúde. Tais escolhas podem intensificar o problema já existente

relacionado à ausência de capacitação para o cuidado paliativo.

Diante da necessidade evidenciada, a proposta de uma ação educacional elaborada através do encontro entre educação, assistência (representada pelos médicos e enfermeiros) e gestão parece ter atuado como uma oportunidade de escuta e participação dos sujeitos envolvidos no processo de trabalho da APS<sup>32</sup>.

*[...] os profissionais capacitados por esse curso conseguirão alinhar o que aprenderam. Junto com a gente da gestão, poderemos fazer um protocolo assistencial e um fluxograma que contemple o paciente oncológico desde a atenção primária até que ele chegue na média e alta complexidade. Para esse paciente não se perder no caminho. (Gest 7).*

Vale reportar que, de acordo com a OMS, a prática do cuidado paliativo é baseada em princípios<sup>33</sup>, por isso, inseri-los em protocolos pode ser um grande desafio. Ainda que referindo a ação como um ‘protocolo’, quando a Gest 7 a descreveu como algo elaborado em conjunto, apresentou uma estratégia potencialmente eficaz para ser implantada na APS.

Outro item que mereceu destaque foi a preocupação da Gest 7 com o fluxo do paciente dentro da rede de atenção à saúde. Sem o adequado funcionamento do sistema de referência e contrarreferência e com desarticulação entre os pontos de atenção à saúde, o profissional assistencial e o gestor da APS acabam sendo

confrontados com situações de sobrecarga e a consequente diminuição da qualidade do serviço prestado<sup>34</sup>. Isso pode assumir uma proporção ainda maior diante de pacientes complexos, como ocorre em grande parte dos casos relacionados à palição.

Diante dessa necessidade, surgiu neste trabalho a proposta da construção de uma linha de cuidado que envolvesse não somente o plano de curso de capacitação da APS em cuidado paliativo. A ideia foi incluir a perspectiva da Gest 7 através da elaboração, junto ao profissional e ao gestor, de fluxos assistenciais de planejamento terapêutico, incluindo o percurso do paciente nos diferentes pontos de atenção, de maneira coerente com sua biografia e compatível com o fluxo da rede de atenção à saúde<sup>35</sup>.

### Aplicabilidade do curso

A ação educacional previamente elaborada, voltada para integralidade do cuidado, surgiu nessa dimensão como algo factível de ser aplicado, sobretudo por agregar elementos semelhantes entre a APS e o cuidado paliativo.

Ainda que pactuem princípios semelhantes, a carência de uma ação educacional relacionada à palição foi tão importante que a Gest 7 citou uma urgência pela provisão do 'básico', ou seja, a necessidade de 'começar do zero': *“esse curso tem muita relevância para atenção primária, principalmente porque estou vendo aqui no cronograma que ele vai começar do zero”*.

A mesma gestora continuou sua fala com um exemplo do quanto a APS valoriza ações de construção conjunta do conhecimento, analogamente a como ocorre no processo de educação permanente em saúde.

*O fato de ter sido desenvolvido junto aos profissionais da atenção primária ajuda a dar relevância ao curso. Conforme eles forem tendo esse contato com o cuidado paliativo, eles vão conseguir aperfeiçoar, identificar melhor quais são as áreas que eles têm mais dificuldade. (Gest 7).*

Ou seja, ao proporcionar reflexão sobre o trabalho em saúde, a educação permanente atua como um agente transformador das práticas de educação e trabalho. Assim, estratégias pedagógicas alternativas ao ensino tradicional, centrado no professor, ganham espaço<sup>19</sup>. Por essa razão, diante do gestor da APS, uma ação educacional com a sugestão do uso de metodologias ativas assumiu especial relevância.

*Essa metodologia empregada torna o aluno corresponsável pelo processo... deixa esse indivíduo opinar, empodera esse indivíduo, ouve o que esse profissional tem a dizer. Isso é educação permanente. Diferente do professor estar lá no alto, no tablado. Isso já se perdeu. (Gest 9).*

Com relação a essa prática, a construção do aprendizado ocorre através da problematização da realidade apresentada<sup>36</sup>, o que remete não só à educação permanente em saúde, mas, também, à proposta de educação em saúde da OMS, em que o processo de aprendizado está para além das técnicas, baseado na construção de habilidades e na consciência dos envolvidos no processo educacional<sup>11</sup>. Essa construção foi valorizada pela Gest 7, ao ressaltar o papel do professor enquanto um facilitador dos encontros entre teoria e prática<sup>36</sup>.

*O legal é que esse curso tem uma parte teórica e uma parte prática... Porque às vezes a gente tem um conteúdo riquíssimo, mas não consegue aplicar na prática. Por isso a gente precisa estar sempre alinhando essas duas partes. (Gest 7).*

Ao considerar as relações sociais que nascem a partir da prática de trabalho, a aplicabilidade da proposta educacional foi se desenvolvendo, também, durante o processo da pesquisa de campo. Essa dimensão trouxe a percepção de algumas gestoras, que, ao longo da entrevista, foram compreendendo sua coparticipação nesse processo de construção da ação educacional em cuidado paliativo.

## Equipe de saúde

Compreender, sob a ótica do gestor, as relações profissionais no contexto da APS caracterizou essa dimensão. Reconhecida como um espaço de troca, a APS representa uma referência de atuação conjunta da equipe de saúde no processo de construção do cuidado<sup>9,37</sup>:

*O que facilitaria a proposta de educação em cuidado paliativo apresentada no município seriam os profissionais... acho que a mentalidade deles é outra para esse tipo de ação. (Gest 6).*

Assim como foi referido pela gestora, uma ação educativa capaz de agregar diferentes olhares teria grande importância no cenário da APS, sobretudo diante de problemas complexos, com demanda de maior atenção.

O entrave é que a presença da equipe, muitas vezes, não é sinônimo de trabalho integrado, na medida em que até mesmo profissionais capacitados podem não conseguir atuar por meio de relações ‘intersubjetivas’ e ‘interdisciplinares’<sup>38</sup>. Romper com um modelo centrado no médico e nas relações verticalizadas entre a equipe pode representar um desafio, inclusive no contexto da APS<sup>39</sup>.

*Tenho muitos médicos de 20 horas. Eles vêm, até fazem um bom atendimento durante sua agenda, e vão embora. Então, acaba não tendo aquele envolvimento, aquela visão de Saúde Coletiva, de Saúde da Família mesmo. (Gest 3).*

Em sua entrevista, a Gest 3 manifestou preocupação com o vínculo de alguns profissionais com a equipe e a unidade da APS. Além disso, descreveu o foco de muitos profissionais ainda no ato prescritivo, sendo as atividades relacionadas à discussão em equipe delegadas para segundo plano. Descrição semelhante foi trazida por Esmeraldo et al.<sup>40</sup>, que identificaram em seu estudo a coexistência do modelo biomédico com a Estratégia de Saúde da Família,

representada como razão para a manutenção de uma cultura assistencialista, onde o usuário só busca atendimento diante de uma queixa específica. Esse cuidado ‘medicalizado’ atua em oposição à abordagem holística preconizada tanto pela APS quanto pelo cuidado paliativo<sup>33,40</sup>.

Por outro lado, algumas equipes de saúde da APS são conhecidas por coesão, poder de alcance, propriedade em coordenar cuidados e pela articulação dos seus profissionais dentro do sistema de saúde. Conforme descrito por Sørensen, Stenberg e Garnweidner-Holme<sup>41</sup>, momentos de reflexão sobre experiências assistenciais podem trazer à equipe de saúde estímulo para construção de vínculo e respeito entre seus membros.

Independentemente do tamanho, do poder de articulação e dos profissionais que a integram, a análise das entrevistas com as gestoras possibilitou perceber que a equipe disponível deve se fazer presente. Para isso, além da integração dos profissionais, alternativas auxiliares ao processo de trabalho também foram sugeridas.

*Não basta só fazer o curso. As pessoas precisam ser acompanhadas no desenvolvimento desse curso... A partir disso, a gente começa a fazer o acompanhamento, e a identificar as fragilidades que têm o processo de implantação. (Gest 5).*

O processo descrito pela Gest 5 remete à lógica do matriciamento, cujo objetivo é prestar suporte técnico pedagógico e auxílio na construção de um plano de cuidado integral e personalizado ao paciente, através da interação entre especialista e trabalhador da APS<sup>42</sup>. Ou seja, uma estratégia longitudinal, contra-hegemônica às ações pontuais de educação, baseada em aumentar o poder de resolutividade da APS e melhorar a qualidade do cuidado<sup>43</sup>. Nessa perspectiva, a instituição responsável pela implementação do curso assumiria o papel de matriciadora, e as unidades de saúde da APS seriam as matriciadas.

## Acesso à ação educacional

Uma proposta de educação para atuar enquanto um modelo de suporte à assistência e à gestão precisa ser capaz de produzir impacto em longo prazo, com foco na ampliação do acesso e melhoria do atendimento da APS. Mas os recursos disponíveis são, na maioria das vezes, escassos. Por essa razão, ainda que os processos de educação sejam estimulados, muitas vezes, o que se presencia é uma prioridade à assistência, em detrimento das ações educativas<sup>44</sup>.

Consequentemente, a inequidade do acesso, seja na saúde ou na educação, persiste, a despeito da integralidade, universalidade e equidade enquanto princípios fundamentais do SUS<sup>45</sup>. Tendo isso em vista, envolver o gestor através da escuta, considerando o que era importante para ela, fez considerável diferença nos resultados do estudo.

Por meio desta fala: *“fazer curso municipal é difícil, mas fazer regional é mais difícil ainda. Quando é regional a gente não consegue disponibilizar vaga para todos...”*, a Gest 7 suscitou a desigualdade do acesso à capacitação dentro da mesma região de saúde. Por isso, estratégias que possibilitam a ampliação da abrangência e a manutenção das atividades educacionais devem ser consideradas. Uma proposta trazida por essa mesma gestora para continuidade do processo de capacitação foi a formação de multiplicadores: *“aqui, a gente consegue perpetuar conhecimento através dos multiplicadores. Acho sim que seria possível continuar fazendo cuidado paliativo aqui na cidade”* (Gest 7).

Essa articulação entre profissional da assistência, gestor e especialista, assim como a apropriação da ação educativa como estratégia de transformação do trabalho, remeteu exatamente ao plano educacional apresentado. Difundir o processo de educação pode atuar, inclusive, como incentivo nesse processo de implantação<sup>46</sup>. Carvalho e Gutiérrez<sup>47</sup> referiram em seu estudo a questão de o ensino na APS atuar enquanto um agente motivador

do profissional, que passa a se sentir responsável pela transmissão do conhecimento adquirido.

Em vista da ampliação do acesso, uma discussão sobre modelo de capacitação, presencial ou por Ensino à Distância (EAD), gerou reflexão sobre a estratégia de execução do processo de educação. A Gest 9 ratificou o favoritismo da maioria das gestoras entrevistadas pela modalidade de capacitação presencial, mesmo diante das vantagens do modelo EAD.

*Apesar de ser prático e acessível, está havendo resistência, porque as pessoas estão cansadas do método on-line. Eles ligam, deixam o equipamento lá tocando sozinho e vão fazer outras coisas. O on-line facilita o acesso, você consegue contemplar um número maior de pessoas, mas a questão é: que tipo de pessoas? (Gest 9).*

Em sua fala, a gestora abordou uma preocupação relacionada à incorporação do conteúdo e à real frequência nas aulas. Aliado à dificuldade de acesso à internet, ou ao pouco manejo com situações que envolvam aparatos tecnológicos, o principal limitante do modelo à distância seria a necessidade de autonomia para estudo e o cumprimento das tarefas propostas<sup>48</sup>.

Certificar-se que o conteúdo transmitido virtualmente, em vez de algo absorvido de forma passiva, foi compreendido de maneira crítica e reflexiva, pode não ser tarefa fácil<sup>49</sup>, sobretudo diante da premissa da educação permanente, em que o profissional deve se tornar capaz de intervir e transformar sua prática de trabalho, como resultado do processo educacional implementado. Isso reitera a fala da Gest 9 ao questionar que tipo de pessoa seria formada por uma ação educativa passiva e sem reflexão.

## Considerações finais

Compreender a perspectiva do gestor com relação à viabilidade do projeto educacional

elaborado e validado junto aos trabalhadores assistenciais da APS foi estratégia fundamental na construção de uma ação educativa em cuidado paliativo. A inclusão da gestão possibilitou o envolvimento de um contexto político-institucional que foi além de uma ação isolada de educação relacionada à palição.

Em que pese a ausência de resposta de quatro dos 12 municípios da região de saúde envolvida, ao longo do estudo, foi possível perceber a ocorrência de saturação dos temas enunciados, o que levou a considerar que as gestoras incluídas possibilitaram uma exploração ampla sobre o fenômeno investigado.

A possibilidade de contemplar a ação educacional, de maneira longitudinal, envolvendo a percepção do gestor, pode ser destacada como um ponto positivo da pesquisa. Não depender de uma fonte de financiamento específica, a possibilidade de formar multiplicadores e o potencial de implementação de um processo de matriciamento parecem ter contribuído para uma percepção favorável do projeto pela gestão, uma vez que se vislumbrou a possibilidade de estruturação de um programa que extrapola a realização de uma ação pontual de educação.

Como ações futuras, almeja-se a implementação da ação não apenas na região em que o

estudo foi iniciado, mas em todo o estado do Rio de Janeiro, com potencial de ser escalonado para outros locais do País. Essa proposta pode se fazer viável por meio de parcerias com instituições de ensino, saúde ou pesquisa locais. Incluir profissionais da APS, da assistência à gestão aparece neste estudo como uma estratégia inicial para perpetuar ações paliativas dentro do SUS. Fortalecer o projeto educacional, assim como o trabalho em rede e modalidades de monitoramento de processos e resultados da ação educacional assumem especial atenção diante da necessidade de sustentar a ação educacional proposta.

Diante do exposto, a partir da percepção do gestor, foi possível vislumbrar uma ação em educação permanente em cuidado paliativo cujo conteúdo fosse potencialmente capaz de ser incorporado à rotina assistencial, não como mais uma demanda, mas como um processo facilitador da prática já vigente.

## Colaboradores

Lamare R (0000-0002-0274-2281)\* e Sobreirada-Silva MJ (0000-0002-0477-8595)\* colaboraram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

---

## Referências

1. World Health Organization. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines [Internet]. 2nd ed. Geneva: WHO; 2002 [acesso em 2024 abr 17]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/national-cancer-control-programmes>
2. World Health Organization. Why palliative care is an essential function of primary health care [Internet]. Technical series on primary health care. New York: WHO; 2018 [acesso em 2024 abr 17]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.39>

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

3. Poudel AKCB, Shrestha S, Nissen L. Access to palliative care: discrepancy among low-income and high-income countries. *J Glob Health*. 2019;9(2):020309. DOI: <https://doi.org/10.7189%2Fjogh.09.020309>
4. Murray SA, Firth A, Schneider N, et al. Promoting palliative care in the community: Production of the primary palliative care toolkit by the European Association of Palliative Care Taskforce in primary palliative care. *Palliative Med*. 2014;29(2):101-111. DOI: <https://doi.org/10.1177/0269216314545006>
5. World Health Organization. Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [acesso em 2024 abr 17]. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/274559>
6. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004 [acesso em 2024 abr 17]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mis-956>.
7. Ministério da Saúde (BR); Comissão Intergestores Tripartite. Resolução n.º 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2018 nov 23 [acesso em 2024 abr 17]; Seção I:276. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041\\_23\\_11\\_2018.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041_23_11_2018.html)
8. Freire P. Política e educação. 5. ed. São Paulo: Cortez; 2001. Coleção Questões de Nossa Época; v. 23.
9. Emerson EM, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003. 296 p.
10. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciênc saúde coletiva*. 2011;16(7):3061-3068. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>
11. World Health Organization. Health education: theoretical concepts, effective strategies, and core competencies: a foundation document to guide capacity development of health educators [Internet]. Cairo: WHO, Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2012 [acesso em 2024 abr 17]. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/119953>
12. Abellsson T, Karlsson AK, Morténus H. A feeling of ambiguity: a qualitative content analysis of managers' experiences of evidence-based practice in swedish primary care. *J Healthc Leadersh*. 2022;14:143-153. DOI: <https://doi.org/10.2147/jhl.s371643>
13. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*. 2004;14(1):41-65. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>
14. Dionne H. A pesquisa-ação para o desenvolvimento local. Brasília, DF: Liber Livro; 2007. 130 p.
15. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. São Paulo: Cortez Editora e Livraria Ltda; 2022. 136p.
16. Engel GI. Pesquisa-ação. *Educ Rev*. 2000;(16):181-191. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-4060.214>
17. Manzini EJ. Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros. In: Anais do 2º Seminário Internacional sobre Pesquisa e Estudos Qualitativos; 2004; Bauru [Internet]. Bauru: USC; 2004 [acesso em 2024 abr 17]. Disponível em: <https://educinclusivapesq-uerj.pro.br/wp-content/uploads/2020/05/manzinibauru2004.pdf>
18. Ikeshoji EAB. Práticas Pedagógicas: tendências à luz dos estilos de aprendizagem. São Paulo: Pimenta Cultural; 2023. 299 p.
19. Ferreira L, Barbosa JSA, Esposti CDD, et al. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. Saú-

- de debate. 2019;43(120):223-239. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912017>
20. Onwuegbuzie A, Leech N. Sampling designs in qualitative research: making the sampling process more public. *Qual Rep.* 2015;12(2):238-254. DOI: <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2007.1636>
  21. Cecília M. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev. Pesq. Qual.* [Internet]. 2017 [acesso em 2024 abr 17];5(7):1-12. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82>
  22. Bardin L. *Análise de conteúdo* [Internet]. Lisboa: Edições 70; 1977 [acesso em 2024 abr 17]. Disponível em: [https://www.academia.edu/40820250/BARDIN\\_L\\_1977\\_An%C3%A1lise\\_de\\_conte%C3%BAdo\\_Lisboa\\_edi%C3%A7%C3%B5es\\_70\\_225](https://www.academia.edu/40820250/BARDIN_L_1977_An%C3%A1lise_de_conte%C3%BAdo_Lisboa_edi%C3%A7%C3%B5es_70_225)
  23. Ministério da Saúde (BR), Secretaria-Executiva, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde [Internet]. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde; 2009 [acesso em 2024 abr 17]. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/glossario\\_sgtes.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_sgtes.pdf)
  24. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº 580, de 22 de março de 2018. Regulamenta o disposto no item XIII. 4 da Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que estabelece que as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS) serão contempladas em Resolução específica, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [Internet], Brasília, DF. 2018 jul 16 [acesso em 2023 set 27]; Seção I:55. Disponível em: <https://conselho.sau.gov.br/resolucoes/2018/Reso580.pdf>
  25. Gomes APLN, Santos NL, Pereira MA et al. Perfil dos gestores da atenção primária em saúde, desafios e oportunidades. *Com Ciências Saúde.* 2022;33(1):83-96. DOI: <https://doi.org/10.51723/ccs.v33i01.1108>
  26. Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. *Diário Oficial da União* [Internet], Brasília, DF. 2001 nov 9 [acesso em 2024 abr 17]; Seção I:37. Disponível em: [https://normativasconselhos.mec.gov.br/normativa/view/CNE\\_CES03.pdf?query=Curr%C3%ADculos](https://normativasconselhos.mec.gov.br/normativa/view/CNE_CES03.pdf?query=Curr%C3%ADculos)
  27. Pires DEP, Vandresen L, Forte ECN, et al. Gestão na atenção primária: implicações nas cargas de trabalho de gestores. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019;40:e20180216. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180216>
  28. Ogata AJN, Malik AM, Lotta GS, et al. Atenção primária na saúde suplementar brasileira: estudo qualitativo em planos de saúde. *Rev APS.* 2021;24(4):667-680. DOI: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2021.v24.35047>
  29. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011 [acesso em 2024 abr 17]. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_acoes\\_enfrent\\_dcnt\\_2011.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf)
  30. Ministério da Saúde (BR). 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* [Internet], Brasília, DF. 2017 set 22 [acesso em 2024 abr 18]. Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031)
  31. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil, 2021-2030 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021 [aces-

- so em 2024 abr 17]. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/cartilhas/2021/09-plano-de-dant-2022\\_2030.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/cartilhas/2021/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf)
32. Farid M, Mercês C, Libéria Rodrigues Neves. Sobre Educação, Política e Singularidade. *Educ Real*. 2019;44(1):e90185. DOI: <https://doi.org/10.1590/2175-623690185>
  33. Worldwide Hospice Palliative Care Alliance. Global Atlas of palliative care [Internet]. 2. ed. London, UK: WHPCA; 2020 [acesso em 2024 abr 17]. Disponível em: <http://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>
  34. Henao Martínez D, Vázquez Navarrete ML, Vargas Lorenzo I. Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios. *Gac Sanit*. 2009;23(4):280-286. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2008.05.001>
  35. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria de consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Dispõe sobre a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer. *Diário Oficial da União* [Internet], Brasília, DF. 2017 out 3 [acesso em 2024 abr 17]; Seção I(supl):61-192. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017\\_comparquivo1.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017_comparquivo1.html)
  36. Bacich L, Moran J. Metodologias ativas para uma educação inovadora uma abordagem teórico-prática [Internet]. Porto Alegre: Penso; 2018 [acesso em 2024 abr 17]. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7722229/mod\\_resource/content/1/Metodologias-Ativas-para-uma-Educacao-Inovadora-Bacich-e-Moran.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7722229/mod_resource/content/1/Metodologias-Ativas-para-uma-Educacao-Inovadora-Bacich-e-Moran.pdf)
  37. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 1999;15(2):345-353. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1999000200019>
  38. Guimarães BEB, Branco ABAC. Trabalho em equipe na atenção básica à saúde: pesquisa bibliográfica. *Rev Psicol Saúde*. 2020;12(1):143-155. DOI: <http://dx.doi.org/10.20435/pssav12i1.669>
  39. Higginson IJ, Evans CJ. What is the evidence that palliative care teams improve outcomes for cancer patients and their families? *Ancer J*. 2010;16(5):423-435. DOI: <https://doi.org/10.1097/ppo.0b013e3181f684e5>
  40. Esmeraldo GROV, Conde de Oliveira L, Esmeraldo Filho CE, et al. Tensão entre o modelo biomédico e estratégia saúde da família: percepção dos trabalhadores de saúde. *Rev APS*. 2017;20(1):98-106. DOI: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2017v20.15786>
  41. Sørensen M, Stenberg U, Garnweidner-Holme L. A Scoping Review of Facilitators of Multi-Professional Collaboration in Primary Care. *Int J Integr Care*. 2018;18(3):13. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.3959>
  42. Viana MMO, Campos GWS. Formação Paideia para o Apoio Matricial: uma estratégia pedagógica centrada na reflexão sobre a prática. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(8):e00123617. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00123617>
  43. Santos AM, Cunha ALA, Cerqueira P. O matriciamento em saúde mental como dispositivo para a formação e gestão do cuidado em saúde. *Physis*. 2020;30(4):e300409. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300409>
  44. Archer A, Berry I, Bajwa U, et al. Preferred modalities for delivering continuing education to the public health workforce: a scoping review. *Health Promot Chronic Dis Prev Can*. 2020;40(4):116-125. DOI: <https://doi.org/10.24095/hpcdp.40.4.03>
  45. Barros FPC, Sousa MF. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. *Saúde Soc*. 2016;25(1):9-18. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016146195>
  46. Rossi SS, organizadora. Projeto MultiplicaSUS: oficina de capacitação pedagógica para a formação de multiplicadores [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005 [acesso em 2023 out 8]. Disponível

em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2083.pdf>

47. Carvalho MAP, Gutiérrez AC. Quinze anos da Residência Multiprofissional em Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde: contribuições da Fiocruz. *Ciênc saúde coletiva*. 2021;26(6):2013-2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.44132020>
48. Almeida MEB. Educação a distância na internet: abordagens e contribuições dos ambientes digitais de aprendizagem. *Educ Pesqui*. 2003;29(2):327-340. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1517-97022003000200010>

49. Feniman SF. Ensino-aprendizagem significativos em EAD: breve ensaio sobre desafios e potencialidades [Internet]. São Carlos CIET: EnPED; 2018 [acesso em 2024 abr 17]. Disponível em: <https://cietenped.ufscar.br/submissao/index.php/2018/article/view/583>

---

Recebido em 28/12/2023

Aprovado em 13/05/2024

Conflito de interesse: inexistente

Suporte financeiro: não houve

**Editora responsável:** Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato



## Doenças crônicas na população indígena não aldeada: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2019

*Chronic diseases in the non-village indigenous population: data from the National Health Survey, 2019*

Priscila Maria Stolses Bergamo Francisco<sup>1</sup>, Daniela de Assumpção<sup>1</sup>, Aldiane Gomes de Macedo Bacurau<sup>1</sup>, Veronica Batista Gomes Leitão<sup>1</sup>, Deborah Carvalho Malta<sup>2</sup>

DOI: 10.1590/2358-289820241428889P

**RESUMO** Objetivou-se caracterizar o perfil sociodemográfico da população indígena adulta e idosa não aldeada do Brasil, bem como estimar a prevalência de multimorbidade e doenças/condições crônicas específicas, e para as mais frequentes, de acordo com o sexo e as faixas etárias. Estudo transversal com dados de indígenas (idade ≥ 20 anos) que participaram da Pesquisa Nacional de Saúde em 2019. A média de idade foi de 45,2 anos (IC 95%: 43,1-47,3), 23,2% eram idosos (idade ≥ 60 anos), e 87,5% residiam em área urbana. Cerca de 60% apresentavam ao menos uma doença/condição crônica, e as mais prevalentes foram: hipertensão arterial (29,3%; IC 95%: 23,7-35,5), doenças/problemas crônicos da coluna vertebral (20,6%; IC 95%: 17,3-24,5), hipercolesterolemia (14,3%; IC 95%: 11,7-17,4), depressão (10%; IC 95%: 7,4-13,5) e artrite/reumatismo (10%; IC 95%: 6,6-14,9). Nos idosos, a prevalência de hipertensão arterial foi cerca de 3,6 vezes maior do que nos adultos (65% versus 18,1%;  $p < 0,001$ ), e 28,6% referiram doenças/problemas crônicos da coluna vertebral em relação a 18,2% dos adultos ( $p = 0,019$ ). O estudo apresenta dados inéditos sobre a prevalência de doenças/condições crônicas na população indígena não aldeada no Brasil, indicando elevadas prevalências de hipertensão arterial, doenças/problemas da coluna, hipercolesterolemia, depressão e artrite/reumatismo.

**PALAVRAS-CHAVE** Povos indígenas. Saúde de populações indígenas. Doença crônica. Inquérito de saúde.

**ABSTRACT** *The aim of this study was to characterise the sociodemographic profile of the adult and elderly non-indigenous population of Brazil, as well as to estimate the prevalence of multimorbidity and specific chronic diseases/conditions, and for the most frequent ones, according to gender and age groups. Cross-sectional study with data from indigenous people (aged ≥ 20 years) who took part in the National Health Survey in 2019. The average age was 45.2 years (95% CI: 43.1-47.3), 23.2% were elderly (age ≥ 60 years), and 87.5% lived in urban areas. Around 60% had at least one chronic disease/condition, and the most prevalent were: hypertension (29.3%; 95% CI: 23.7-35.5), chronic spinal diseases/problems (20.6%; 95% CI: 17.3-24.5), hypercholesterolaemia (14.3%; 95% CI: 11.7-17.4), depression (10%; 95% CI: 7.4-13.5) and arthritis/rheumatism (10%; 95% CI: 6.6-14.9). In the elderly, the prevalence of hypertension was around 3.6 times higher than in adults (65% versus 18.1%;  $p < 0.001$ ), and 28.6% reported chronic spinal diseases/problems compared to 18.2% of adults ( $p = 0.019$ ). The study presents unpublished data on the prevalence of chronic diseases/conditions in the non-indigenous population in Brazil, indicating a high prevalence of hypertension, spinal diseases/problems, hypercholesterolaemia, depression and arthritis/rheumatism.*

**KEYWORDS** *Indigenous peoples. Health of indigenous peoples. Chronic disease. Health surveys.*

<sup>1</sup>Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil.  
danideassumpcao@gmail.com

<sup>2</sup>Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil.



## Introdução

Os censos demográficos realizados no Brasil indicam o crescimento populacional dos indígenas maior do que o observado para o conjunto da população brasileira<sup>1-4</sup>. O número de pessoas que se declararam indígenas por meio do quesito cor ou raça passou de 294.131 em 1991 para 734.127 em 2000, e para 817.963 em 2010<sup>4</sup>. O pertencimento indígena (povo ou etnia e línguas faladas) foi investigado pela primeira vez no Censo 2010, que identificou mais de três centenas de povos indígenas vivendo principalmente nas regiões Norte e Nordeste, e observou um acréscimo de 78.954 pessoas que se consideravam indígenas<sup>1,3</sup>. O número de pessoas que se autodeclararam indígenas no Brasil, em 2022, foi de 1.693.535, o que representava 0,83% da população total do País, quase o dobro em relação ao censo anterior<sup>5</sup>.

Desde a Constituição Federal de 1988, foram criadas e implementadas diversas políticas públicas direcionadas aos povos indígenas, como o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do Sistema Único de Saúde (SasiSUS), cujo modelo assistencial é organizado por meio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), os quais devem ofertar serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) aos indígenas aldeados, nas terras e nos territórios onde vivem<sup>6,7</sup>. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), criada em 2002, foi um marco importante, tendo como principal objetivo garantir o acesso à atenção integral à saúde, fundamentado nos princípios e diretrizes do SUS e contemplando questões relacionadas com a diversidade étnica, cultural, geográfica, epidemiológica, histórica e política<sup>6-8</sup>.

Apesar de a implantação da PNASPI ter alcançado avanços em relação à saúde indígena no Brasil, com vistas a garantir a integralidade e a equidade na atenção, os desafios enfrentados para o acesso e a atenção integral à saúde ainda são muitos<sup>2,9,10</sup>. A

urbanização da população, pode ampliar – em alguma medida – o acesso aos serviços de saúde (como consultas, realização de exames, hospitalizações etc.) com reflexos no aumento do diagnóstico de doenças (casos novos e antigos) e no tratamento. Contudo, as dificuldades no acesso aos serviços de saúde de qualidade e o acompanhamento após o diagnóstico ainda constituem desafios para a atenção à saúde indígena<sup>7,8,11</sup>.

Cabe ressaltar que, antes da criação do SasiSUS, em 1999, informações sobre a saúde indígena não eram coletadas sistematicamente, inviabilizando traçar um panorama nacional sobre as condições de saúde dessa população<sup>8</sup>. Com base nas informações do SasiSUS de casos notificados, a ocorrência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) aumentou de 138,5 para 203,4 por 10 mil habitantes entre os anos de 2015 e 2017; as doenças mais frequentes entre os indígenas foram as cardiovasculares, as respiratórias crônicas, diabetes mellitus e neoplasias, que acometem principalmente as mulheres<sup>7</sup>. Quanto às causas de morte na população indígena do Brasil, estudo que analisou a mortalidade utilizando dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) de 2000, 2010 e 2018 verificou a ocorrência de uma tripla carga de doença, com predomínio das DCNT, especialmente do aparelho circulatório, respiratório, diabetes e neoplasias<sup>12</sup>, permanência das doenças infecciosas e parasitárias, e aumento das causas externas, mudanças que caracterizam os fenômenos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional<sup>7,9,12</sup>.

Na literatura nacional, não há estimativas sobre a prevalência de DCNT específicas na população indígena não aldeada. Deve-se considerar que boa parte dessa população no Brasil vive em áreas urbanas e nas periferias, locais desprovidos de infraestrutura e equipamentos públicos<sup>13</sup>. Também, que o contato com outras culturas (decorrentes dessa urbanização) aumenta o risco do surgimento de novos problemas de saúde,

relacionados com as mudanças no modo de vida, nos hábitos alimentares e em outros comportamentos relativos à saúde, que podem potencializar a ocorrência de DCNT<sup>2,7,13-15</sup>. Nesse sentido, o objetivo desta comunicação foi caracterizar o perfil socio-demográfico da população indígena adulta e idosa não aldeada do Brasil, bem como estimar a prevalência de multimorbidade e doenças/condições crônicas específicas, e para as mais frequentes, de acordo com o sexo e as faixas etárias.

## Material e métodos

Estudo realizado com dados de domínio público de adultos e idosos indígenas (idade  $\geq 20$  anos) que participaram da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), inquérito nacional de base domiciliar realizado no Brasil em 2019 (PNS 2019). O banco de dados da PNS 2019 encontra-se disponível para acesso e uso público no *site* da PNS por meio do caminho: ‘Sobre a pesquisa’; ‘Bases de dados (PNS 2019, Microdados IBGE)’; ‘Arquivos de Microdados da PNS 2019’<sup>16</sup>.

A população pesquisada na PNS 2019 correspondeu aos moradores de domicílios particulares permanentes do Brasil, excluindo-se os setores censitários localizados em áreas com características especiais e com pouca população, como: quartéis, bases militares, alojamentos, acampamentos, embarcações, aldeias indígenas, penitenciárias, colônias penais, presídios, cadeias, asilos, orfanatos, conventos e hospitais. A descrição detalhada sobre os aspectos conceituais e metodológicos da pesquisa encontra-se publicada<sup>17,18</sup>.

Este estudo utilizou dados de indivíduos que se autodeclararam indígenas (informação baseada na pergunta sobre cor ou raça) que responderam ao questionário da PNS 2019, referente ao morador selecionado ( $n = 651$ ). Foram consideradas informações sobre as seguintes doenças/condições crônicas: hipertensão arterial; diabetes; colesterol alto

(hipercolesterolemia); doença do coração, tal como infarto, angina, insuficiência cardíaca ou outra; Acidente Vascular Cerebral (AVC) ou derrame; asma ou bronquite asmática; artrite/reumatismo; doença/problema crônico de coluna vertebral como dor crônica nas costas ou no pescoço, lombalgia, dor ciática, problemas nas vértebras ou disco; Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho (Dort); depressão; outra doença mental, como transtorno de ansiedade, síndrome do pânico, esquizofrenia, transtorno bipolar, psicose ou Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC); doença crônica no pulmão, tais como enfise-ma pulmonar, bronquite crônica ou Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC); câncer; insuficiência renal crônica; e outra doença crônica. Todas as perguntas se referiam ao diagnóstico médico prévio, exceto para doenças/problemas crônicos da coluna vertebral. Na investigação sobre depressão, o diagnóstico poderia ter sido dado pelo médico ou outro profissional de saúde mental (psicólogo/psiquiatra).

Para compor a variável número de doenças crônicas e estimar sua prevalência, foram consideradas todas as doenças/condições crônicas supracitadas. Na análise das doenças específicas, AVC, asma, Dort, doença pulmonar, câncer e insuficiência renal não apresentaram um número de casos suficiente para se proceder ao cálculo de estimativas específicas com precisão aceitável.

Foram estimadas as prevalências pontuais e por intervalo para o número de doenças crônicas (nenhuma, uma, duas, três ou mais) e das doenças específicas considerando-se nível de confiança de 95% (IC 95%). Também foram estimadas as prevalências e as Razões de Prevalência (RP) e os respectivos IC 95% das doenças/condições mais frequentes segundo sexo e faixa etária. As diferenças foram verificadas pelo teste qui-quadrado (Rao-Scott) adotando-se nível de significância de 5%. As RP foram obtidas por meio de regressão de Poisson. As análises foram realizadas no *software* estatístico Stata 15.1, no módulo *survey*,

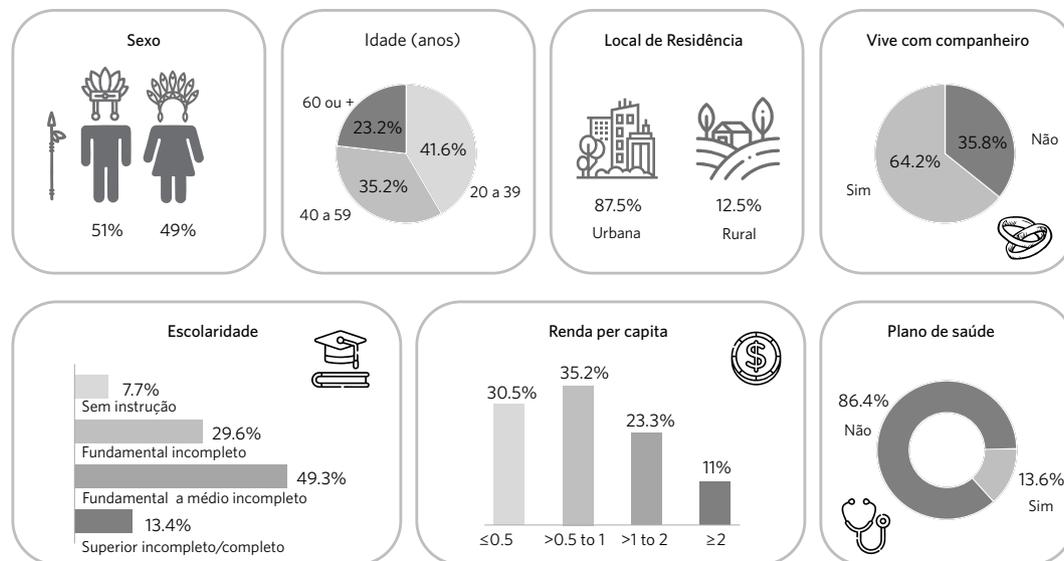
que considera o delineamento amostral complexo da pesquisa.

A PNS 2019 foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética – CAAE nº 11713319.7.0000.0008 e parecer nº 3.529.376, de 23 de agosto de 2019). Todos os entrevistados foram previamente consultados, esclarecidos e aquiesceram em participar da pesquisa<sup>17,18</sup>. Os dados foram coletados e analisados de acordo com as diretrizes e normas das Resoluções nº 466/2012<sup>19</sup> e nº 510/2016<sup>20</sup> do Conselho Nacional de Saúde, que regulamentam os aspectos éticos e legais das pesquisas científicas no Brasil.

## Resultados

A média de idade da população indígena não aldeada foi de 45,2 anos (IC 95%: 43,1-47,3), e a distribuição por sexo foi semelhante ( $p > 0,05$ ); 23,2% tinham idade maior ou igual a 60 anos, 87,5% residiam em área urbana, 64,2% viviam com o(a) companheiro(a), 37,3% não tinham instrução/fundamental incompleto, 30,5% e 35,2% apresentavam baixa renda (menor ou igual a 0,5 salário mínimo e de meio até 1 salário mínimo respectivamente) e 86,4% não possuíam plano de saúde privado (figura 1).

Figura 1. Caracterização sociodemográfica da população indígena (idade  $\geq 20$  anos). Pesquisa Nacional de Saúde, 2019



Fonte: elaboração própria com base na PNS 2019<sup>16</sup>.

Na população adulta, cerca de 60% apresentaram ao menos uma doença crônica, e 35,3% tinham multimorbidade. Hipertensão arterial (29,3%; IC 95%: 23,7-35,5), doenças/problemas crônicos da coluna vertebral (20,6%; IC 95%: 17,3-24,5), hipercolesterolemia (14,3%;

IC 95%: 11,7-17,4), depressão (10%; IC 95%: 7,4-13,5) e artrite/reumatismo (10%; IC 95%: 6,6-14,9) foram as doenças/condições que apresentaram as maiores prevalências, em ordem de importância, entre as investigadas (tabela 1).

Tabela 1. Prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) na população indígena (idade ≥ 20 anos). Pesquisa Nacional de Saúde, 2019

Doenças/condições crônicas	Prevalência (%)	IC 95%
<b>Número de doenças crônicas</b>		
Nenhuma	40,7	33,4-48,4
Uma	24,0	20,2-28,2
Duas	12,8	8,6-18,6
Três ou mais	22,5	18,5-27,1
Hipertensão arterial	29,3	23,7-35,5
Diabetes mellitus	9,1	7,1-11,6
Colesterol alto	14,3	11,7-17,4
Doença do coração	5,8	3,6-9,2
Acidente Vascular Cerebral*	-	-
Asma*	-	-
Artrite/reumatismo	10,0	6,6-14,9
Problema na coluna	20,6	17,3-24,5
Dort*	-	-
Depressão	10,0	7,4-13,5
Outra doença mental	6,5	4,6-9,1
Doença do pulmão*	-	-
Câncer*	-	-
Insuficiência renal crônica	-	-
Outra doença crônica	8,4	5,3-13,0

Fonte: elaboração própria com base na PNS 2019<sup>16</sup>.

IC 95%: Intervalo de confiança de 95%. \* Número de casos insuficiente para calcular estimativas com precisão aceitável. Dort: Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho.

Para as doenças/condições crônicas mais frequentes, verificou-se ainda que a prevalência de hipertensão foi maior nas mulheres (37,5% *versus* 21,2%;  $p = 0,001$ ) e que não houve diferenças significativas para doenças/problemas crônicos da coluna vertebral ( $p = 0,809$ ). Quanto à faixa etária, nos idosos (idade ≥ 60

anos), a prevalência de hipertensão foi cerca de 3,6 vezes maior em relação à população adulta (65% *versus* 18,1%;  $p < 0,001$ ), e 28,6% dos idosos referiram doenças/problemas da coluna em relação a 18,2% dos adultos ( $p = 0,019$ ) (tabela 2).

Tabela 2. Prevalência e razão de prevalência bruta de hipertensão arterial, problema na coluna e colesterol alto na população indígena (idade ≥ 20 anos) segundo sexo e faixas etárias. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019

Doenças/condições crônicas	%	IC95%	p valor	RPbruta (IC 95%)
<b>Hipertensão arterial</b>				
Sexo			0,0015	
Masculino	21,2	15,4-28,5		0,56 (0,39-0,81)
Feminino	37,5	29,6-46,3		1
Faixas etárias			<0,0001	
20 a 59 anos	18,1	13,4-23,9		1
60 anos e mais	65,0	55,6-73,3		3,59 (2,62-4,90)
<b>Colesterol alto</b>				
Sexo			0,3053	
Masculino	12,6	9,5-16,5		0,78 (0,49-1,25)
Feminino	16,0	11,5-21,9		1
Faixas etárias			<0,0001	
20 a 59 anos	10,4	7,6-14,2		1
60 anos e mais	26,3	19,8-34,0		2,51 (1,63-3,88)
<b>Problema na coluna</b>				
Sexo			0,8088	
Masculino	20,2	16,0-25,2		0,96 (0,67-1,36)
Feminino	21,1	16,0-27,3		1
Faixas etárias			0,0187	
20 a 59 anos	18,2	14,4-22,8		
60 anos e mais	28,6	21,5-36,9		1,57 (1,08-2,27)

Fonte: elaboração própria com base na PNS 2019<sup>16</sup>.

IC 95%: Intervalo de confiança de 95%. p valor: Valor de p do teste qui-quadrado (Rao-Scott). RP: Razão de Prevalência.

## Discussão

Os resultados mostraram que, no Brasil, cerca de 60% dos indígenas com 20 anos ou mais de idade apresentavam ao menos uma enfermidade crônica e que aproximadamente 35% tinham duas ou mais doenças (multimorbidade). As doenças mais prevalentes foram a hipertensão arterial, as doenças/problemas crônicos da coluna vertebral e a hipercolesterolemia. A hipertensão foi mais frequente entre mulheres. Nos idosos, a prevalência da hipertensão foi cerca de 3,6 vezes maior do que nos adultos; a hipercolesterolemia, 2,5 vezes, e as doenças/problemas da coluna também

foram mais frequentes naqueles com 60 anos ou mais.

Neste estudo, verificou-se que 67,2% da população indígena possuía pelo menos o ensino fundamental completo, percentual bem mais alto do que o observado nos censos demográficos anteriores<sup>1</sup>. Estudo que abordou as características sociodemográficas de indígenas nos censos de 2000 e 2010 observou que a proporção de pessoas com ensino fundamental completo ou mais aumentou expressivamente em todo o país (16,4% para 21,2%) e nas áreas urbanas (28,2% para 37,9%) e rurais (3,5% para 10,5%)<sup>14</sup>. Ressalta-se que, nos últimos anos, houve uma ampliação de políticas públicas

direcionadas à educação para os indígenas<sup>21</sup>, o que pode ter contribuído para esse aumento, porém ainda possuem nível educacional mais baixo do que o observado para a população geral no Brasil<sup>1</sup>.

Em relação à renda domiciliar per capita, a maioria da população indígena (65,7%) referiu possuir rendimento de até 1 salário mínimo. No último censo demográfico (2010), foi identificado que a maior parte das pessoas indígenas (idade  $\geq 10$  anos) não tinha rendimentos ou recebia até 1 salário mínimo<sup>1</sup>. Bastos et al.<sup>14</sup> identificaram acréscimo de 8,4% na frequência de indígenas com rendimento menor do que 1 salário mínimo (de 48,3% para 56,7%) e diminuição de 9,6% na frequência de indivíduos com mais de 2 salários mínimos entre 2000 e 2010.

Também se observou que 86,4% (IC 95%: 82,1-89,8) da população indígena não aldeada adulta e idosa dependia exclusivamente do sistema público, o SUS, percentual maior do que o encontrado para a população adulta não indígena (72,8%; IC 95%: 71,7-73,3) (dados não apresentados). Isso denota que, para aqueles que tiveram acesso, quase a totalidade dos diagnósticos das doenças investigadas foi realizada nos serviços públicos de saúde. Deve-se considerar que, nos territórios indígenas, as estruturas de saúde são precárias; e a alta rotatividade de profissionais, bem como a complexidade logística encontrada em algumas regiões do país, afeta negativamente a qualidade dos serviços de saúde prestados<sup>2,10,11</sup>, o que permite supor que entre os indígenas aldeados, haja um importante subdiagnóstico de doenças/condições crônicas.

Estudo realizado por Araujo Junior<sup>8</sup> revelou a precariedade da estrutura física das Casas de Saúde Indígena, responsáveis pelo alojamento e pela alimentação dos pacientes e acompanhantes, a necessidade de acolhimento em saúde e de garantir melhor articulação com os hospitais de referência e com a atenção de média e alta complexidade para reduzir o longo período de espera do tratamento. Observam-se, ao longo dos anos, a priorização

de cuidados emergenciais e paliativos a essa população e o enfraquecimento da APS: a elevada rotatividade dos profissionais de saúde e a falta de vínculo dificultam a compreensão das especificidades culturais que permeiam o processo cuidado à saúde dos indígenas<sup>2,22</sup>, assim como a falta de formação profissional para abordagem, atendimento e tratamento – respeitando a cultura e a diversidade de saberes desta população<sup>2,8</sup>.

Ao avaliar criticamente a implementação da PNASPI, Mendes et al.<sup>2</sup> destacam, dentre os desafios, as desigualdades nos indicadores de saúde que persistem após quase 20 anos da criação do SasiSUS, o aumento na prevalência das DCNT, a baixa resolutividade das ações na APS, o acesso restrito aos dados do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi) e problemas relacionados com a confiabilidade das informações coletadas, bem como a capacidade de articulação entre a medicina tradicional indígena e o SUS<sup>6,8,11</sup>.

Além das violências estruturais, como a inadequação nos atendimentos à saúde e as doenças endêmicas e carenciais a que os povos indígenas estão expostos, as doenças crônicas nessa população podem ser reflexo dos impactos das estratégias de subsistência e de mudanças ambientais e territoriais que vêm ocorrendo nessa população ao longo dos anos<sup>7,9,15,22</sup>. Na cidade de Manaus, estudo que buscou comparar fatores de risco para doenças cardiovasculares entre indígenas e não indígenas (vizinhos que compartilhavam as mesmas condições socioambientais que os indígenas) observou que os indivíduos do alto do Rio Negro apresentaram perfil antropométrico, metabólico e de pressão arterial mais semelhante ao dos grupos não indígenas<sup>23</sup>. Ressalta-se que não foram encontrados estudos epidemiológicos prévios que analisaram as prevalências de DCNT na população indígena não aldeada no Brasil, o que dificultou a comparação com os achados deste estudo.

Ao considerar a população indígena de todo o Brasil, dados do Siasi mostraram que, entre 2015 e 2017, foram registrados 42.583 casos

notificados de DCNT, com maior frequência no sexo feminino (assim como na população geral, as mulheres tendem a acessar mais os serviços de saúde), sendo as doenças cardiovasculares e o diabetes mais prevalente na população com idade  $\geq 40$  anos, e as doenças respiratórias, na população idosa<sup>7</sup>. Deve-se considerar que alguns fatores de risco para as DCNT, como o consumo abusivo de bebidas alcoólicas destiladas, são mais prevalentes na população indígena não aldeada, fator agravado pela aproximação com a população não indígena<sup>24,25</sup>.

No Brasil, são escassos estudos com informações sobre outros fatores de risco, como tabagismo, inatividade física e hábitos alimentares na população indígena não aldeada<sup>26</sup>. Estudos realizados com indígenas aldeados indicam hábitos alimentares nocivos à saúde, elevado percentual de excesso de peso, sedentarismo e hipertensão arterial nesse subgrupo<sup>27-29</sup>. Na população Krenak, em terra indígena localizada no município de Resplendor, Minas Gerais, a prevalência de hipertensão arterial foi de 31,2% (34,4% para os homens e 27,6% para as mulheres), cerca de 75% dos indivíduos apresentavam excesso de peso; 57%, obesidade abdominal, e 17,5%, hiperglicemia<sup>27</sup>. Dados do Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena (2008-2009) identificou que 46% das mulheres de aldeias indígenas no Brasil tinham sobrepeso ou obesidade<sup>30</sup>.

Entre as limitações da pesquisa, deve-se considerar que amostra da PNS excluiu os domicílios localizados em setores censitários especiais, como os agrupamentos indígenas (população aldeada), o que não permite extrapolar os resultados para o conjunto dos indígenas brasileiros. Além disso, a PNS não foi desenhada para representar populações específicas, o tamanho amostral foi pequeno para população indígena. Assim, para doenças/condições de saúde menos frequentes, as estimativas não foram apresentadas porque o número de observações em algumas categorias não permitiu o cálculo com precisão aceitável. Da mesma forma, a avaliação das diferenças

entre as prevalências por sexo e faixas etárias restringiu-se às condições que tiveram maior ocorrência.

Destaca-se que as estimativas das prevalências das DCNT são inéditas e dimensionam a magnitude dessas condições para a população indígena adulta e idosa não aldeada do Brasil, contribuindo para a adoção de ações que possam atender a demandas de cuidado e tratamento específicas – que considerem a cultura, os saberes e as demais singularidades desses brasileiros. A equidade é um dos princípios fundamentais norteadores do SUS<sup>31</sup>, o qual busca reconhecer as diferenças nos determinantes sociais – condições de vida e de saúde – e nas necessidades específicas de grupos populacionais distintos, como a população indígena<sup>6</sup>.

Os resultados deste estudo revelam que quase 60% da população indígena adulta e idosa brasileira não aldeada apresentava pelo menos uma doença crônica, principalmente hipertensão arterial, doenças/problemas crônicos da coluna vertebral, hipercolesterolemia, artrite/reumatismo e depressão. O desafio que se coloca para a APS é o *modus operandi* para implementar práticas relacionadas com a promoção de saúde e a prevenção de agravos, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade.

## Colaboradoras

Francisco PMSB (0000-0001-7361-9961)\* contribuiu para concepção, análise e interpretação de dados, elaboração de versões preliminares, revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação final do manuscrito. Assumpção D (0000-0003-1813-996X)\* contribuiu para análise e interpretação de dados, elaboração de versões preliminares, revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação final do manuscrito. Bacurau AGM (0000-0002-6671-2284)\* contribuiu para interpretação de dados, elaboração de versões preliminares, revisão

crítica do conteúdo intelectual e aprovação final do manuscrito. Leitão VBG (0000-0002-7424-7300)\* contribuiu para revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação

final do manuscrito. Malta DC (0000-0002-8214-5734)\* contribuiu para interpretação de dados do trabalho, revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação final do manuscrito. ■

## Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Características gerais dos indígenas no Censo Demográfico 2010 – resultados do Universo. Rio de Janeiro: IBGE; 2012.
2. Mendes AM, Leite MS, Langdon EJ, et al. O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2018;42:e184. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.184>
3. Souza LG, Gugelmin SA, Cunha BCB, et al. Os indígenas Xavante no Censo Demográfico de 2010. *R Bras Est Pop*. 2016;33(2):327-347. DOI: <https://doi.org/10.20947/S0102-30982016a0025>
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Indígenas [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2023 [acesso em 2023 abr 1]. Disponível em: <https://indigenas.ibge.gov.br/graficos-e-tabelas-2.html>
5. Ministério dos Povos Indígenas (BR). Fundação Nacional dos Povos Indígenas. Dados do Censo 2022 revelam que o Brasil tem 1,7 milhão de indígenas. *Gov.br* [Internet]. 2023 ago 7 [acesso em 2023 ago 25]. Disponível em: <https://www.gov.br/funai/pt-br/asuntos/noticias/2023/dados-do-censo-2022-revelam-que-o-brasil-tem-1-7-milhao-de-indigenas>
6. Fundação Nacional de Saúde (BR). Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2. ed. Brasília: FNS; 2002.
7. Ministério da Saúde (BR). Saúde indígena: análise da situação de saúde no SasiSUS [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019 [acesso em 2023 abr 1]. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_indigena\\_analise\\_situacao\\_sasisus.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/saude_indigena_analise_situacao_sasisus.pdf)
8. Araujo Junior JJ. O despertar de uma política: as dificuldades de concretização do subsistema de saúde indígena entre 1999 e 2015. *Bol Científico ESMPU*. 2019;18(53):41-77.
9. Sandes LFF, Freitas DA, Souza MFNS, et al. Atenção primária à saúde de indígenas sul-americanos: revisão integrativa da literatura. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e163. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.163>
10. Oliveira FG, Oliveira PCP, Oliveira Filho RNB, et al. Challenges of the indigenous population to access to health in Brazil: integrative literature review. *Res Soc Dev*. 2021;10(3):e47710313203. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13203>
11. Cardoso MD. Saúde e povos indígenas no Brasil: notas sobre alguns temas equívocos na política atual. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(4):860-866. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00027814>
12. Alves FTA, Prates EJS, Carneiro LHP, et al. Mortalidade proporcional nos povos indígenas no Brasil nos anos 2000, 2010 e 2018. *Saúde debate*. 2021;45(130):691-706. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113010>

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

13. Goes FL, Vieira MGF, Reis TR, et al. Atlas das periferias no Brasil: aspectos raciais de infraestrutura nos aglomerados subnormais [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2021 [acesso em 2023 abr 1]. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/11050>
14. Bastos JL, Santos RV, Cruz OG, et al. Características sociodemográficas de indígenas nos censos brasileiros de 2000 e 2010: uma abordagem comparativa. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(supl1):e00085516. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00085516>
15. Armstrong AC, Ladeia AMT, Marques J, et al. Urbanização Associa-se com Tendência a Maior Mortalidade Cardiovascular em Populações Indígenas: o Estudo PAI. *Arq Bras Cardiol*. 2018;110(3):240-245. DOI: <https://doi.org/10.5935/abc.20180026>
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Pesquisa Nacional de Saúde. Arquivos de Microdados da PNS 2019 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2019 [acesso em 2024 maio 29]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=microdados>
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Pesquisa Nacional de Saúde 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil, grandes regiões [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2020 [acesso em 2023 abr 1]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764.pdf>
18. Stopa SR, Szwarcwald CL, Oliveira MM, et al. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. *Epidemiol Serv Saude*. 2020;29(5):e2020315. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742020000500004>
19. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nºs. 196/96, 303/2000 e 404/2008. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 jun 13; Seção I:549.
20. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2016 maio 24; Seção I:44.
21. Luciano RRF, Simas HCP, Garcia FM. Políticas públicas para indígenas: da educação básica ao ensino superior. *Interfaces da Educ* 2020;11(32):571-605. DOI: <https://doi.org/10.26514/inter.v11i32.4009>
22. Langdon EJ, Cardoso MD. Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina [Internet]. Florianópolis: Editora da UFSC; 2021 [acesso em 2023 abr 1]. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/196826/Sa%c3%bade%20ind%c3%adgena-ebook-4nov2021.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
23. Toledo NN, Almeida GS, Matos MMM, et al. Fatores de risco cardiovascular: diferenças entre grupos étnicos. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(4):e20180918. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0918>
24. Oliveira MC. Processos de Alcoolização Indígena no Brasil: perspectivas plurais. *Ciênc saúde coletiva*. 2016;21(1):311-312. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.11552015>
25. Ministério da Justiça e Cidadania (BR). O uso de substâncias psicoativas no Brasil: módulo 1 [Internet]. 11. ed. Brasília, DF: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; 2017 [acesso em 2023 abr 1]. Disponível em: [https://www.supera.org.br/wp-content/uploads/2021/04/SUP13\\_Modulo1\\_reduzido.pdf](https://www.supera.org.br/wp-content/uploads/2021/04/SUP13_Modulo1_reduzido.pdf)
26. Silva ALO, Mota CL, Pereira RA, et al. As cores do tabagismo: relação entre raça e consumo de tabaco no Brasil. *Rev Bras Cancerol*. 2022;68(1):e151552. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2022v68n1.1552>

27. Chagas CA, Castro TG, Leite MS, et al. Prevalência estimada e fatores associados à hipertensão arterial em indígenas adultos Krenak do Estado de Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(1):e00206818. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00206818>
28. Soares LP, Fabbro ALD, Silva AS, et al. Risco Cardiovascular na População Indígena Xavante. *Arq Bras Cardiol*. 2018;110(6):542-550. DOI: <https://doi.org/10.5935/abc.20180090>
29. Chagas CA, Castro TG, Leite MS, et al. Prevalência estimada e fatores associados à hipertensão arterial em indígenas adultos Krenak do Estado de Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(1):e00206818. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00206818>
30. Coimbra Jr CEA. Saúde e povos indígenas no Brasil: reflexões a partir do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(4):855-859. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00031214>
31. Presidência da República (BR). Lei 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 [Internet]*, Brasília, DF. 1990 set 20 [acesso em 2023 abr 1]; Seção I:18055. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)

---

Recebido em 11/09/2023

Aprovado em 10/06/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

**Editora responsável:** Jamilli Silva Santos



## Entre o estigma e a saúde: itinerários de pacientes com câncer de próstata

*Between stigma and health: itineraries of prostate cancer patients*

Gabriela da Silva Vieira<sup>1</sup>, Cristiano Guedes de Souza<sup>1</sup>, Ximena Pamela Claudia Díaz Bermudéz<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/2358-289820241429057P

**RESUMO** A saúde dos homens tem sido influenciada ao longo do tempo por complexas redes de normas culturais e sociais que delimitam o conceito de masculinidade. Este artigo teve como objetivo analisar a influência das representações de masculinidade na saúde dos homens, com ênfase nas implicações para diagnóstico, tratamento e prevenção do câncer de próstata. Explorou-se a construção social da masculinidade, destacando como os papéis designados aos homens moldam suas atitudes com relação à saúde. Esta pesquisa é um recorte de estudo realizado durante o mestrado acadêmico, o qual traçou os itinerários terapêuticos de pacientes com câncer de próstata do Hospital Universitário de Brasília, a fim de identificar as repercussões da pandemia. Trata-se de uma pesquisa qualitativa baseada no método dos itinerários terapêuticos. O estudo incluiu a participação de 15 homens adultos diagnosticados com câncer de próstata, e os resultados evidenciaram a influência da construção da masculinidade na busca de tratamento. Os participantes hesitaram em procurar assistência médica imediata devido ao receio de parecerem vulneráveis. Além disso, a principal compreensão entre os participantes estava relacionada à preocupação de deixar a família desprotegida, destacando como as expectativas tradicionais do gênero ainda influenciam a sociedade.

**PALAVRAS-CHAVE** Itinerário terapêutico. Masculinidade. Neoplasias da próstata. Saúde pública.

**ABSTRACT** *Men's health has been influenced over time by complex networks of cultural and social norms that define the concept of masculinity. This article aimed to analyze the influence of representations of masculinity on men's health, with an emphasis on the implications for the diagnosis, treatment and prevention of prostate cancer. The social construction of masculinity is explored, highlighting how the roles assigned to men shape attitudes towards health. This research is part of a study carried out during the academic master's degree, which outlined the therapeutic itineraries of patients with prostate cancer at the University Hospital of Brasília, in order to identify the repercussions of the pandemic. This is qualitative research based on the therapeutic itinerary method. The study included the participation of 15 adult men diagnosed with prostate cancer, and the results highlighted the influence of the construction of masculinity in the search for treatment. Participants were hesitant to seek immediate medical assistance due to concerns about appearing vulnerable. Furthermore, the main understanding among participants was related to the concern of leaving the family unprotected, highlighting how traditional gender expectations still influence society.*

**KEYWORDS** *Therapeutic itinerary. Masculinity. Prostatic neoplasms. Public health.*

<sup>1</sup>Universidade de Brasília  
(UnB) - Brasília (DF),  
Brasil.  
gabrielavieirads22@gmail.  
com



## Introdução

O Brasil pode ser considerado um país em que políticas públicas voltadas à assistência em saúde integral masculina foram tardias, permanecem enfrentando obstáculos, como o representado pela recente crise sanitária, e têm como um de seus principais desafios a adesão de homens aos cuidados em saúde.

Apesar de o debate teórico internacional sobre gênero, sexualidade e saúde ocorrer desde os anos 1970, foi somente nas últimas décadas que estudos qualitativos voltados à saúde masculina se aprofundaram no Brasil<sup>1</sup>. Além disso, contribuíram para um debate nacional que culminou em importantes conquistas históricas, como a elaboração da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde Masculina, do Ministério da Saúde<sup>2</sup>.

As políticas sociais em geral e a política integral de saúde masculina, em específico, na última década, enfrentaram dificuldades<sup>3</sup>. Tais dificuldades envolveram desde cortes orçamentários até a inédita crise sanitária da pandemia de covid-19, que trouxe repercussões na assistência em saúde oncológica e na assistência em saúde para as doenças crônicas, sobretudo no que diz respeito ao atendimento de pessoas pobres<sup>4</sup>. O impacto da pandemia foi ampliado no Brasil porque o Sistema Único de Saúde (SUS) estava sendo fragilizado por um governo federal ultraneoliberal na economia e conservador na pauta dos costumes<sup>5</sup>.

O câncer de próstata é um desafio na agenda da saúde pública em virtude de suas dimensões epidemiológicas, caracterizadas por elevada morbidade e mortalidade na população masculina<sup>6</sup>. Entretanto, é também uma doença com elevadas chances de cura e redução de morbidade, desde que diagnosticada e tratada precocemente<sup>7</sup>. É crucial proporcionar atenção de forma oportuna aos pacientes com câncer, com vistas a melhorar o prognóstico da doença. Isso implica garantir o atendimento tão rápido quanto possível<sup>8</sup>.

Nesse sentido, o tempo e a adesão ao tratamento são fatores relevantes ao se discutir a

eficácia na assistência em saúde voltada aos homens com câncer de próstata, sobretudo no estágio inicial da doença. Entretanto, uma parcela da população masculina tende a buscar a assistência em saúde quando o câncer de próstata já se encontra em estágio avançado, e a eficácia do tratamento já pode estar comprometida<sup>9</sup>.

Por outro lado, homens que puderam diagnosticar precocemente o câncer de próstata enfrentam o desafio de buscar e receber tratamento rapidamente em um sistema de saúde por vezes moroso. A rapidez na assistência é fundamental, especialmente para a população masculina pobre. A pandemia proporcionou uma oportunidade para estudos qualitativos entenderem os processos de tratamento do câncer de próstata em uma população historicamente resistente à adesão ao tratamento, com dificuldades de acesso às políticas de saúde e enfrentando a sobrecarga do SUS.

Concordamos com o entendimento segundo o qual as crises sanitárias necessitam do conhecimento produzido nas ciências biomédicas e epidemiológicas, mas também são indispensáveis os saberes das ciências sociais aplicadas e dos estudos qualitativos em políticas sociais que contribuam para a compreensão de processos de saúde e doença nos quais variáveis como gênero e classe, por exemplo, são determinantes para o sucesso das medidas de saúde coletiva adotadas durante emergências sanitárias<sup>10</sup>.

Nesse sentido, o objetivo deste artigo foi analisar, por meio de pesquisa qualitativa, a influência das representações de masculinidade na saúde dos homens a partir da construção dos itinerários terapêuticos de usuários atendidos em hospital público de referência para tratamento do câncer de próstata na Região Centro do Brasil. Pretende-se identificar fatores culturais e sociais de masculinidade que afetam as decisões de saúde dos homens, a busca de cuidados médicos e as estratégias de enfrentamento, com vistas a contribuir para uma compreensão mais holística e sensível da saúde masculina.

Esta pesquisa, originada de um estudo de mestrado, investigou as repercussões da pandemia de covid-19 nos itinerários terapêuticos de homens com câncer de próstata em um hospital público de referência na Capital Federal<sup>11</sup>. Revela-se a presença marcante das questões relacionadas à masculinidade nesses itinerários, destacando a interação complexa entre a construção da masculinidade e a saúde masculina como tema central. A complexa interação entre a construção da masculinidade e a saúde masculina emergiu como um tema central, e a relevância dessa pesquisa se desdobra em várias dimensões.

Este artigo foi dividido em três partes: metodologia, que contextualiza o trabalho de campo empírico; a seção intitulada ‘O olhar para a saúde do homem: a construção social da masculinidade’, que fundamenta a conceitualização teórica da masculinidade; e, finalmente, a seção ‘A masculinidade e suas ramificações na jornada de tratamento do câncer de próstata’, que apresenta e discute resultados da pesquisa de campo.

## Material e métodos

Este artigo é resultado de uma pesquisa qualitativa de mestrado na área de política social desenvolvida no período de 2020 a 2022. A pesquisa empírica investigou os itinerários terapêuticos dos participantes por meio de um instrumento de entrevistas semiestruturadas de natureza narrativa para a compreensão das dificuldades e barreiras ao fluxo da rede de atenção à saúde, desde os primeiros sintomas até a entrada dos usuários no serviço de oncologia do Hospital Universitário de Brasília (HUB), identificando a realidade sócio-histórica dos pacientes, bem como as percepções sobre a atenção à saúde. As entrevistas foram conduzidas por meio de um roteiro prévio como forma de organizar a conversa.

A construção do perfil dos interlocutores do estudo foi parte dos tópicos incluídos no roteiro da entrevista, isto é, dados sociodemográficos,

situação habitacional e familiar e contextos de vulnerabilidade. O estudo também teve como fonte de dados a pesquisa documental, por meio da análise de prontuários eletrônicos de pacientes em tratamento e elaboração de diário de campo baseado na observação dos atendimentos.

O universo da pesquisa foi composto por 15 pacientes que buscaram atendimento na Unidade de Oncologia do HUB no ano de 2020, com levantamento retrospectivo ao ano de 2019 para completar a amostra. Isso ocorreu devido ao fato de que apenas 29 pacientes com câncer de próstata deram entrada nesse serviço em 2020, que foi o primeiro ano da pandemia. Foram considerados critérios de inclusão os seguintes: ser maior de 18 anos, ter diagnóstico de câncer de próstata, residir no Distrito Federal ou em região adjacente. Foram excluídos pacientes que desconheciam seu diagnóstico, possuíam transtornos mentais graves, demência ou risco psicológico, conforme registro em prontuário.

O estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília, sob o número CAAE 48043421.2.0000.5540, parecer consubstanciado nº 4.861.931.

Tendo em vista que se trata de uma pesquisa que envolve seres humanos, este estudo considera e respeita as diretrizes estabelecidas pela Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS)<sup>12</sup>. Além disso, a pesquisa está de acordo com a Resolução nº 510/2016, do CNS<sup>13</sup>, que dispõe sobre as normas aplicáveis às pesquisas em ciências humanas e sociais.

## Resultados e discussão

### O olhar para a saúde do homem: a construção social da masculinidade

A concepção ocidental sobre o sexo das pessoas tem raízes antigas na cultura grega e é explorada em construções filosóficas da antiguidade.

A masculinidade é uma construção social e histórica moldada por fatores como religião, período histórico, geografia e contexto social<sup>14</sup>. Contudo, o estudo sobre homens só começou a ser sistematizado nas ciências sociais nos Estados Unidos, na década de 1990, principalmente no âmbito do movimento feminista<sup>15</sup>.

Nas sociedades tribais, a masculinidade frequentemente está associada a um status de superioridade, conferindo aos homens um maior prestígio social<sup>16</sup>. No pensamento ocidental, há uma representação do homem idealizado como viril, forte, invulnerável e provedor<sup>15</sup>. Essa construção da masculinidade é tão profundamente enraizada na cultura ocidental que, de certa forma, tornou-se convencional de humanidade, sendo considerada universal, o que influenciou a base do pensamento científico, muitas vezes centrado em experiências masculinas<sup>17</sup>.

A construção social da masculinidade é entendida sob a perspectiva do gênero, que desempenha um papel fundamental na análise dessas especificações. As teorias de gênero oferecem perspectivas cruciais para entender como as relações sociais de gênero são estruturadas<sup>14</sup>. No modelo de masculinidade hegemônica, dois elementos centrais são a dominação e a heterossexualidade<sup>18</sup>. A imposição desse ideal hegemônico de masculinidade está intrinsecamente ligada à oposição à feminilidade. Isso se torna evidente no momento em que a diferenciação entre os sexos é fundamental para afirmar a masculinidade<sup>19</sup>.

As normas de gênero e a representação da masculinidade são fundamentais na formação da identidade masculina na sociedade ocidental. A pressão para se adequar a esses padrões molda as atitudes e os comportamentos dos homens. Compreender essas construções é essencial, pois elas afetam as relações sociais e as experiências de homens e mulheres na sociedade moderna.

Oliveira<sup>19</sup> questiona a ideia de que a masculinidade é uma condição fixa, destacando a existência histórica de identidades masculinas alternativas ao modelo ocidental dominante.

O autor explora a identidade como uma construção individual, moldada por processos de acessibilidade, exclusão e negociação com os modelos apresentados desde a infância nos diversos espaços e instituições.

Nesse sentido, questiona-se a ideia de que um homem deve ser exclusivamente masculino e uma mulher deve ser exclusivamente feminina, que são características inerentes ao sistema de pensamento binário. Segundo Oliveira<sup>19</sup>, as categorias masculino e feminino coexistem em cada indivíduo, de modo que um homem pode sentir-se mais feminino do que masculino e vice-versa. Contudo, os modelos predominantes de masculinidade e o processo de socialização masculina podem, em certos casos, enfraquecer ou até afastar os homens de questões relacionadas ao autocuidado e à busca dos serviços de saúde.

Paralelamente a isso, aponta-se que o adoecimento é difícil com relação ao câncer de próstata, em razão da barreira cultural que afasta os homens na busca de atendimento em saúde, principalmente pela resistência em se submeter ao exame de toque retal. Essa questão cultural impede o diagnóstico precoce, o que poderia ser um facilitador para o prognóstico da enfermidade. As questões culturais e a ampliação das possibilidades de adoecimento por câncer, conforme as previsões epidemiológicas, demandam das políticas sociais e públicas uma melhora na sua implementação para acolher os usuários<sup>20</sup>.

As barreiras de acesso aos serviços de saúde são multifatoriais e emergem de questões estruturais, socioeconômicas, sociais, culturais, relacionais e organizacionais, presentes no cotidiano, as quais demandam dos usuários e familiares o exercício de resistência e paciência<sup>21</sup>. Reconhece-se que, nesse cenário, inúmeros fatores estão envolvidos no percurso da atenção à assistência oncológica, desde a frequência de procura por hospitais públicos, o tempo de espera para ser atendido nas instituições, até a disponibilidade dos procedimentos complexos com alto custo à população portadora dessa doença crônica<sup>22</sup>.

Observa-se que os homens entram no serviço, frequentemente, em busca de diagnóstico e tratamento tardios, o que demanda uma atenção e cuidados na atenção de média e alta complexidade, tendo como consequência aumento nos índices de morbimortalidade, apresentando uma promoção de saúde e prevenção de doença frágeis, além do alto custo para o SUS. Diante desse contexto, tornou-se fundamental a criação de uma política pública que considere as especificidades dos homens e suas diversas masculinidades<sup>23</sup>.

Tendo como objetivo inserir a população masculina nos serviços de saúde de forma qualificada<sup>24</sup>, ao mesmo tempo, é necessário articular maneiras de romper com as barreiras impostas pelas questões de gênero e a ideia de que homens sejam ‘invencíveis’, de forma que isso reflita na redução dos índices de morbimortalidade e nos custos para saúde<sup>25</sup>.

A seguir, são discutidas as experiências de saúde de pacientes com câncer de próstata e as tensões da masculinidade presentes em suas jornadas.

## **A masculinidade e suas ramificações na jornada de tratamento do câncer de próstata**

Como foi dito anteriormente, 15 homens adultos com câncer de próstata foram selecionados para este estudo, após sua inserção no processo de acolhimento do HUB entre 2019-2020. O acolhimento ocorre todas as segundas-feiras, dia da semana em que chegam novos pacientes para serem atendidos por toda a equipe multiprofissional da unidade para realização de anamneses iniciais.

Ao traçar o perfil dos usuários selecionados, foi constatado que a faixa etária varia de 47 a 88 anos, com idade média de 71 anos. Destes, 12 são residentes no Distrito Federal, e os demais na região do entorno. Com relação aos descritores raciais e educacionais desses homens, 87% dos participantes se autodeclararam negros (pretos e pardos), e 13% brancos. Apresentam baixo grau de escolaridade, pois

27% da amostra não são alfabetizados, ao mesmo tempo que 33% dos usuários possuem ensino fundamental incompleto<sup>11</sup>.

A questão racial é um determinante social em saúde, pois expõe os negros a situações de maior vulnerabilidade de adoecimento e morte. Fatores como instrução, renda, sexismo e racismo dificultam o acesso equitativo à saúde. Barreiras estruturais e desrespeito à diversidade racial e cultural por profissionais de saúde limitam ainda mais o acesso da população negra aos serviços de saúde<sup>11</sup>.

Sobre a religiosidade dos participantes, a amostra foi composta de 57% católicos, 33% evangélicos, 13% espíritas e 7% ateus<sup>11</sup>. A literatura mostra que o apoio social nas agências religiosas<sup>26</sup> e as crenças pessoais trazem alento e ajudam a superar perdas. A espiritualidade e religiosidade atuam como recursos que auxiliam pacientes a enfrentar o processo saúde-doença, bem como se constituem em elementos de proteção da saúde mental e promoção do bem-estar emocional dos indivíduos<sup>27</sup>. Esses dados sinalizam uma condição de vulnerabilidade racial, econômica e social da população entrevistada.

Durante a análise de dados, foram estabelecidas categorias e subcategorias para facilitar a apresentação dos dados de forma coerente e coesa. Ao longo de todo o itinerário terapêutico, foi evidente como as questões que envolvem o gênero e a masculinidade permeiam a busca de acesso à saúde.

Ao analisar os percursos tomados, em especial, nas ações empreendidas pelos participantes após a percepção dos sinais e sintomas da doença, nota-se uma discrepância daqueles que procuraram ajuda médica de forma imediata, seja por insistência da família ou por medo, e aqueles que atrasaram a busca de auxílio por questões referentes à masculinidade.

*Eu achava que era uma dor que ia passar, então fiquei esperando. Eu trabalhava muito. Nunca gostei muito de hospital e de médico, ainda mais com esses exames ruins que vocês mandam fazer. Por isso fiquei 5 anos até procurar o médico. (- in HAGM123).*

*Quando deu no exame alteração, eu sumi por uns dois meses, porque eu estava receoso de fazer esses exames. E como eu não sentia nada, não vi problema. Então, quer dizer que eu era forte né, sou homem. (- in JSB304).*

*Olha, eu não gosto dessas coisas não, eu sei que é saúde, mas eu não gosto. Esses exames aí que tem que fazer. (- in FSM213).*

Um primeiro ponto de reflexão está vinculado à ideia preconcebida que envolve os exames de diagnóstico do câncer de próstata. Observa-se que os participantes do estudo não mencionam explicitamente o exame de toque retal. Em vez disso, referem-se a ele de forma indireta e simbólica com adjetivos como ‘exame ruim’ e ‘aquele exame’, sugerindo as percepções de temor e que o procedimento pode repercutir negativamente em sua masculinidade.

Os relatos dos participantes confirmam a literatura, mostrando que a ideia de masculinidade como sinônimo de força e invulnerabilidade leva os homens a evitarem cuidados médicos e exames que sugiram fragilidade. Isso é evidenciado nas narrativas em que associam a resistência em buscar cuidados médicos à sua masculinidade, e, na última fala, onde expressam aversão a procedimentos invasivos, como o exame de toque retal, visto como uma ameaça à identidade masculina. Essas atitudes refletem a construção social da masculinidade e seu impacto no comportamento dos homens com relação à saúde.

Muitos agravos de saúde poderiam ser evitados se a população masculina adotasse medidas de prevenção primária à saúde. A relutância em aderir medidas preventivas e de autocuidados é comum entre os homens, o que leva a um protelamento na busca de atendimento, o que, por sua vez, permite que as condições de saúde se agravem<sup>28</sup>.

O constrangimento derivado de questões culturais, somado à escassez de informações e o temor de descobrir a doença, em razão das consequências secundária por trás, como a incontinência urinária e a disfunção sexual,

são alguns aspectos que contribuem para a não realização do diagnóstico e o tratamento precoce<sup>29</sup>. A perspectiva masculina com relação ao exame de toque retal é influenciada por concepções preconcebidas que foram moldadas socialmente e estão ligadas à ideia de masculinidade, retratando o homem como alguém viril, robusto e invulnerável. Por isso, a banalização e a recusa à realização do exame<sup>30</sup>.

O grande desafio em diagnosticar o câncer de próstata de forma precoce está relacionado a preconceitos e medos associados à masculinidade<sup>30</sup>. O estudo de Silva<sup>31</sup> analisa os itinerários terapêuticos de homens com câncer de próstata no interior da Paraíba. Destaca como a concepção de masculinidade perante o exame do toque retal é impeditivo para a busca do atendimento à saúde.

Mesmo que o toque retal seja uma medida preventiva de baixo custo<sup>31</sup>, é um exame que impacta o imaginário masculino e distancia os homens das ações de prevenção. As medidas preventivas são relacionadas à sexualidade dos homens, que as enxergam como uma ameaça à sua própria masculinidade<sup>32</sup>.

Há estudos que evidenciam como o toque retal viola a masculinidade, de forma que os homens o consideram a pior experiência que já lhes aconteceu em vida, e sugerem a necessidade de desenvolver alternativas para o exame<sup>33</sup>. O exame de toque retal é visto não só como uma penetração física e simbólica, mas também como uma violação do masculino. Essa resistência contribui para a alta taxa de incidência de câncer de próstata em estágios avançados nos centros de saúde<sup>34</sup>.

É evidente que, se não forem abordadas, essas atitudes e concepções ligadas à masculinidade continuarão a impedir a adoção de medidas de rastreamento e cuidados com a saúde masculina em geral. Os estereótipos em torno do exame de próstata desempenham um papel fundamental nos itinerários terapêuticos, com consequências significativas para os participantes da pesquisa, uma vez que o diagnóstico tardio impacta negativamente o prognóstico de saúde.

Durante a análise de dados, reconheceu-se a necessidade de apresentar os sentimentos antes e após o diagnóstico. Mais de 86% dos participantes relataram medo, tristeza e preocupação. Destacam-se as causas subjacentes: medo da morte, tristeza de enfrentar a doença novamente na família, temor de mostrar fraqueza, o receio de perder a imagem de provedor do lar e a preocupação com o bem-estar da família na sua ausência.

A relutância dos homens em buscar atendimento nos serviços de saúde ainda se origina no receio de descobrir uma doença grave, do simbolismo que envolve o câncer, como uma doença incurável, repleta de sofrimento e perdas. A população masculina associa a neoplasia maligna a uma enfermidade ligada à morte. Mesmo com progressos nos estudos que têm ampliado a expectativa de vida dos pacientes, as crenças populares persistem<sup>34</sup>.

Os homens se deparam com limitações e fragilidades, além da necessidade de cuidados, até então negligenciada e vinculada ao feminino<sup>35</sup>. O estudo de Silva<sup>31</sup> retrata os itinerários de homens com câncer de próstata e destaca o medo, temor de morte e depressão como fatores emocionais que foram desencadeados após o diagnóstico.

Há um aspecto notável nas declarações dos entrevistados que diz respeito às questões ligadas à masculinidade. Nota-se isso em diversas categorias de análise, como a de 'Reação aos Sinais e Sintomas' e a de 'Sentimentos antes e após o diagnóstico'.

Ao traçar o itinerário terapêutico, é oportuno analisar como os usuários reagem à possibilidade de ter uma doença crônica. Procuram ajuda médica imediatamente ou não? Se não, quais são os motivos subjacentes? Além disso, é essencial compreender os sentimentos gerados pela possibilidade de ter uma doença e a confirmação do diagnóstico. Entender as preocupações e emoções durante a busca de tratamento é fundamental. A seguir, serão compartilhadas as falas dos participantes sobre os sentimentos que surgem antes do diagnóstico

*Fiquei muito preocupado, tenho minha esposa e meu filho. Antes eu conseguia trabalhar pra sustentar eles, só que aí quando começou eu comecei a receber o auxílio-doença. Mas e se eu morrer, o que acontece com a minha família [?]. Eu que cuido deles, são meus responsáveis. Então eu fiquei preocupado mais com isso. (- in AFB707).*

*Eu fiquei preocupado, né? Até porque eu trabalho pra sustentar minha família, e como que eu ia parar tudo pra me tratar e ficar vivo. Isso me preocupava mais do que descobrir que eu estava com a doença ou não. (- in JJR983).*

Além das respostas emocionais geradas pela possibilidade de um diagnóstico, observa-se que os participantes da pesquisa demonstram uma preocupação mais proeminente com relação ao bem-estar de suas famílias em caso de falecimento. Isso indica que a maior apreensão não reside tanto no medo da própria morte, mas na angústia de deixar a família em situação vulnerável. Para compreender esses sentimentos, é essencial contextualizá-los historicamente, considerando as expectativas tradicionais em torno do papel do homem na estrutura de relacionamento conjugal.

Os papéis sociais são construídos socialmente, interiorizados e naturalizados. A noção tradicional de masculinidade requer do homem o dever de ser o provedor da família e assumir uma posição autoridade, enquanto a mulher é vista como cuidadora dos filhos e dona de casa<sup>35</sup>. Portanto, quando os participantes da pesquisa consideram a possibilidade de um diagnóstico de doença crônica, sua maior apreensão está relacionada a como a família ficará sem seu principal provedor. Entre os sentimentos após o diagnóstico da doença, encontram-se as seguintes falas:

*Eu fiquei com medo de morrer. Eu que sustento minha família. Ganho meu aposento e minha mulher também, mas eu que cuido de tudo. Lá na Bahia eu ainda mexia com a minha rocinha, nunca fiquei parado. (- in DFJ009).*

*Fiquei tranquilo, porque eu sou homem, tenho que ser forte. (- in JSB304).*

*Eu não fiquei surpreso, porque na minha família todo mundo já teve e morreu dessa doença. Mas eu me preocupava com a minha família. Porque eu que cuido deles. Tive que largar meu emprego. E eu nunca deixei minha mulher trabalhar, porque ela tinha que cuidar da casa. (- in HAGM123).*

*Fiquei pensando e preocupado com a minha família, pensando em como eles vão ficar sem mim. Medo de morrer e deixar eles sozinhos no mundo. Sem o sustento pra eles. (- in AFB707).*

*Fiquei preocupado com minha esposa, nossos filhos já têm a vida deles, mas ela ficaria sem o velho dela. Eu que cuido dela. Sou o homem lá de casa. (- in JMF141).*

Quando um homem recebe o diagnóstico de uma doença crônica, em especial, de câncer, ele se vê confrontado com fragilidades, necessidades de cuidados e limitações que, até então, eram, muitas vezes, negligenciadas e associadas ao papel socialmente atribuído às mulheres. Após a confirmação do diagnóstico do câncer, o indivíduo passa por um processo de mudanças e adaptações no seu cotidiano, devido à nova rotina que se estabelecerá em virtude do tratamento oncológico<sup>35</sup>.

No estudo de Silva<sup>31</sup>, evidenciou-se que, após o diagnóstico de câncer de próstata, os participantes experimentaram diversas repercussões emocionais, tais como o medo da morte, ansiedade, culpa por adiar a busca de assistência médica e uma intensa preocupação com a situação financeira da família, além do sentimento de impotência e incapacidade.

Um ponto a ser analisado diz respeito à construção da masculinidade, que é uma construção social e histórica, moldada por fatores como religião, contexto temporal, sociedade e a perspectiva individual<sup>14</sup>. A masculinidade é, frequentemente, vista como uma posição de superioridade ocupada pelos homens na

sociedade ocidental. Nessa perspectiva, os homens são percebidos como viris, invulneráveis e encarregados do sustento<sup>16</sup>.

A categoria gênero desempenha um papel na compreensão da construção social da masculinidade, pois oferece insights sobre como as relações sociais entre os sexos são moldadas<sup>14</sup>. Segundo Korin<sup>36</sup>, a ideia de adotar práticas preventivas relativas à saúde é frequentemente associada ao chamado ‘sexo frágil’, ou seja, ao feminino. Cuidar da saúde não é considerado uma prática tipicamente masculina, e os homens costumam ser menos presentes nos serviços de saúde em comparação com as mulheres<sup>37</sup>.

Muitos entrevistados expressam preocupação com o sustento da família devido à visão histórica e social do homem como provedor. O conceito de ‘responsabilidade pela família’ reflete a pressão da ideologia patriarcal, pois não cumprir esses papéis sociais ameaça sua masculinidade. Conforme Couto e Gomes<sup>38</sup>, uma das barreiras socioculturais é a concepção do homem como a figura provedora. Essa percepção está enraizada em uma construção social, na qual as responsabilidades dos homens são direcionadas para o sustento familiar, enquanto os cuidados em saúde ficam em segundo plano. Isso ocorre, pois o trabalho permite que o homem se sinta saudável por cumprir com seu papel social como provedor e chefe familiar.

O ambiente de trabalho é um espaço crucial para a construção da identidade do homem e a garantia de que este será a autoridade naquele seio familiar. É um local que transcende a dimensão financeira e econômica, pois proporciona sentimentos de confiança, autonomia e dignidade, além de promover a saúde mental e psíquica do indivíduo.

Portanto, a confirmação diagnóstica vem diante da impossibilidade do trabalho e faz com que os homens se sintam incapazes, inválidos. Os homens se reconhecem como seres produtivos, protetores e provedores, e a chegada do câncer gera sentimentos de tristeza e incapacidade<sup>34</sup>.

Embora os papéis de gênero tradicionais influenciem as preocupações dos homens sobre sustentar suas famílias, essas preocupações estão ligadas à dependência financeira delas. Para homens que são principais provedores, sua capacidade de prover não apenas sustenta o lar, mas também determina acesso a recursos essenciais. Portanto, as preocupações dos homens com câncer de próstata não são apenas construções sociais, mas reflexos de suas responsabilidades econômicas como provedores familiares. No perfil dos participantes deste estudo, 83% estão inseridos em programas da Seguridade Social, sejam aposentados, beneficiários do auxílio-doença ou de Benefício de Prestação Continuada.

O Estado se mostra insuficiente na cobertura de direitos para indivíduos com doenças graves. Além disso, há um declínio na política de assistência social, evidenciado pela suspensão de benefícios socioassistenciais para pacientes oncológicos, tanto antes como durante a pandemia. Os Centros de Referência em Assistência Social estão sobrecarregados, levando pacientes a esperar mais de um ano pela aprovação do Benefício de Prestação Continuada. A transferência monetária não resolve as desigualdades sociais de forma eficaz, exigindo uma rede de proteção social ampla e universal.

Em suma, este estudo destaca a influência crítica da masculinidade nas decisões de cuidados com a saúde. Os resultados revelaram que concepções preconcebidas relacionadas ao exame de toque retal, o estigma associado à busca de assistência médica e a pressão da responsabilidade familiar desempenharam papéis decisivos no adiamento da procura de cuidados médicos. Além disso, a relação entre trabalho e masculinidade também se destacou como um fator significativo, com o diagnóstico de uma doença crônica frequentemente percebido como uma ameaça à identidade do homem como provedor da família.

Portanto, reconhecer e abordar essas complexas dinâmicas de gênero é fundamental para promover medidas preventivas e melhorar o

acesso aos cuidados de saúde, especialmente no contexto do câncer de próstata.

## Considerações finais

Este estudo analisou a trajetória de 15 homens adultos diagnosticados com câncer de próstata, tratados no HUB entre 2019 e 2020, destacando a influência da masculinidade nas decisões de saúde. Os participantes tinham entre 47 e 88 anos, majoritariamente residentes no Distrito Federal ou no entorno, 60% autodeclarados negros e com baixa ou nenhuma escolaridade.

Este estudo de mestrado mapeou os itinerários terapêuticos de pacientes, destacando o impacto da pandemia em suas buscas de cuidados de saúde. Foram desenvolvidas categorias e subcategorias para apresentar os resultados de forma coerente. Ficou claro que questões de gênero, especialmente o conceito de masculinidade, desempenharam um papel crucial na busca de cuidados. Assim, decidiu-se compartilhar parte dos dados neste artigo.

Os dados revelaram discrepâncias notáveis entre os pacientes que buscaram atendimento médico imediatamente, muitas vezes, impedidos por preocupações familiares ou pelo medo, e aqueles que adiaram a busca de ajuda devido a questões relacionadas à sua identidade masculina.

Como limitações deste estudo, considera-se que se trata de um número pequeno de participantes, de modo que os achados do estudo não podem ser generalizados. Entretanto, valoriza-se a dimensão interpretativa e do significado atribuído pelos homens em seus percursos ao diagnóstico e tratamento oncológico, que se configuram em experiências desafiadoras decorrentes do processo de adoecimento.

A ideia preconcebida que associa o câncer de próstata diretamente ao exame de toque retal emergiu como um dos principais obstáculos à busca de cuidados preventivos. A relutância em adotar medidas de prevenção e autocuidado, influenciada por concepções enraizadas socialmente, bem como o receio de

enfrentar o diagnóstico da doença e as possíveis consequências, contribuem para a postergação da procura de assistência médica. Além disso, a noção de masculinidade influenciou diretamente a percepção do exame de toque retal, associando-o a uma ameaça à virilidade dos homens. Esse estigma e a recusa em realizar o exame repercutiram negativamente sobre a saúde dos participantes. Também foi destacada a preocupação dos participantes com o sustento de suas famílias, uma vez que a construção histórica e social dos papéis masculinos frequentemente os coloca na posição de provedores.

Em resumo, este estudo sublinha a importância de reconhecer e abordar as questões de gênero e masculinidade na busca de cuidados de saúde, particularmente, em casos de câncer de próstata. A compreensão dessas dinâmicas pode contribuir para a promoção de medidas preventivas e a busca de cuidados de saúde de forma mais eficaz. Superar os estereótipos em

torno do exame de próstata é fundamental para garantir o diagnóstico precoce e melhorar os prognósticos de saúde dos homens afetados por essa doença.

## Colaboradores

Vieira GS (0000-0002-3648-7485)\* contribuiu para elaboração do projeto de pesquisa, submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, realização da pesquisa empírica, análise de dados, bem como para a redação e revisão do manuscrito. Souza CG (0000-0001-6908-2604)\* contribuiu para orientação na elaboração do projeto de pesquisa, participou do processo de análise de dados, redação e revisão do manuscrito. Díaz Bermudéz XPC (0000-0002-3771-7684)\* contribuiu para revisão da primeira versão do projeto, análise de dados e de redação, bem como revisão do manuscrito. ■

---

## Referências

1. Ministério de Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília, DF: Ministério de Saúde; 2008.
2. Gomes R, organizador. Saúde do homem em debate. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.
3. Bravo MIS, Pelaez EJ, Menezes JSB. A Saúde nos governos Temer e Bolsonaro: Lutas e resistências. *SER\_Social*. 2020;22(46):191-209. DOI: [https://doi.org/10.26512/ser\\_social.v22i46.25630](https://doi.org/10.26512/ser_social.v22i46.25630)
4. Granemann S. Crise econômica e a Covid-19: rebatimentos na vida (e morte) da classe trabalhadora brasileira. *Trab Educ Saúde*. 2021;19:e00305137. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00305>
5. Raichelis R, Arregui CC. O trabalho no fio da navalha: nova morfologia no Serviço Social em tempos de devastação e pandemia. *Serv Soc Soc*. 2021;(140):134-152. DOI: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.242>
6. Medrado B, Lyra J, Azevedo M. “Eu não sou próstata, eu sou homem!”. Por uma política pública de saúde transformadora da ordem de gênero. In: Gomes R, organizador. *Saúde do Homem em debate*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2011. p. 39-74

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

7. Santos ROM, Abreu MM, Migowski A, et al. Decision aid for prostate cancer screening in Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2022;56:19. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003467>
8. Duarte LS, Shirassu MM, Atobe JH, et al. Continuidade da atenção às doenças crônicas no estado de São Paulo durante a pandemia de Covid-19. *Saúde debate*. 2021;45(esp2):68-81. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042021E205>
9. Vieira G. Itinerários Terapêuticos de homens com câncer de próstata do Hospital Universitário de Brasília à rede de atenção oncológica em tempos de pandemia da COVID-19 [dissertação]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2022. 198 p.
10. Teti M, Schatz E, Liebenberg L. Methods in the time of Covid-19: the vital role of qualitative inquiries. *Int J Qual Methods*. 2020;19:1-5. DOI: <https://doi.org/10.1177/1609406920920962>
11. Demétrio F, Santana ER, Pereira-Santos M. O Itinerário Terapêutico no Brasil: revisão sistemática e metassíntese a partir das concepções negativa e positiva de saúde. *Saúde debate*. 2019;43(esp7):204-221. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S716>
12. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nºs. 196/96, 303/2000 e 404/2008. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2013 jun 13; Seção I:549.
13. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2016 maio 24; Seção I:44.
14. Lemos F. A representação social da masculinidade na religiosidade contemporânea. *Rev Div Religiosa*. 2008;1(1):1-17.
15. Eccel CS, Saraiva LAS, Carrieri AP. Masculinidade, autoimagem e preconceito em representações sociais de homossexuais. *RPCA*. 2015;9(1):1-15. DOI: <https://doi.org/10.12712/rpca.v9i1.11200>
16. Bourdieu PF. A dominação masculina. *E&R*. 2017;20(2):133-184.
17. Welzer-lang D. Os homens e o masculino numa perspectiva de relações sociais de sexo. In: Schpun MR, editor. *Masculinidades*. Santa Cruz do Sul: Edunisc; 2004. p. 107-128.
18. Gomes R, Nascimento EF, Rebello LEF, et al. As arranhaduras da masculinidade: uma discussão sobre o toque retal como medida de prevenção do câncer prostático. *Ciênc saúde coletiva*. 2008;13(6):1975-84. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000600033>
19. Oliveira AMO. Não se nasce homem, nem necessariamente se torna: aproximação etnográfica a grupos de homens igualitários. *Rev Campo Saber*. 2017;3(2):11-30.
20. Pontes S. A influência da disfunção erétil na qualidade de vida de homens com câncer de próstata [dissertação]. Brasília, DF: Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Gerontologia, Universidade Católica de Brasília; 2018. 78 p.
21. Clemente KAP, Silva SV, Vieira GI, et al. Barreiras ao acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde: uma revisão de escopo. *Rev Saúde Pública*. 2022;56:64. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003893>
22. Pereira Rêgo IK, Sampaio Nery I. Acesso e adesão ao tratamento de mulheres com câncer de mama assistidas em um hospital de oncologia. *Rev Bras Cancerol*. 2013;59(3):379-390. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2013v59n3.503>

23. Moreira MA, Carvalho CN. Atenção Integral à Saúde do Homem: estratégias utilizadas por enfermeiras (os) nas Unidades de Saúde da Família do interior da Bahia. *Sal & Transf Soc.* 2016;7(3):121-132.
24. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Assistência à Saúde; Instituto Nacional de Câncer. Programa nacional de controle do câncer da próstata: documento de consenso. Rio de Janeiro: Inca; 2002
25. Chaves RGR, Carneiro AMCT, Gomes CO, et al. Perfil socioeconômico de homens em um município do Tocantins e sua percepção sobre toque retal e câncer de próstata. *Saúde [Internet].* 2016 [acesso em 2023 out 30];9(5):37-56. Disponível em: <https://www.revistasuninter.com/revistasauade/index.php/saude-Desenvolvimento/article/view/515>
26. Reinaldo AMS, Santos RLF. Religião e transtornos mentais na perspectiva de profissionais de saúde, pacientes psiquiátricos e seus familiares. *Saúde debate.* 2016;40(110):162-171. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611012>
27. Nunes MGS, Leal MCC, Marques APO, et al. Idosos longevos: avaliação da qualidade de vida no domínio da espiritualidade, da religiosidade e de crenças pessoais. *Saúde debate.* 2017;41(115):1102-1115. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711509>
28. Morethe A. Idosos com câncer de próstata: uma análise da percepção dos direitos sociais. In: *Anais do 2º Simpósio Internacional sobre Estado, Sociedade e Políticas Públicas*; 2018; Teresina. Teresina: Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, UFPI; 2018.
29. Freitas MEM, Soares T, Souza LPS, et al. Exame de toque retal: a percepção de homens quanto à sua realização. *Rev Enferm UFPI.* 2015;4(4):8-13.
30. Souza ARA, Almeida SS, Oliveira DC. Análise estatística do câncer de próstata por meio da regressão logística. *Rev Bras Biom.* 2013;31(3):441-448.
31. Silva DT. Itinerários terapêuticos para tratamento do câncer de próstata na atenção básica: estratégias de promoção na saúde do homem [dissertação]. Santos: Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde Coletiva, Universidade Católica de Santos; 2021. 105 f.
32. Belinelo RGS, Almeida SM, Oliveira PP, et al. Exames de rastreamento para o câncer de próstata: vivência de homens. *Esc Anna Nery.* 2014;18(4):697-704. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140099>
33. Carroll PR, Vickers AJ. Point/counterpoint: early detection of prostate cancer: do the benefits outweigh the consequences? *J Natl Compr Can. Netw.* 2014;12(supl5):768-771. DOI: <https://doi.org/10.6004/jnccn.2014.0186>
34. Aquino VV, Zago MMF. The meaning of religious beliefs for a group of cancer patients during rehabilitation. *Rev Lat-Am. Enfermagem.* 2007;15(1):42-47. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000100007>
35. Modena CM, Martins AM, Gazzinelli AP, et al. Câncer e masculinidades: sentidos atribuídos ao adoecimento e ao tratamento oncológico. *Temas em Psicologia.* 2014;22(1):67-78. DOI: <https://doi.org/10.9788/TP2014.1-06>
36. Korin D. Novas perspectivas de gênero em saúde. *Adolesc Lat-am.* 2001;2(2):67-79.
37. Courtenay WH. Construction of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med.* 2000;50(10):1385-1401. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(99\)00390-1](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(99)00390-1)
38. Couto MT, Gomes R. Men, health and public policies: gender equality in question. *Ciênc saúde coletiva.* 2012;17(10):2569-2578. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001000002>

---

Recebido em 19/11/2023

Aprovado em 10/06/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

**Editora responsável:** Ingrid D'avilla Freire Pereira

## Um corpo governável, um corpo cidadão: os sujeitos do discurso oficial brasileiro sobre saúde LGBT

*A governable body, a citizen body: the subjects of Brazilian official discourse on LGBT health*

José Arnaldo Moreira de Carvalho Júnior<sup>1</sup>, Andréa Costa da Silva<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/2358-289820241429102P

**RESUMO** Este artigo, orientado pelo referencial teórico foucaultiano, tem por objetivo analisar quais sujeitos emergem nos enunciados que compõem o texto oficial da Política Nacional de Saúde LGBT brasileira. Enxerga tal política pública de saúde como um artefato pedagógico incrementado pelo dispositivo da sexualidade, objetivando formas de vida e orientando o sujeito a dinamizar uma pedagogia de constituição de si com a finalidade de se fazer visível – tornar-se sujeito de direitos – frente às normas pautadas pelo Estado para controle de corpos-sexualidades. Reafirmamos que essa política de saúde é uma conquista oriunda de lutas pró-democráticas travadas pela comunidade LGBT ao longo de 40 anos, dentre outros movimentos. Todavia, podemos observar uma matriz biopolítica que a perpassa, elencando quais corpos devem ser assistidos pelo Estado; muitos deles indecifráveis e que escapam, pois suas performances na sociedade e as denominações às quais adotam para si não correspondem às regras de captura identitária nela postuladas.

**PALAVRAS-CHAVE** Sexualidade. Políticas de saúde. Minorias sexuais e de gênero.

**ABSTRACT** *This article, guided by the Foucauldian theoretical framework, aims to analyze which subjects emerge in the statements that make up the official text of the Brazilian National LGBT Health Policy, seeing such public health policy as a pedagogical artifact enhanced by the device of sexuality: aiming at forms of life, guiding the subject to stimulate a pedagogy of self-constitution with the purpose of making themselves visible – becoming a subject of rights – in the face of the norms set by the State for controlling bodies-sexualities. Finally, we reaffirm that this health policy is an achievement arising from pro-democratic struggles waged by the LGBT community over 40 years, among other movements. However, we can observe a biopolitical matrix that permeates it, listing which bodies should be assisted by the State; many of these are indecipherable and escape, because their performances in society and the names they adopt for themselves do not correspond to the rules of identity capture postulated in it.*

**KEYWORDS** *Sexuality. Health policy. Sexual and gender minorities.*

<sup>1</sup> Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
amaldojrmoreira@gmail.com



## Proposições iniciais

Convencionalmente, compreendemos políticas públicas como ações implementadas pelo Estado visando a demandas específicas apresentadas por determinado conjunto de pessoas, parte de uma população governada. Somada a essa compreensão, as políticas públicas podem ser encaradas como um planejamento de ações exequíveis que objetivam a produção de resultados, implicando em ganhos socioeconômicos para a sociedade ao corresponder aos anseios de determinada coletividade<sup>1</sup>.

Racionalizá-las como resposta aos anseios concebidos no interior dos movimentos sociais encaminha-nos a compreendê-las como produto de um Estado democrático que, conforme Feres Júnior et al.<sup>2</sup>, objetiva por meio de ações afirmativas garantir direitos a grupos que historicamente são realocados à margem da sociedade, viabilizando a eles o acesso equitativo à educação, à saúde e ao reconhecimento do seu aparato histórico-cultural.

Conceitos teóricos de biopoder, governamentalidade e dispositivo, discutidos mais adiante neste artigo – observados pela perspectiva filosófica de Michel Foucault –, ajudam-nos a entender como as políticas públicas podem ser pensadas como formas de gerir a população, conduzindo suas condutas, operacionalizando uma complexa produção de sujeitos ao inscrever em seus corpos normas que os fazem reconhecíveis pelo e para o Estado.

Este artigo tem como objetivo analisar quais sujeitos emergem dos conjuntos de enunciados que compõem o texto da Política Nacional de Saúde LGBT brasileira<sup>3</sup>, compreendendo as formas de existência pautadas como vivíveis por essa política pública por meio das características identitárias por ela apresentadas. Com uma análise de discurso orientada pelo referencial teórico foucaultiano, enxergamos tal política pública de saúde como um artefato pedagógico no desdobramento do dispositivo da sexualidade: objetivando formas de vida, orientando o sujeito a dinamizar uma pedagogia de constituição de si com a finalidade de

fazer-se visível – sujeito de direitos – frente às normas pautadas pelo Estado para controle dos corpos por meio de suas sexualidades.

Na política em questão, a ação pedagógica surge materializada como documento oficial do Estado brasileiro, reafirmando o compromisso com o Sistema Único de Saúde (SUS) no que tange aos seus princípios doutrinários e constitucionais: universalidade, integralidade e equidade. A Política Nacional de Saúde Integral para Lésbicas, Gays, Bissesuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT) apresenta-se, assim, como importante ferramenta para redução das vulnerabilidades sociais que atravessam historicamente essas identidades.

Iniciamos discorrendo brevemente sobre a história do Movimento LGBT brasileiro que, há mais de quatro décadas, põe-se constantemente em luta, buscando ações democráticas por parte do Estado consubstanciadas em políticas públicas. Em seguida, apresentamos o percurso teórico-metodológico e, por fim, a análise de discurso supracitada.

## Alguns apontamentos sobre a história do Movimento LGBT brasileiro e a construção de políticas públicas identitárias: corpos governáveis?

Quando se visa discorrer sobre uma perspectiva histórica do Movimento LGBT brasileiro, recorre-se à Stonewall Inn: memorável bar norte-americano localizado em New York City, que, em 1969, foi cenário do primeiro movimento contra a forma austera e violenta com que a polícia e as autoridades locais tratavam a comunidade LGBT da época, percebida como desviante das normas sociais e nociva à sociedade. Para Trindade<sup>4</sup> e Pepló<sup>5</sup>, esse movimento repercutiu mundialmente e influenciou diversos ativistas brasileiros que, na década de 1970, em contato com o *gay power* durante suas viagens aos E.U.A., trouxeram questões

incorporadas por militantes brasileiros que aqui vivenciavam um contexto político ditatorial civil-militar financiado pelo governo norte-americano em conluio com elites locais. Era uma realidade comum em diversos países da América Latina, entre 1960 e meados 1980, e que na época reforçava um pensamento do Brasil como terreno impropício para formação de um movimento político LGBT.

Para Trindade<sup>4</sup>, o ativismo LGBT latino-americano desponta em novembro de 1969, com a primeira tentativa de organização homossexual na Argentina, denominada de ‘Nuestro Mundo’: grupo cuja “[...] atividade consistia em bombardear a imprensa com boletins mimeografados promovendo a liberação gay”<sup>6(25)</sup>. Segundo Green<sup>6</sup>, os membros fundadores do Grupo ‘Nuestro Mundo’ não tiveram informações mais exatas a respeito do movimento de ‘Stonewall Inn’ em New York City, recebendo, assim, pouca influência do Movimento em sua conformação inicial. O autor ressalta que o Movimento LGBT argentino (FLHA) serviu como principal modelo de lutas em direitos sexuais, e que se dilatou por diversos países da América Latina, dentre eles o Brasil, por meio da criação do grupo ‘Somos’ em 1978.

Conforme Green<sup>7</sup> e Macrae<sup>8</sup>, o grupo ‘Somos’ nasce em São Paulo em 1978. O pioneirismo do grupo ‘Somos’ na luta por direitos sexuais impeliu a criação de diversos outros coletivos no Brasil, agregando também lésbicas, bissexuais, travestis, transexuais, principalmente no período pós-ditatorial democrático que se inicia em 1985, robustecendo o Movimento. A epidemia HIV/aids nessa mesma década, dizimando incontáveis homossexuais, levou à uma aproximação do governo federal a grupos identitários sexuais existentes, redirecionando, assim, a luta do Movimento, principalmente para a sobrevivência da comunidade frente ao HIV.

Criado em 1988, o Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids se mostrava um produto positivo da aproximação entre o Estado e o Movimento LGBT, embora,

como afirmam Monteiro e Vilela<sup>9</sup>, a relação entre esse programa e os coletivos identitários sexuais fosse tensa devido ao seu caráter centralizador. Assiste-se, a partir disso, ao nascer de uma ‘parceria’ – para Sierra<sup>10(52)</sup>, o termo “parceria” melhor define o tipo de relação que se dá entre o Estado e o Movimento na conjuntura brasileira.

O autor esclarece que tal termo significa uma união, nesse caso, que visa principalmente ao gerenciamento de riscos e não somente a ações para garantir um determinado objetivo – onde os dois lados iniciariam, no Brasil, um longo processo de fomento de políticas públicas para a diversidade sexual, percorrendo distintos momentos históricos e políticos que influenciariam as ações de controle das condutas dos corpos LGBT e balizariam seus direitos. Tal aspecto foi bastante observado no início dos anos 2000 em diversas Conferências Nacionais de Direitos Humanos, com importante participação de representantes, principalmente, da Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersexos (ABGLT – sigla que retoma seu nome de fundação em 1995: Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e Travestis).

Em 2002, foi criado o Programa Nacional de Direitos Humanos II, que, distintamente do primeiro programa, versava explicitamente sobre a garantia à igualdade de direitos para a comunidade LGBT<sup>3</sup>. Todavia, a consolidação da parceria entre Movimento LGBT e Estado, como explicita Sierra<sup>10</sup>, ocorre com a criação, em 2004, do Programa Brasil Sem Homofobia (BSH), que serviu como importante estopim para reflexões e fomento de políticas LGBT, principalmente nas áreas de educação, segurança pública e saúde.

A incorporação do processo transgenitalizador às mulheres transexuais ao SUS (Portaria nº 1707), ainda no ano de 2008, e sua ampliação a travestis e homens transexuais (Portaria nº 2803) em 2013, foi outra grande conquista importante frente ao Estado oriunda das reivindicações orquestradas coletivamente por esses sujeitos que historicamente sempre se

mostraram ativos dentro do Movimento LGBT. Em 2004, cria-se o Comitê Técnico de Saúde da População LGBT por meio da Portaria nº 2.227 do Ministério da Saúde, que elaborou o texto base da PNSILGBT aprovado no ano de 2009<sup>3</sup>.

Percebe-se que a saúde, como bem explicita Aguião<sup>11</sup>, foi o eixo interlocutor entre o Movimento LGBT e o Estado, sedimentando a parceria dessas duas entidades. Todavia, essa parceria exigiu do Movimento LGBT, desde a década de 1990, um desprendimento do seu caráter revolucionário e transformador, cedendo lugar à preocupação de afirmar uma imagem pública de legitimidade da homossexualidade a fim de desassociar o caráter negativo da epidemia às condutas homoeróticas.

Em 1992, o governo brasileiro firmou acordo com o Banco Mundial (BM) para o desenvolvimento do AIDS I – Projeto de Controle da AIDS –, momento onde se contemplou a multiplicação de investimentos em ações por parte do BM para prevenção do HIV/aids e de assistência a seus portadores, em sua grande maioria, homens homossexuais. Entretanto, demandava-se por parte do Movimento LGBT um enquadramento em identidades, uma vez que os financiamentos exigiam a definição de um público-alvo bem delimitado, corroborando a definição de ‘homossexuais’ como uma ‘população’ específica para a incidência de políticas.

Para Foucault<sup>12</sup>, tornar-se população significa fazer-se apto a ser governado pelo Estado, que, por sua vez, busca a gerência da vida em todos seus aspectos, cerceando biopoliticamente todos os territórios onde seu desdobramento é possível. Nesse sentido, percebe-se que a parceria entre o Movimento LGBT e o Estado, ao passo que tornava viável o fomento de políticas públicas que correspondessem às demandas sociais dessas identidades, delineou, por meio disso, uma constante produção de corpos e de vidas ajustados a processos estatais de normalização que impõe ao sujeito, parte da ‘população LGBT’, modelos de vida que asseguram sua permanência na esfera da seguridade social.

Baseando-se em Foucault<sup>12</sup>, o ‘biopoder’, por meio de um agregado de biopolíticas, almeja a governança das populações, instituindo rituais de verdades que se inscrevem discursivamente em corpos e em modos de existência coletivos. Como poder que atravessa a vida, o biopoder visa à apropriação por parte do Estado de processos biológicos que vão além da simples quantificação do nascer e do morrer populacional; melhor descrevendo, “[...] pela primeira vez na história, sem dúvida, o biológico reflete-se no político”<sup>12(134)</sup>.

Foucault<sup>13</sup> também nos aponta que o nascimento da biopolítica dá-se com o advento da medicina social durante a ascensão do capitalismo que clamava por um aparato tecnológico do corpo social. Para o autor, no final do século XVI e início do século XVII, é possível contemplar uma preocupação com a saúde da população: o poder disciplinar, voltado antes para o corpo individual, maximiza seu espectro transformando-se em uma biopolítica da população, tendo a sexualidade como elo entre esses dois regimes do sujeito e coletividade. Como afirma Gadelha<sup>14(80)</sup>, ao refletir sobre essa transformação na forma de gestão da vida apresentada por Foucault:

[...] a sexualidade serve a outro propósito, não menos importante, que é o de funcionar como dobradiça (charneira, ponto de ligação) entre o controle exercido sobre os corpos-subjetividades dos indivíduos e o controle exercido sobre o corpo-espécie da população [...].

No que tange ao estudo da ‘governamentalidade’, segundo Gallo<sup>15</sup>, Foucault estabelece uma conexão entre a anterior noção de ‘biopolítica’ e o conceito de ‘cuidado de si’ – presente em suas obras datadas da década de 1980 até sua morte. Dessa forma, o filósofo põe em discussão não somente o sujeito governado por outrem, mas também as formas que esse sujeito, ao ser objetivado, pode tomar para si a tarefa de conduzir a si próprio, autogovernando-se.

Para Gallo<sup>16</sup>, as duas décadas de ditadura militar pelas quais o Brasil atravessou fazem-nos pensar na operacionalização de uma ‘governamentalidade democrática’, que ascende quando ares democráticos se fazem presentes no Estado após tal regime de exceção. Para o autor, articular democracia à governamentalidade poderia tornar-se redundante, embora faça todo sentido no contexto brasileiro. Em 2013, Gallo<sup>17</sup> reforça o conceito de ‘governamentalidade democrática’ como ações que pressupõem, face ao Estado, uma sociedade civil organizada e que toma a materialidade da liberdade como uma peça fundamental para o funcionamento da maquinaria social.

Assim, o conceito de ‘governamentalidade democrática’ nos auxilia a pensar sobre quais sexualidades são visíveis ao Estado, quais sujeitos podem ser contemplados dentro da ordem da produção de cidadãos e, principalmente, quais formas de produção de si – pedagogia de si – são conduzidas pelos biopoderes que delinham o Estado contemporâneo. O conceito nos ajuda a indagar sobre ‘corpos-outros’, ou ‘existências-outras’, possíveis de resistir e existir fora da roteirização identitária advinda do Estado.

## Percurso teórico-metodológico e análise discursiva em Michel Foucault

Em face disso, empreendemos uma análise dos enunciados apresentados no documento oficial da PNSILGBT brasileira, a fim de corresponder ao objetivo proposto neste trabalho.

Considerando que discurso é, para Foucault<sup>18(90)</sup> “[...] um número limitado de enunciados para os quais podemos definir um conjunto de condições de existência”, que, ao se inscrever em corpos, em um potente processo de produção de sujeitos, ordena pedagogicamente modos de vida, compreendemos que a análise da política de saúde que apresentamos é pertinente, pois o discurso por

ela e nela apresentado tem em si um profundo valor pedagógico, visto que se coloca como necessário de ser apreendido pelo sujeito para condução de práticas de elaboração de si ao ser por ele objetivado.

Por meio da Portaria nº 2.227 do Ministério da Saúde<sup>3</sup>, materializa-se o texto base da PNSILGBT aprovado no ano de 2009 para balizar as ações e práticas nas esferas da Saúde e Educação em Saúde, visando ao atendimento e acolhimento dos sujeitos visibilizados por ela, como discutimos no item anterior. A política surge como um artefato pedagógico – a etimologia da palavra é latina: *arte factus* (feito com arte) e designa um objeto ou um artigo confeccionado para uma finalidade específica –, uma peça que tem em si uma dada finalidade. Recorremos ao sentido etimológico da palavra para contextualizá-la no pensamento de Michel Foucault<sup>19(244)</sup> sobre “dispositivo” como operador material do poder:

[...] um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo.

Assim, uma política pública – como peça que compõe um dispositivo – comunica valores e discursos de verdade. No contexto desta pesquisa, esse artefato anuncia quais corpos são visíveis e, principalmente, quais atributos devem aprender e empreender em si próprios com vistas a serem contemplados pelo Estado como sujeitos de direitos. O ‘dispositivo da sexualidade’, como denomina Foucault<sup>12</sup>, é um importante articulador, pois, muito mais que um conceito operatório, a noção de dispositivo permite a articulação entre campos como saúde e educação, dimensões em que a discussão sobre a sexualidade pode surgir.

Ou seja, ao ‘dispositivo’ está interligada à demanda de vários setores, e, ao analisá-lo com César<sup>20(25)</sup>, devemos pensar que:

[...] sempre que discursos e práticas são analisados é importante ressaltar que aquilo que está em jogo é a produção de uma subjetividade pré-determinada pelas redes de poder.

Tomando essa perspectiva, observamos os enunciados a seguir, na possibilidade de oferecer com eles um feixe significativo de discursos que se encontram imbricados com o 'dispositivo da sexualidade'.

## **Biopolítica e biopoder no discurso oficial brasileiro sobre saúde LGBT: 'cárceres identitários' e 'corpos objetivados'**

Compreende-se que as políticas públicas capilarizam biopoderes de controle contínuo e permanente da população por meio de tecnologias de poder que objetivam o sujeito e fomentam subjetivações. Entendemos os 'cárceres identitários' com base nas proposições de Michel Foucault<sup>21</sup> sobre identidade, designando a forma unívoca com que as subjetividades sexuais são apresentadas pela política pública de saúde LGBT brasileira. Assim, a cristalização desses sujeitos em identidades reconhecíveis pelo Estado é uma forma de encarceramento da vida que busca sua normalização, sua objetivação e seu assujeitamento. Assim como em Jardim Motta<sup>22(60)</sup>, evidencia:

[...] os múltiplos corpos diferentes que rompem a estabilidade binária identidade/ diferença acabam por construir o que vou denominar visibilidades invisíveis, ou seja, na medida que corpos avançam no limite histórico que delimita a fronteira da transgressão, tornam outros corpos transgressores menos visíveis

No que tange à criação de Políticas Públicas de saúde, ressalta-se que SUS é o seu principal veículo democrático de estruturação e implementação. A criação do SUS na década

de 1990, obedecendo à Constituição Federal de 1988<sup>23</sup> e regulamentada por meio das Leis Orgânicas nº 8.080/90 e nº 8.142/90, assegurou a possibilidade de criação de outras políticas públicas em saúde fundamentadas em seus princípios doutrinários: universalidade, integralidade e equidade.

Com texto aprovado em 2009 e publicada por meio da Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, nasce a PNSILGBT, que tem como objetivo principal:

Promover a saúde integral de lésbicas, *gays*, bissexuais, travestis e transexuais, eliminando a discriminação e preconceito institucional, bem como contribuindo para a redução das desigualdades e a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo<sup>3(18)</sup>.

Tal política incorpora em seu texto as principais necessidades em saúde desses sujeitos, outrora transformados em população LGBT. Impregnada pela linguagem técnico-biomédica, ela busca orientar instituições e profissionais a reconhecerem o sujeito alvo das ações assistenciais. O documento é composto por seções de apresentação e introdução que descrevem sua importância e seu delineamento conforme a Constituição Federal, seguidas de outras seções que, resumidamente, versam sobre o histórico de lutas do Movimento LGBT no Brasil. A fundamentação legal, os objetivos gerais e específicos, as diretrizes e responsabilidades também compõem o documento oficial dessa política, respaldando-o como marco legal para viabilização de ações em saúde para a comunidade LGBT<sup>3</sup>.

Todavia, lançando um olhar analítico sobre como os sujeitos LGBT são apresentados nesse documento, identificamos na PNSILGBT mecanismos de 'objetivação' imbuídos por uma biopolítica por parte do Estado, que, como já afirmamos neste trabalho, prescreve formas de vida e tipos de corpos que induzem, e legitimam, um exercício pedagógico de produção de si.

Entende-se por 'objetivação' um processo de normalização dos corpos que especifica

características consideradas inerentes ao sujeito, classificando-o, nomeando-o, rotulando-o e visibilizando-o socialmente conforme os poderes hegemônicos vigentes e que não levam em consideração sua construção histórica ou tempo presente e sua relação com o passado, induzindo processos de subjetivação – de produção de si<sup>21</sup>.

Na seção intitulada “Orientação sexual e identidade de gênero na determinação social de saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT)”<sup>3(13)</sup>, onde estão explicitados dados que justificam os objetivos da PNSILGBT, observam-se enunciados que prescrevem quais identidades a política contempla e também as formas de identificação dessas subjetividades numa configuração médico-patológica

Casos de lesbofobia, gayfobia, bifobia e transfobia, devem ser considerados na determinação social de sofrimento e de doença<sup>3(13)</sup>.

Com relação ao exame preventivo de câncer cérvico uterino [...] entre lésbicas e mulheres bissexuais a cobertura cai<sup>3(14)</sup>.

A prostituição para a travesti significa não apenas sua sobrevivência financeira [...] é na rua que as travestis exercitam o feminino [...] mas é também o espaço de consumo em geral, inclusive drogas, silicone industrial, hormônios e outros medicamentos. A rua e a prostituição acarretam também maiores riscos de contrair Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids<sup>3(14)</sup>.

Outro grave problema para a saúde de transexuais e travestis é o uso indiscriminado e sem orientação de hormônios femininos [...] ocorrência de acidente vascular cerebral, flebites, infarto do miocárdio<sup>3(15)</sup>.

[...] transexuais masculinos demandam acesso aos procedimentos de mastectomia e de histerectomia<sup>3(15)</sup>.

[...] maior vulnerabilidade ao vírus HIV para gays e bissexuais masculinos<sup>3(16)</sup>.

Contemplam-se nos enunciados destacados, identidades que se conformam, apenas, à sigla LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Isso indica a necessidade de reflexões sobre a existência de subjetividades não visibilizadas nesse conjunto de letras e que extrapolam o escrito – o dito – no documento oficial. Além disso, a maior parte das demandas em saúde demarcadas no texto acima limitam-se apenas a atributos delineados pelo discurso biomédico, cujo limite é o corpo, e suas previsíveis modificações fisiológicas frente a um estado de doença – principalmente de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs). Por mais que, anterior à promulgação da PNSILGBT, o processo transgenitalizador já fosse uma conquista frente ao Estado de travestis, de mulheres e de homens transexuais que não orbitava discursivamente ao redor da noção de doença, mas em torno, principalmente do acesso e do acolhimento desses sujeitos ao serviço de saúde, como definem as Portarias nº 1707/2008 e nº 2803/2013 descritas também na PNSILGBT<sup>3</sup>.

Embasados em Foucault<sup>21(144)</sup>, ao afirmar que “[...] o corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica”, compreendemos que o Estado garante, ao fixar prescritivamente tais identidades nessa política, bem como suas possíveis necessidades em saúde, que esses corpos se subjetivem como corpo social para que se tornem governáveis: ser lésbica, gay, bissexual, travesti ou transexual com tais comorbidades é garantia de acesso à saúde.

Se, nesse contexto, ser ‘corpo governável’ é ser ‘corpo cidadão’, pensando juntamente com Gallo<sup>15</sup>, considera-se que todo aquele não cooptado pela ‘governamentalidade democrática’ é irreconhecível ao Estado por não possuir em si os atributos identitários necessários para tornar-se cidadão, seja por pela falta de habilidade em tê-los ou pela recusa em possuí-los.

Por meio dos enunciados citados, percebem-se ‘cárceres identitários’ que cristalizam papéis de sujeitos, como atores sociais, marcados principalmente por um discurso

biomédico que dita quem são, como estão e como devem ser, baseado em padrões previamente estabelecidos que não consideram os matizes próprios da vida e da existência humana.

No que tange, por exemplo, à visibilidade de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, a PNSILGBT recomenda a promoção de iniciativas voltadas à redução de riscos em saúde, que são<sup>3(20-21)</sup>:

VII - [...]problemas decorrentes do uso prolongado de hormônios femininos e masculinos para travestis e transexuais;

VIII- [...] ao uso excessivo de medicamentos, drogas e fármacos, especialmente para travestis e transexuais;

[...]

XII -[...] casos de cânceres ginecológicos (cérvico uterino e de mamas) entre lésbicas e mulheres bissexuais;

Compreendemos que toda política pública é tecida de acordo com as demandas contingenciais de coletividades. Por assim ser, a PNSILGBT foi criada para corresponder aos anseios de múltiplos movimentos que compunham o Movimento LGBT presente na abertura dos anos 2010. Todavia, por meio de uma leitura mais contemporânea dessa política pública, após uma década de sua criação, percebemos que nos enunciados supracitados há limitações descritivas não somente no que concerne às identidades contempladas pela política, mas também na descrição dos riscos em saúde: mulheres lésbicas e bissexuais são alocadas no grupo de riscos em saúde sexual e reprodutiva; homens gays ou bissexuais, travestis e transexuais com demandas em saúde restritas a problemas com uso de hormônios, de drogas e ao processo transexualizador.

Existem, em diversas partes do documento, alguns imperativos que reforçam a promoção de uma assistência em saúde livre de preconceitos e discriminação. Essas descrições anátomo-fisiológicas limitantes, mesmo que parciais, encarceram diversas subjetividades

cujas sexualidades são dissidentes e pouco conduzem à reflexão sobre ações que correspondam às iniquidades sociais enfrentadas por esses sujeitos.

O contexto histórico e político de criação da PNSILGBT eclode na urgência de uma política de saúde sexual e identitária: as oportunidades oferecidas pelo Estado, por meio do governo da época, de participação do Movimento LGBT no planejamento e na implementação de ações estatais não tiveram precedentes na história da democracia brasileira. Exigia-se, assim, agilidade no trabalho de construção de ações políticas, oficializando pragmaticamente em documentos a maior parte das demandas em saúde apresentadas pelas coletividades identitárias sexuais existentes.

Todavia, as múltiplas violências simbólicas sofridas por esses sujeitos na sociedade, que empurram muitos corpos, principalmente travestis e transexuais, para a prostituição, que retiram da mulher o direito ao aborto, conduzindo-a à produção de uma existência pautada pela maternidade compulsória, são exemplos de alguns problemas parcialmente contemplados pela PNSILGBT e que há anos fazem parte da agenda de debates realizados em inúmeros coletivos identitários sexuais quando o assunto é saúde.

Além disso, podemos observar uma matriz biopolítica que perpassa a política em questão e que elenca quais corpos devem ou não ser assistidos pelo Estado; muitos desses ora estranhos ora indecifráveis ora impossíveis de ser classificados no que postula a política de saúde LGBT brasileira. São corpos que escapam, pois suas performances na sociedade e as denominações às quais adotam para si e para seus pares não correspondem às regras de captura e encarceramento identitário postulados pela PNSILGBT.

Para a conquista de uma vida considerada vivível pelo Estado, ‘pansexuais’, ‘intersexuais’, ‘queers’, ‘sapatões’, ‘pocs’, ‘viades’, ‘barbies’, ‘ativos’, ‘passivos’, ‘monas’, ‘cafuçus’, pessoas não-binárias e tantas outras pluralidades de sujeitos encarceram-se na visualidade

minimizadora da sigla LGBT. Tais expressões são de uso rotineiro da comunidade LGBT brasileira para reconhecimento de si e de seus pares. Cada um desses termos carrega conjuntos de significados imbricados a performances corporais e sexuais ou ligados a formas diversas de prazeres e desejos. A maior parte foi cunhada pejorativamente como forma de agressão verbal homofóbica, mas resignificadas pelos sujeitos, sendo atualmente utilizadas por diversos coletivos identitários sexuais.

Ressaltamos nossa compreensão de que as subjetividades sexuais vivenciam deslocamentos contínuos e impossíveis de serem encapsulados em condições de saúde previamente estabelecidas ou em quaisquer outros documentos prescritivos. Além disso, como nos diz Aguião<sup>11</sup> ao postular que um alfabeto inteiro não conseguiria abarcar a fluidez sexual e de gênero de sujeito algum, o documento oficial dessa política de saúde não discute a existência de vidas que não estão visíveis na sigla LGBT. Tais fatos levam-nos a refletir que tais identidades prescritas na PNSILGBT precisam ser repensadas segundo as possíveis posições de sujeitos nas quais a vida possui potência de desdobramento.

Outra pergunta que podemos levantar é: após uma década da existência dessa política em saúde, tais demandas em saúde são válidas em sua totalidade ainda hoje? Acreditamos que é de direito do sujeito LGBT ser contemplado por ações que, por intermédio do SUS, correspondam satisfatoriamente a essas necessidades. Porém, quando analisadas por uma perspectiva foucaultiana, essas demandas em saúde roteirizadas na PNSILGBT podem ser compreendidas como enunciados que apresentam condições de existência unívocas, marcadas por um recorte temporal que objetivam o sujeito roteirizando identidades.

Outras características observáveis nos enunciados dessa política são (1) a forte presença do binarismo, que considera apenas a fronteira ‘homem-mulher’, ‘masculino-feminino’ como território de produção de corpos. É sabido que os binarismos ainda são fronteiras que limitam

muitas práticas discursivas sobre sexualidade e gênero, que designam, assim, performances sociais sobre o que é ‘ser mulher’, sobre o que é ‘ser homem’, sobre o que é masculino e sobre o que é feminino; tudo que escapa a essas fronteiras – que tem por finalidade maior a normalização de corpos – é considerado abjeto e vida descartável não passível de luto, como afirmam Duque<sup>24</sup> e Butler<sup>25</sup>. (2) Talvez, demais subjetividades relatadas anteriormente no presente trabalho sejam invisibilizadas pela ausência de uma racionalidade que interseccione raça ou cor, classe social e etnia na PNSILGBT, pensamento muito em voga na década atual.

Corpos cujas essas normas não estão totalmente ou estão apenas parcialmente inscritas são tidos como não reconhecíveis; no processo de pensamento binário que produz a linearidade ‘corpo-desejo-sexualidade-gênero’ e que corresponde a uma heterossexualidade compulsória dos sujeitos, o irreconhecível é abominável, pois desvia-se das verdades já instauradas como não passíveis de crítica e de questionamentos. Falamos, aqui, principalmente, dos corpos ‘trans’ – travesti e transexual, que transitam –, que, pela impossibilidade ou desejo de não quererem passar por mulher ou homem, são posicionados no território da anormalidade e, conseqüentemente, do rejeitável e passível de intervenção médica. Desse modo, essa política pode ser analisada, também, como uma válvula do que chamamos ‘encarcerização identitária’, onde o sujeito é objetivado em um discurso cujos enunciados não abrem margem para refletir sobre outras vivências sexuais e outros corpos menos passíveis de governança.

Contudo, é necessário remeter à memória que a PNSILGBT, ao apresentar seus objetivos específicos, suas diretrizes, suas responsabilidades e suas atribuições em várias esferas da saúde, é endereçada a gestores e profissionais de diversos campos do conhecimento para o cumprimento de seu ‘Plano Operativo’ composto por estratégias que visam “[...] o enfrentamento das iniquidades e desigualdades em

saúde<sup>3(27)</sup>”, que vulnerabilizam a população LGBT com base nas características identitárias postuladas pela PNSILGBT. Isso reforça sua concepção enquanto artefato pedagógico que pode ser utilizado para formação profissional em territórios onde as ações em saúde são implementadas; de forma clara, o documento oficial da PNSILGBT explicita em sua lista de responsabilidades e atribuições:

XII - incluir conteúdos relacionados à saúde da população LGBT, com recortes étnico-racial e territorial, no material didático usado nos processos de educação permanente para trabalhadores de saúde;

XIII - promover ações e práticas educativas em saúde nos serviços do SUS, com ênfase na promoção da saúde mental, orientação sexual e identidade de gênero, recortes étnico-racial e territorial;

XIV - fomentar a realização de estudos e pesquisas voltados para a população LGBT, incluindo recortes étnico-racial e territorial;

[...] <sup>3(21-22)</sup>.

Tal endereçamento nos ajuda a entender sua textualidade densamente marcada por um vocabulário próprio da área da saúde que cumpre o rigor técnico-científico das ciências biomédicas. É comum nesse documento o entrelaçamento de características identitárias a protocolos clínicos com o objetivo de compor enunciados. Mesmo não sendo o objetivo deste artigo, não se pôde deixar de observar ser esse outro atributo que reforça o teor pedagógico da PNSILGBT: a condução de profissionais – principalmente da saúde, da educação e da gestão pública – a reconhecerem quais sujeitos são alvos dessa política pública, predeterminando suas necessidades em saúde por meio da apreensão identitária.

Para Sierra e César<sup>26</sup>, o grande produto não-material oriundo da parceria entre movimento LGBT e Estado é o constante desejo de viabilidade moral-econômica que essa causa em diversas subjetividades, conduzindo-as ao enquadramento identitário estatal. Para

os autores, a noção contemporânea de diversidade sexual, fomentada acentuadamente pelo e para o Estado, “[...] congela o sujeito numa identidade reconhecível, num corpo traduzível, selando outras potencialidades de vida que o próprio movimento LGBT poderia experimentar”<sup>26(39)</sup>.

Diante disso, coadunamos com Jorge Larossa<sup>27</sup> quando afirma que as relações que o indivíduo pode elaborar consigo mesmo são tão pedagógicas quanto aquelas vivenciadas em uma sala de aula, haja vista que ambas são produtoras de sujeitos e perpassadas por múltiplos saberes. A política em saúde aqui analisada torna-se, assim – e como já afirmado anteriormente –, um artefato pedagógico de produção de corpos que subjetivam suas normas identitárias com a finalidade de alcançar os direitos estatais nela estabelecidos.

## Considerações finais

Mesmo considerando que a PNSILGBT não seja capaz de abarcar, por meio de seus enunciados, a fluidez advinda das múltiplas subjetividades sexuais na contemporaneidade, isso não a invalida como política pública. Assim, reafirmamos que sua implementação em 2013 pelo governo federal por meio do Ministério da Saúde é um marco para valoração da equidade no SUS, visando à redução das iniquidades sociais, à garantia da cidadania e dos direitos humanos básicos.

Discorrer sobre a existência de subjetividades não anunciadas nessa política de saúde nos permite refletir sobre quais práticas pedagógicas de elaboração de si são operacionalizadas pelos corpos que não se permitem normalizar ou se objetivar. Contemplamos, assim, a existência de uma pedagogia da resistência que é exercida no interior de diversos coletivos identitários sexuais brasileiros, produzindo, assim, corpos cada vez mais dissidentes à governamentalidade democrática aqui explicitada e que ressignificam no seu cotidiano o

conceito de saúde e bem-estar social. Todavia, fora desse lócus de ebulição de subjetividades, percebe-se que esse corpo que escapa, forjado em meio à resistência, necessita encapsular-se na noção identitária e reducionista do Estado para por ele ser contemplado como sujeito de direitos.

Tais fenômenos de tessitura de si são uma ação política, haja vista a multiplicidade de discursos conservadores e neofascistas no Brasil e no mundo que desenham um cenário no qual diferentes identidades e subjetividades,

entre elas as LGBTs, são mais densamente vulnerabilizadas, oprimidas e marginalizadas.

## Colaboradores

Carvalho Júnior JAM (0000-0002-9899-7077)\* contribuiu para análise e interpretação dos dados, redação e análise crítica do manuscrito. Silva AC (0000-0003-4130-1646)\* contribuiu para interpretação dos dados e revisão crítica da versão final do manuscrito. ■

## Referências

1. Rocha JAO. Gestão do processo político e políticas públicas. Lisboa: Escolar Editora; 2010.
2. Féres Júnior J, Campos LA, Daflon VT, et al. Ação afirmativa: conceito, história e debates. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2018.
3. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília, DF: MS; 2013.
4. Trindade JR. A invenção do ativismo LGBT no Brasil: intercâmbios e ressignificações. In: Green J, Quinalha R, Caetano M, et al. História do Movimento LGBT no Brasil. São Paulo: Alameda; 2018. p. 227-236.
5. Peplo FF. La militância homossexual em la Argentina de los '70: una elucidación feminista". Actas de la 2ª Jornadas del Centro Interdisciplinario de Investigaciones em Género; 2011 set 28-29; La Plata. La Plata: [local desconhecido]; 2011.
6. Green J. A luta pela igualdade: desejos, homossexualidades e a esquerda da América Latina. Cadernos AEL. 2003;(10)18:17-39.
7. Green J, Quinalha R, Caetano M, et al. História do Movimento LGBT no Brasil. São Paulo: Alameda; 2018.
8. Mcrae E. Identidades homossexuais e movimentos sociais urbanos no Brasil da "Abertura". In: Green J, Quinalha R, Caetano M, et al. História do Movimento LGBT no Brasil. São Paulo: Alameda; 2018. p. 39-62.
9. Monteiro AL, Vilela WV. A criação do Programa Nacional de DST e AIDS como marco para a Inclusão da Ideia de direitos cidadãos na agenda governamental brasileira. Rev Psicol Polít. 2009;(9)17:25-45.
10. Sierra JC. Marcos da vida viável, marcas da vida viável: o governo da diversidade sexual e o desafio de uma ética/estética pós-identitária para a teorização político-educacional LGBT [tese]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2013. 231 p.
11. Aguião S. Fazer-se no Estado: uma etnografia uma etnografia sobre o processo de constituição dos "LGBT" como sujeitos de direitos no Brasil contemporâneo. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2018.

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

12. Foucault M. Em defesa da sociedade. São Paulo: Martins Fontes; 1999.
13. Foucault M. História da sexualidade I: a vontade de saber. 13. ed. Rio de Janeiro: Graal; 2014.
14. Gadelha S. Biopolítica, governamentalidade e educação: introduções e conexões a partir de Michel Foucault. Belo Horizonte: Autêntica; 2009.
15. Gallo S. Biopolítica e subjetividade: resistência? Educ rev. 2017;(66):77-94. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-4060.53865>
16. Gallo S. Governamentalidade democrática e o ensino de Filosofia no Brasil contemporâneo. Cad Pesqui. 2012;42(145):48-65. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-15742012000100005>
17. Gallo S. Infância e resistência: resistir a quê? Leitura: teoria e prática. 2013;31(61):199-211. DOI: <https://doi.org/10.34112/2317-0972a2013v31n61p199-211>
18. Foucault M. A arqueologia do saber. Rio de Janeiro: Forense; 1986.
19. Foucault M. Microfísica do Poder. 28. ed. São Paulo: Paz e Terra; 2017.
20. César MRA. Da escola disciplinar à pedagogia do controle [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2004. 173 p.
21. Foucault M. O sujeito e o poder. In: Dreyfus H, Paul R. Michel Foucault: uma trajetória filosófica. Para além do estruturalismo e hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1995. p. 231-239.
22. Motta JIJ. Sociedade, fobias e diferenças. Saúde debate. 2022;46(esp4):60-65. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E404>
23. Senado Federal (BR). Constituição da República. Diário Oficial da União, Brasília, DF; 1988 out 5; Edição 191-A; Seção I:1-32.
24. Duque T. Gêneros incríveis: um estudo sócio-antropológico sobre as experiências de (não) passar por homem e/ou mulher. Cuiabá: UFMS; 2017.
25. Butler J. Corpos em aliança e a política das ruas: notas para uma teoria performativa de assembleia. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2018.
26. Sierra JC, César MRA. Governamentalidade neoliberal e o desafio de uma ética/estética pós-identitária LGBT na educação. Educ rev. 2014;(esp-1):35-51. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-4060.36464>
27. Larossa J. Tecnologias do eu e educação. In: Silva TT. O sujeito da educação: estudos foucaultianos. 8. ed. Petrópolis: Vozes; 2011.

---

Recebido em 19/11/2023  
Aprovado em 10/06/2024  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

**Editora responsável:** Raquel Abrantes Pêgo

## Mapeamento de competências essenciais: conhecimentos, habilidades e atitudes para gestão em saúde pública

*Mapping essential competencies: knowledge, skills and attitudes for public health management*

Daniele Potrich Lima Zago<sup>1</sup>, Aida Maris Peres<sup>1</sup>, Priscila Meyenberg Cunha Sade<sup>2</sup>, Dora Yoko Nozaki Goto<sup>3</sup>, Maria de Lourdes de Almeida<sup>4</sup>, Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins<sup>5</sup>

DOI: 10.1590/2358-289820241429184P

**RESUMO** Trata-se de estudo de corte transversal, com abordagem quantitativa do tipo exploratório descritivo que teve como objetivo mapear as competências essenciais em saúde pública de profissionais que atuam na gestão de uma secretaria de estado da saúde. A coleta de dados ocorreu de modo on-line, por meio de um questionário. Os dados foram analisados descritivamente, e as competências avaliadas de acordo com seis domínios do Marco Regional de Competências Essenciais em Saúde Pública e o Grau de Expressão de Competências no Trabalho. Participaram do estudo 119 profissionais, com predomínio do sexo feminino (70,6%) e idade média de 46,7 anos. O Domínio 1 – Análise de Situação de Saúde – apresentou o maior Grau de Expressão de Competências no Trabalho; e o Domínio 6 – Saúde Internacional e Global – obteve o menor valor. Houve relação significativa entre as variáveis estudadas e a escolaridade, evidenciando que níveis mais baixos de escolaridade estão associados a menores escores de competência nos seis domínios analisados. Conclui-se que desenvolver competências é um desafio na gestão pública devido às suas especificidades. Nesse contexto, o mapeamento de competências desempenha um papel fundamental para que ações de Educação Permanente em Saúde sejam planejadas e implementadas de forma assertiva.

**PALAVRAS-CHAVE** Gestão em saúde. Saúde pública. Pessoal da saúde. Competência profissional.

**ABSTRACT** This is a cross-sectional study, with a quantitative exploratory descriptive approach that aimed to map essential competencies in public health among professionals working in the management of a state health department. Data collection was conducted online through a questionnaire. Data were analyzed descriptively, and the competencies were assessed according to six domains of the Regional Framework for Essential Competencies in Public Health and the Degree of Competency Expression at Work. A total of 119 professionals participated in the study, with a predominance of females (70.6%) and an average age of 46.7 years. Domain 1 – Health Situation Analysis showed the highest Degree of Competency Expression at Work; while Domain 6 – International and Global Health obtained the lowest value. There was a significant relationship between the variables studied and education, highlighting that lower levels of education are associated with lower competence scores across the six analyzed domains. It is concluded that developing competencies is a challenge in public management due to its specificities. In this context, competency mapping plays a fundamental role in planning and implementing effective actions for Continuing Health Education.

**KEYWORDS** Health management. Public health. Health personnel. Professional competence.

<sup>1</sup> Universidade Federal do Paraná (UFPR) – Curitiba (PR), Brasil.

<sup>2</sup> Escola de Saúde Pública do Paraná (ESPP) – Curitiba (PR), Brasil. [priscila.sade@gmail.com](mailto:priscila.sade@gmail.com)

<sup>3</sup> Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (Sesa-PR) – Curitiba (PR), Brasil.

<sup>4</sup> Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) – Foz do Iguaçu (PR), Brasil.

<sup>5</sup> Universidade do Porto (U. Porto) – Porto, Portugal.



## Introdução

A gestão em saúde pública no Brasil enfrenta debates complexos, dadas as diversas transformações ocorridas nas últimas décadas nas dimensões social, econômica, demográfica e ambiental, suscitando importantes desafios para os profissionais que atuam na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). A Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca que, frente a tais desafios, uma gestão eficaz requer comprometimento, facilitação de mudanças, uso eficiente de recursos e embasamento em competências<sup>1,2</sup>.

A gestão baseada em competências corresponde a uma abordagem estratégica para a força de trabalho e o desenvolvimento organizacional, e se concentra na identificação, avaliação e utilização de competências individuais para atingir os objetivos de uma organização<sup>3</sup>. Nesse modelo, as competências correspondem a um conjunto básico de conhecimentos, habilidades e atitudes para a comunicação, negociação, tomada de decisão e resolução dos problemas de saúde da população de forma eficaz e eficiente, independentemente do cenário de atuação em que o profissional desenvolva suas atividades<sup>3-6</sup>.

Países que adotam sistemas de saúde pública têm incorporado a gestão baseada em competências, a exemplo do Canadá, que trabalha com competências essenciais em saúde pública desde 2008<sup>7</sup>. Já a Associação de Escolas de Saúde Pública na Região da Europa (ASPHER – sigla em inglês) publicou, em 2006, a 1ª edição da Lista Europeia de Competências Essenciais para Profissionais de Saúde Pública, elaborada a partir da colaboração com especialistas e profissionais de saúde pública de diversos países europeus como Dinamarca, Bélgica, Suíça, França, Reino Unido, Holanda, Polônia, Sérvia, Hungria. Essa lista encontra-se na 5ª edição (última publicação em 2018) e tem a finalidade de estabelecer padrões comuns para a formação, capacitação e atuação dos profissionais de saúde e decisores, considerados essenciais para a construção de uma melhor saúde pública<sup>6,8</sup>.

No Brasil, a gestão por competências na área da saúde é relativamente nova, tendo como referência o Marco Regional de Competências Essenciais em Saúde Pública (MRCESP) para Região das Américas, publicado no ano de 2013. Tal documento complementa outras estratégias centrais da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), da OMS e da Organização das Nações Unidas, como a Atenção Primária à Saúde, as Funções Essenciais de Saúde Pública (Fesp) e os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio<sup>1,6</sup>. Destarte, surge como resposta aos desafios identificados na Região das Américas e pode ser direcionada a qualquer organização envolvida na prestação de serviços de saúde e/ou saúde pública, que capacite ou empregue pessoas nessas áreas, o que engloba autoridades de saúde nacionais, regionais e locais, serviços de saúde, instituições acadêmicas, voluntariado, setor privado e outros setores cuja gestão impacta a saúde e o bem-estar<sup>1</sup>.

O MRCESP pode ser utilizado para oferecer uma visão mais coerente do setor de saúde, facilitando o reconhecimento das contribuições dos diversos atores envolvidos e das interações entre eles; desenvolver uma força de trabalho de saúde mais unificada e qualificada para enfrentar as desigualdades em saúde e apoiar o desenvolvimento de planos de saúde pública; informar sobre os conhecimentos, habilidades, atitudes e trajetórias de desenvolvimento profissional necessários para aqueles que desejam contribuir para a melhoria da saúde e do bem-estar da população; fornecer um diagnóstico para o desenvolvimento de currículos, planos de treinamento e vias de carreira profissional; e, por fim, aprimorar a consistência dos termos de referência para ocupação de cargos e avaliação de desempenho profissional nos serviços de saúde, conectando educação e prestação de serviços<sup>1,5,9</sup>.

Na busca de profissionais preparados para atuação em gestão em saúde pública, destaca-se a relevância de se conduzir pesquisas na área do desenvolvimento dessa força de trabalho, dada a escassez de estudos, principalmente no Brasil. Diante dessa perspectiva,

justifica-se a realização deste estudo no contexto brasileiro, tendo em vista que se sustenta em uma abordagem inovadora, a qual contribuirá para a formulação de ferramentas que facilitem o desenvolvimento dos profissionais da referida área. Nesse sentido, este estudo teve como objetivo mapear as competências essenciais em saúde pública de profissionais que atuam na gestão de uma secretaria de estado da saúde.

## Material e métodos

Trata-se de um estudo de corte transversal com abordagem quantitativa, do tipo exploratório descritivo, desenvolvido com profissionais que atuam na gestão em saúde pública do estado do Paraná, entre os meses de fevereiro e maio de 2020.

O Paraná localiza-se ao Sul do Brasil, com extensão territorial e população comparáveis a países inteiros. No escopo da gestão em saúde pública, tem-se a esfera estadual, a qual possui como responsabilidades: planejar, formular, coordenar e executar políticas, programas e ações voltados para a promoção, prevenção, assistência e vigilância em saúde no âmbito do estado. Tal esfera está sob coordenação da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (Sesa-PR), órgão público governamental que conta com uma estrutura central, na cidade de Curitiba, onde estão em funcionamento estruturas de apoio e assessoria, setoriais e gerenciais; e uma descentralizada, onde funcionam sedes administrativas que se localizam nas 22 Regionais de Saúde do estado. As equipes técnicas (central e descentralizada) dessa secretaria são compostas por profissionais de diversas disciplinas do conhecimento, que desenvolvem funções de gestão em saúde pública em três principais áreas: atenção e gestão em saúde, vigilância em saúde e administração, desempenhando um papel crucial na promoção do cuidado e no desenvolvimento das ações de saúde.

## Coleta de dados

O processo de amostragem foi probabilístico, com o método de amostragem aleatória simples, com desfecho em proporções. Considerando a população-alvo de 612 pessoas, uma frequência esperada do evento de interesse de 50%, que é o pior cenário considerado para amostragem aleatória simples, margem erro de 5% e um nível de confiança de 95%, a amostra foi calculada no *software* Epi Info 7<sup>10</sup>, com resultado de 277 indivíduos. Houve 368 acessos ao instrumento de coleta de dados e 353 respondentes, ultrapassando a amostra mínima necessária calculada, porém, apenas 119/353 (35,7%) de respostas completas. Considerando a mesma frequência esperada de 50%, para o total de 353, nível de confiança de 95%, a margem de erro de 119 respondentes foi equivalente a 7,3%. Isso foi maior do que a margem de erro inicial, de 5%, em virtude do critério de completude de todas as respostas do questionário, que, embora fosse necessário para garantir a qualidade dos dados, aumentou o erro amostral com relação à população total.

Adotou-se, ainda, como critério de inclusão: profissional que exerça atividades relacionadas à gestão no âmbito da Sesa-PR, seja por tomada de decisão, mediação, planejamento, controle e avaliação; sem qualquer restrição de sexo, idade, escolaridade, formação profissional, se servidor efetivo ou comissionado, tempo na função ou tempo de experiência em gestão. Em específico, o critério que não impôs qualquer restrição de tempo na função ou tempo mínimo de experiência em gestão foi definido por considerar que a capacidade de aprendizado e adaptação também possui repercussão nas competências requeridas às funções de gestão em saúde pública. Já os critérios de exclusão corresponderam a: profissional da Sesa-PR participante que não respondesse a todas as questões do questionário, objeto deste estudo, ou respondesse em duplicidade.

O instrumento de coleta de dados utilizado foi um questionário de autoavaliação semiestruturado, construído a partir do MRCESP,

traduzido e adaptado à realidade brasileira<sup>5</sup>. O questionário é composto por uma escala tipo Likert de cinco pontos (variação de escores de 1 a 5 pontos), bivalente, assimétrica, com intervalos predefinidos, totalizando 56 questões ou competências essenciais agrupadas em seis Domínios: 1 – Análise da Situação de Saúde (nove competências); 2 – Vigilância e Controle de Riscos e Danos (14 competências); 3 – Promoção da Saúde e Participação Social (10 competências); 4 – Políticas, Planejamento, Regulação e Controle (sete competências); 5 – Equidade no Acesso e Qualidade nos Serviços Individuais e Coletivos (oito competências); e 6 – Saúde Internacional e Global (oito competências)<sup>1,5</sup>.

A coleta de dados ocorreu de modo online, por meio do preenchimento do questionário na plataforma virtual Onlinepesquisa®, cujo *link* para participação encontrava-se no *e-mail* enviado aos participantes. Os dados dos questionários foram armazenados na plataforma de maneira segura e anônima, administrados pelos pesquisadores. Desse modo, foi possível realizar a análise das

respostas imediatamente após o preenchimento, sendo capaz de gerar relatórios no formato de planilha no Microsoft Excel® e outro descritivo, inclusive, com gráficos no Adobe Acrobat Reader DC®.

## Análise dos dados

Para a análise dos dados, inicialmente, foi realizada análise descritiva com frequência simples (n) e relativa (%) das variáveis relacionadas às características dos participantes do estudo. Posteriormente, cada rol de competências foi analisado de forma descritiva por domínio, de acordo com o MRCESP, com estimativa de média, mediana, desvio padrão, primeiro quartil, terceiro quartil e intervalo interquartil. Aponta-se que, em específico, o valor da média de cada um dos domínios correspondeu ao Grau de Expressão das Competências no Trabalho (GECT), de acordo com os estudos de Almeida<sup>5</sup> e Albini<sup>9</sup>, considerando os escores correspondentes às alternativas do questionário da escala de tipo Likert, apresentado no *quadro 1*.

Quadro 1. Escores para o cálculo do Grau de Expressão de Competências no Trabalho (GECT) nas alternativas do questionário

Escores	1	2	3	4	5
Alternativas do questionário	Não tenho conhecimento do assunto	Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto	Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática	Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática	Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros

Fonte: adaptado de Almeida<sup>5</sup>.

Para avaliar as diferenças entre os escores e as características dos participantes, foi utilizado o teste de normalidade Shapiro-wilk para determinação da abordagem paramétrica e não paramétrica. Todos os escores não tiveram distribuição normal, portanto, a abordagem não paramétrica foi utilizada. A diferença

entre características dos participantes com dois grupos foi verificada com o teste U de Mann-Withney e 3 ou mais grupos com a prova de Kruskal-walys, seguida de Dunn como post-hoc. Todos os testes foram considerados significativos quando  $p < 0,05$ , e as análises foram realizadas no ambiente R Core Team<sup>11</sup>.

## Aprovação ética

O estudo foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde (Conep), sob os pareceres nºs 3.242.059 e 3.284.670 (CAAE 09188519.9.0000.0102 e CAAE 09188519.9.3001.5225 respectivamente). Todos os preceitos éticos contidos na Resolução CNS nº 466/2012 e na Resolução nº 510/2016 foram respeitados<sup>12,13</sup>.

## Resultados

Participaram do estudo 119 profissionais, sendo 70,6% (n = 84) do sexo feminino e 29,4% (n = 35) do sexo masculino, com idade média de 46,7 anos (desvio padrão: 10,06 anos), variando entre 29 e 67 anos. Foi constatado, ainda, que, do grupo de respondentes, houve a participação de profissionais do nível central e de 21 entre as 22 Regionais de Saúde da Sesa-PR. Os dados referentes às características demográficas e funcionais dos participantes são apresentados na *tabela 1*.

Tabela 1. Características demográficas e funcionais dos participantes (n = 119)

Variável		n	%
Sexo	Feminino	84	70,6%
	Masculino	35	29,4%
Faixa etária	29 a 40 anos	41	34,5%
	41 a 50 anos	29	24,4%
	51 a 59 anos	37	31,1%
	60 anos ou mais	12	10,1%
Escolaridade	Ensino Médio	3	2,5%
	Graduação	17	14,3%
	Especialização	60	50,4%
	Mestrado	30	25,2%
	Doutorado	9	7,6%
Nível de atuação	Central	47	39,5%
	Regional	72	60,5%
Experiência em gestão em saúde pública	Até 6 meses	24	20,2%
	De 7 meses a 3 anos	17	14,3%
	De 4 a 10 anos	40	33,6%
	De 11 a 20 anos	26	21,8%
	De 21 a 30 anos	5	4,2%
	+ de 30 anos	6	5%
Categoria Profissional	Médico veterinário	8	7%
	Assistente social	4	3%
	Biólogo	4	3%
	Fisioterapeuta	2	2%
	Psicólogo	3	3%
	Tecnólogo saneamento	2	2%
	Terapeuta ocupacional	2	2%
	Tecnólogo em gestão pública	2	2%
	Técnico enfermagem	4	3%

Tabela 1. Características demográficas e funcionais dos participantes (n = 119)

Variável	n	%
Bacharel em Direito	3	3%
Administrador	9	8%
Farmacêutico	7	6%
Médico	9	8%
Enfermeiro	44	37%
Nutricionista	2	2%
Outros	13	11%

Fonte: elaboração própria.

Os dados descritivos dos questionários e o GECT foram tabulados a partir dos pesos atribuídos às respostas do questionário, agrupados por domínios, calculando-se o GECT (média),

mediana e desvio padrão, variância, intervalo, mínimo e máximo, desvio padrão, primeiro e terceiro quartil, intervalo interquartil e p-valor (tabela 2).

Tabela 2. Dados descritivos dos questionários e Grau de Expressão de Competências no Trabalho por domínios (n = 119)

Domínio	GECT <sup>a</sup>	MD <sup>b</sup>	Min	Máx	DP <sup>c</sup>	Q1 <sup>d</sup>	Q3 <sup>e</sup>	IIQ <sup>f</sup>	p-valor
D1 - Análise da situação de saúde	3,76	3,78	1,78	5	0,84	3,22	4,44	1,22	0,001
D2 - Vigilância e controle de riscos e danos	3,36	3,43	1	5	1,01	2,82	4,07	1,25	0,007
D3 - Promoção da saúde e participação social	3,61	3,7	1	5	0,92	3	4,2	1,2	< 0,001
D4 - Políticas, planejamento, regulação e controle	3,71	3,86	1	5	0,93	3,14	4,43	1,29	< 0,001
D5 - Equidade no acesso e qualidade nos serviços individuais e coletivos	3,65	3,88	1	5	0,93	3,25	4,25	1	< 0,001
D6 - Saúde internacional e global	3,15	3,12	1	5	1,02	2,75	3,81	1,06	< 0,001

Fonte: elaboração própria.

GECT<sup>a</sup> - Grau de Expressão de Competências no Trabalho (corresponde aos valores da média das respostas, em cada um dos domínios);

MD<sup>b</sup> - Mediana; DP<sup>c</sup> - Desvio-Padrão; Q1<sup>d</sup> - Primeiro quartil; Q3<sup>e</sup> - terceiro quartil; IIQ<sup>f</sup> - intervalo interquartil.

O Domínio 1 (Análise de Situação de Saúde) obteve o maior valor de GECT (3,76); seguido do Domínio 4 (Políticas, Planejamento, Regulação e Controle) (3,71); do Domínio 5 (Equidade no Acesso e Qualidade nos Serviços Individuais e Coletivos) (3,65); e do Domínio 3 (Promoção da Saúde e Participação Social) (3,61), os quais se aproximam do Escore 4 – ‘Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou

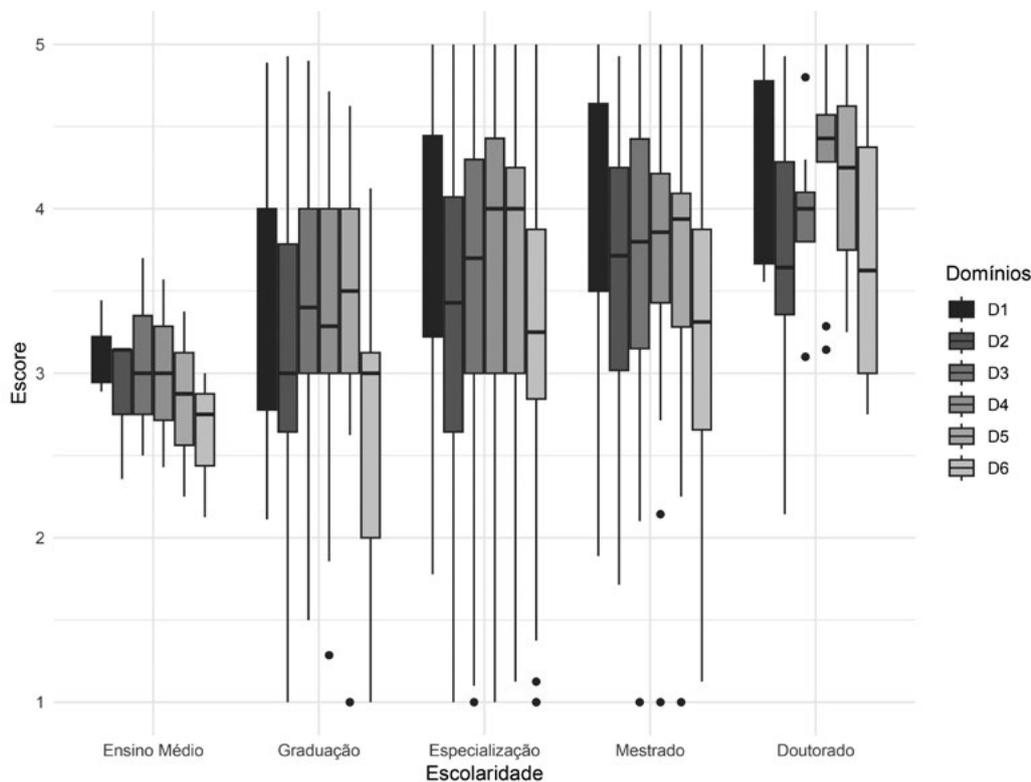
saberia como aplicar na prática’. Já o Domínio 6 (Saúde Internacional e Global) apresentou o menor GECT (3,16), seguido do Domínio 2 (Vigilância e Controle de Riscos e Danos) (3,43), ambos se aproximando do Escore 3 – ‘tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática’. Todos os domínios alcançaram valores de desvio padrão e IIQ próximos a 1, sendo possível inferir que os

valores em conjunto de dados apresentaram dispersão moderada, e, ainda, considerando o p-valor < 0,05, existência de relação estatisticamente relevante entre as variáveis analisadas.

A variável escolaridade foi a que exerceu maior influência e repercussão nos GECT dos

seis domínios analisados. Observou-se que, mesmo na ocorrência de *outliers*, os níveis de escolaridade dos participantes deste estudo tiveram impacto diretamente proporcional nos escores obtidos, ou seja, quanto menor a escolaridade, menor o GECT (*figura 1*).

Figura 1. Gráfico *boxplot* referente aos escores dos domínios segundo a escolaridade



Fonte: elaboração própria.

## Discussão

Dos 119 participantes deste estudo, verificou-se que 70,6% (n = 84) eram do sexo feminino. Artigo publicado pela Associação Nacional dos Especialistas em Políticas Públicas e Gestão Governamental (Anesp) identificou que mais de 65% da força de trabalho na saúde na área assistencial, em instituições públicas ou privadas, são mulheres, assim como na gestão do SUS no Brasil, em sua esfera tripartite, 69,2%

são compostas pelo sexo feminino<sup>14</sup>. Portanto, a maior representação das mulheres entre os gestores pode indicar empoderamento do papel feminino nos cargos de liderança e na esfera política nacional<sup>15</sup>.

A média de idade, correspondente a 47 anos, justifica-se em razão de os profissionais que atuam na gestão em saúde pública vincularem-se a cargos geralmente assumidos, dada a sua expertise, adquirida com o passar dos anos<sup>16,17</sup>. Frente às fases de 'Formação profissional' (de

26-35 anos de idade), 'Maturidade Profissional' (36-50 anos de idade) e 'Desaceleração profissional' (acima de 51 anos de idade), os participantes do estudo encontram-se, em média, dentro da fase de 'Maturidade Profissional', cujo perfil é de serem profissionais em pleno desenvolvimento de suas capacidades cognitivas, técnicas e práticas, já preparados e devidamente qualificados, inserindo-se, em definitivo, no mercado de trabalho<sup>18</sup>.

Sobre a escolaridade, 83,2% (n = 99) dos profissionais possuíam pós-graduação *lato sensu* ou *stricto sensu*. Essa configuração de dados corrobora estudos que apontam que os profissionais possuem mais competências no que diz respeito à complexidade da gestão pública em saúde e à exigência de qualificação necessária para sua atuação, a fim de que estejam preparados para o enfrentamento de todas as situações vivenciadas no dia a dia e para a tomada das melhores decisões<sup>17,19</sup>.

Entre o grupo de participantes, a maioria atuava em nível regional (60,5%) e o restante em nível central (39,5%). Trata-se de informação relevante para o estudo, frente à representação abrangente de diferentes áreas geográficas do estado do Paraná, englobando tanto o nível regional, com 21 Regionais de Saúde, quanto o central, devido à diversidade das regiões do estado. Destarte, no Paraná, existem 22 Regionais de Saúde, sendo cada uma delas responsável pelo referenciamento territorial e administrativo da gestão em saúde pública de sua respectiva região, sob coordenação da Sesa-PR, que, em seu nível central, consolida informações e indicadores, política e planejamento em saúde no estado<sup>20</sup>.

No que concerne ao tempo de experiência em gestão em saúde pública, a faixa de 4 a 10 anos apresentou o maior quantitativo de respostas (33,6%), seguida da faixa de 11 e 20 anos (21,8%), indo ao encontro da vinculação dos cargos nessa área, também relacionada à expertise profissional, adquirida ao longo dos anos<sup>17</sup>. No entanto, determinado quantitativo de participantes afirma ter menos de 6 meses de experiência (20,2%), sendo esse um possível

resultado de um processo seletivo, ocorrido no ano de 2016, para provimento de 969 vagas para o Quadro Próprio dos Servidores da Saúde da Sesa-PR. Tal certame realizou a previsão de nomeação com validade de dois anos, que acabou sendo prorrogada por mais dois anos<sup>21</sup>. Logo, com relação à população estudada, pode-se inferir que o aparecimento de profissionais que atuam na gestão em saúde pública, com até seis meses de experiência, tem correlação com o concurso realizado.

Com relação à categoria profissional, destaca-se que 37% são enfermeiros. Entretanto, os achados deste estudo apontam uma grande heterogeneidade para o conjunto das categorias, tendo em vista que foram encontradas outras profissões, como administradores, médicos, médicos veterinários, farmacêuticos, terapeutas ocupacionais, odontólogos, biólogos, assistentes sociais, economistas, nutricionistas, advogados, contabilistas, educadores físicos, psicólogos, fisioterapeutas, geógrafos, técnicos em enfermagem, tecnólogos em gestão pública e saneamento, entre outros.

Uma justificativa plausível para os enfermeiros ocuparem boa parte dos cargos de gestão em saúde pública é que se trata de uma profissão polissêmica, que possui formação para atuar nos mais variados campos da área da saúde, como assistencial, em hospitais e clínicas; de promoção e proteção da saúde, em bases coletivas; e de gerenciamento público<sup>22</sup>. Também pode consubstanciar o destaque da enfermagem na gestão o fato de que os enfermeiros, ao realizarem funções administrativas, como cargos de chefia e papéis de liderança, encontram-se atrelados ao desenvolvimento do processo de trabalho do cuidar, assim como o de planejar e organizar as ações em saúde<sup>22,23</sup>. Entretanto, a existência de outras profissões significa incorporar a multidisciplinaridade, que garante uma visão diferenciada e abrangente para contribuir cada vez mais para a melhoria da gestão pública em saúde<sup>16</sup>.

Na avaliação do GETC nos seis domínios propostos pelo MRCESP, constatou-se que o Domínio 1 – Análise de Situação de Saúde

(capacidade de avaliação da situação de saúde da população e suas tendências em função do estudo de seus determinantes para a tomada de decisões e definição de políticas públicas de saúde) – obteve maior valor (muito próximo ao escore 4). Da mesma forma, o GETC, em ordem de valores, apresentou-se próximo ao escore 4 no: Domínio 4 – Políticas, Planejamento, Regulação e Controle (capacidade de gestão no marco regulatório de proteção e fiscalização na saúde pública, para a cooperação internacional, na elaboração de novas leis e regulamentos para o desenvolvimento de entornos saudáveis e a proteção dos cidadãos); no Domínio 5 – Equidade no Acesso e Qualidade nos Serviços Individuais e Coletivos (capacidade de garantir acesso aos serviços, os quais devem ser dispensados universalmente sem nenhum tipo de barreira, promovendo a qualidade e segurança na provisão e no enfoque multisetorial para a solução das iniquidades na atenção à saúde da população); e no Domínio 3 – Promoção da Saúde e Participação Social (capacidade de utilizar a educação para a saúde e a participação social como ferramenta de mudança)<sup>5</sup>.

Destaca-se que o escore 4 reflete um nível de conhecimento substancial, indicando que os participantes possuem não apenas uma compreensão abrangente dos temas analisados, mas, também, a capacidade de aplicá-los. Tal valor de GECT pode ter sido influenciado pela formação desses profissionais, somada ao tempo de sua atuação na gestão de saúde pública. É razoável considerar que profissionais com uma base educacional sólida e uma longa trajetória de experiência acumulem conhecimentos, habilidades e atitudes mais aprofundados e, assim, tenham como respostas escores mais elevados. Além disso, a discussão contínua dos temas dos Domínios 2, 4 e 5 no contexto da gestão em saúde pública também fomenta a disseminação de saberes, visto que a interação prática e o diálogo enriquecem e contextualizam o aprendizado teórico<sup>9,24,25</sup>.

Por outro lado, o Domínio 6, que aborda Saúde Internacional e Global (capacidade de utilizar a ferramenta das relações entre as

autoridades sanitárias nacionais, por meio da diplomacia na área da saúde e da cooperação técnica), obteve o menor GECT e, portanto, maior lacuna de competências, seguido pelo Domínio 2 – Vigilância e Controle de Riscos e Danos (capacidade para realizar pesquisa e vigilância do surgimento de epidemias, e modelos de apresentação de doenças transmissíveis e não transmissíveis, fatores de comportamento, acidentes e exposição a substâncias tóxicas ou agentes ambientais prejudiciais para a saúde). Resultados semelhantes foram encontrados em pesquisas anteriores, os quais também apontaram lacunas de competências nos Domínios 2 e 6<sup>9,24,25</sup>.

A expressiva lacuna de competências identificada no Domínio 6 – Saúde Internacional e Global – pode ter relação com o contexto atual, em que se considera a saúde internacional e global como um novo terreno em constante transformação, onde antigas disputas ideológicas, geopolíticas e metodológicas são reexaminadas em âmbito mundial. Esse cenário forma um campo complexo de oportunidades genuínas para a busca da equidade, ao mesmo tempo que pode obscurecer interesses e agendas particulares de diversas naturezas<sup>26-28</sup>.

Um exemplo concreto desse processo ocorreu durante a emergência internacional relacionada à síndrome congênita do vírus Zika, com o Brasil no epicentro, em 2016<sup>29</sup>. Da mesma forma, a atual declaração de emergência devido à covid-19 abriu espaço para intensa produção científica em periódicos internacionais de grande impacto, os quais têm priorizado e defendido o acesso aberto às publicações como forma de contribuir para a resposta global<sup>30</sup>. No entanto, a história das crises sanitárias alerta que essa priorização provavelmente diminuirá após o término da emergência da covid-19, revelando uma estratégia global de investimento cíclico, cujo foco é imprevisível e sujeito às emergências específicas.

Já a lacuna de competências constatada no Domínio 2 – Vigilância e Controle de Riscos

e Danos – pode ter relação com a restrição de conhecimentos, habilidades e atitudes a certo grupo de profissionais, por se tratar de uma área que aborda, em específico, competências essenciais, referentes ao planejamento intersetorial do monitoramento contínuo de todos os aspectos relacionados à ocorrência e disseminação de riscos e danos à saúde da população<sup>5,6</sup>. Pesquisa realizada sobre as contribuições de um Modelo Simplificado de Gestão por Competências para uma secretaria municipal de saúde com 91 gestores de uma cidade do estado do Paraná também verificou lacuna de competências no Domínio 2, relacionada, principalmente, com: gestão de riscos, redução de risco à saúde, resposta imediata e reconstrução, todas referentes a desastres<sup>9</sup>. Esses resultados destacam a carência de conhecimento dos profissionais com relação ao tema.

Nesse contexto, enfatiza-se a importância das atualizações e capacitações, sob a lógica da Educação Permanente em Saúde, e do fomento a oportunidades de aprimoramento profissional, a partir da ampliação de ofertas de especializações na área de gestão em saúde pública. Isso é fundamental para assegurar que os profissionais envolvidos na gestão de saúde pública estejam adequadamente preparados para enfrentar os desafios da Vigilância e do Controle de Danos, bem como da Saúde Internacional e Global. Essa abordagem visa a garantir a proteção abrangente da saúde da população em todas as dimensões<sup>9</sup>.

Por fim, no que se refere à influência da escolaridade nos seis domínios do MRCESP, essa foi evidenciada como um fator de relevância na determinação dos níveis de competência manifestados pelos profissionais que atuam em gestão em saúde pública. A tendência observada foi de que, à medida que a escolaridade diminui, os GECT também diminuem, indicando que participantes com níveis mais baixos de escolaridade tendem a apresentar escores mais baixos quanto à expressão de competência no trabalho, não apenas nos Domínios 2 e 6, mas, também, em todos os outros. Isso

ressalta a importância do nível educacional na capacidade percebida de realizar tarefas e desempenhar funções dentro do contexto analisado.

Essa relação entre escolaridade e GECT também revela a necessidade de estratégias de desenvolvimento de competências específicas para grupos com níveis educacionais mais baixos, visando a aprimorar seus conhecimentos, habilidades e atitudes, para atingir um desempenho mais eficaz no trabalho<sup>9,16,19</sup>.

Como limitação deste estudo, apontam-se dificuldades nas respostas ao questionário com completude dos dados por parte dos profissionais que atuam na gestão da Sesa-PR, visto que a coleta de dados se deu no início da pandemia de covid-19 no Brasil. Apesar de todos os esforços dos pesquisadores em entrar em contato para que houvesse maior participação, o momento não se mostrou propício à realização da coleta. Além disso, não houve a possibilidade de outra forma de contato a não ser o e-mail, acarretando prejuízo no recrutamento dos participantes. Outra limitação foi o fato de que, nesse contexto, os profissionais se depararam com um instrumento extenso, ao começarem a responder à pesquisa, com desistências ao longo do caminho.

## Conclusões

Considera-se que o mapeamento realizado possibilitou a identificação das competências essenciais expressas nos respectivos domínios dos profissionais que atuam na gestão estadual e das lacunas existentes, com base no MRCESP; e, ainda, a determinação do GECT.

O MRSCP responde às competências requeridas aos profissionais que atuam na gestão estadual, de modo que os dados quantitativos do estudo demonstram que a maioria dos participantes possui conhecimento sobre o assunto e saberia como aplicar, na prática, tais competências. Entretanto, foram identificadas lacunas expressivas de competências essenciais no Domínio 2, que trata da

Vigilância e Controle de Riscos e Danos, e no Domínio 6, que se refere à Saúde Internacional e Global. Para tanto, ressalta-se a necessidade do fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade na área da saúde pública, bem como o reforço desses conteúdos nas grades curriculares dos cursos de graduação de profissionais de saúde, tendo em vista o conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática evidenciado neste estudo.

Recomenda-se a realização de mais pesquisas sobre o tema, com ampliação para demais atores que atuam em secretarias de saúde dos estados do Brasil, e, ainda, que envolvam propostas de avaliação de desempenho, a fim de que ocorram melhorias, intervenções assertivas e reorganização dos processos de gestão e Educação Permanente em Saúde, que culminem em prestação de serviços com qualidade aos usuários do sistema de saúde nos variados contextos.

Por fim, o desenvolvimento de competências essenciais é um desafio a ser enfrentado na gestão pública, dadas as suas especificidades

na produção de resultados satisfatórios. Nessa lógica, o mapeamento de competências tem papel basilar para que as ações de Educação Permanente em Saúde sejam planejadas e implementadas de forma assertiva.

## Colaboradoras

Zago DPL (0000-0003-1684-8770)\* contribuiu para elaboração, concepção, análise e interpretação dos dados e redação do manuscrito. Peres AM (0000-0003-2913-2851)\* e Sade PMC (0000-0001-5021-5147)\* contribuíram para elaboração, concepção, análise e interpretação dos dados, redação, revisão crítica e aprovação do manuscrito. Goto DYN (0000-0001-5405-829X)\* contribuiu para análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do manuscrito. Almeida ML (0000-0001-7547-2991)\* e Martins MMFPS (0000-0003-1527-9940)\* contribuíram para redação e revisão crítica do manuscrito. ■

---

## Referências

1. Organización Panamericana de la Salud. Competencias esenciales em salud pública: um marco regional para las Américas [Internet]. Washington, DC: OPS; 2013 [acesso em 2023 ago 16]. Disponível em: [http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2014/competencias\\_sp.pdf](http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2014/competencias_sp.pdf)
2. Bonenberger M, Aikins M, Akweongo P, et al. Factors influencing the work efficiency of district health managers in low resource settings: a qualitative study in Ghana. *BMC Health Serv. Res.* 2016;16:12. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1271-3>
3. Brandão HP. Mapeamento de competências: ferramentas, exercícios e aplicações em gestão de pessoas. São Paulo: Atlas; 2018.
4. Isfahani HM, Aryankhesal A, Haghani H. The relationship between the managerial skills and results of “performance evaluation” tool among nursing managers in teaching hospitals of Iran University of Medical Science. *Glob J Health Sci.* 2014;25;7(2):38-43. DOI: <https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n2p38>
5. Almeida ML, Peres AM, Ferreira MMF, et al. Translation and adaptation of the Competencias Esencia-

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- les en Salud Pública para los recursos humanos en salud. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2017;25:e2896. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1684.2896>
6. Suárez Conejero J, Godue C, García Gutiérrez JF, et al. Competencias esenciales en salud pública: un marco regional para las Américas. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2013 [acesso em 2023 ago 16];34(1):47-53. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/v34n1/07.pdf>
  7. Bornioli A, Evans D, Cotter C. Evaluation of the UK Public Health Skills and Knowledge Framework (PHSKF): implications for international competency frameworks. *BMC Public Health*. 2020;20(1):956. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09024-6.12>
  8. Ayeleke RO, North NH, Dunham A, et al. Impact of training and professional development on health management and leadership competence: a mixed methods systematic review. *J Health Organ Manag*. 2019;33(4):354-379. DOI: <https://doi.org/10.1108/JHOM-11-2018-0338>
  9. Albini A, Peres AM, Almeida ML. Contributions of the Simplified Competency Management Model to a Municipal Health Secretariat. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2021;29:e3429. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3385.3429>
  10. Dean AG, Dean JA, Coulombier D, et al. Epi info: Version 7.0: A word processing database and statistics program for public health on IBM-compatible microcomputers. Atlanta: Centers of Disease Control and Prevention; 2014.
  11. Team RC. R: A language and environment for statistical computing [Internet]. [local desconhecido]: 2020 [acesso 2023 ago 16]. Disponível em: <https://www.r-project.org/>
  12. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nos. 196/96, 303/2000 e 404/2008. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2013 jun 13; Seção I:549.
  13. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2016 maio 24; Seção I:44.
  14. Hernandes ESC, Vieira L. A guerra tem rosto de mulher: trabalhadoras da saúde no enfrentamento à Covid-19 [Internet]. São Paulo: Associação Nacional dos Especialistas em Políticas Públicas e Gestão Governamental; 2020 [acesso em 2023 ago 16]. Disponível em: <http://anesp.org.br/todas-as-noticias/2020/4/16/a-guerra-tem-rosto-de-mulher-trabalhadoras-da-saude-no-enfrentamento-covid-19>
  15. Flóres GMS, Weigelt LD, Rezende MS, et al. Gestão pública no SUS: considerações acerca do PMAQ-AB. *Saúde debate*. 2018;42(116):237-247. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811619>
  16. Barbosa CM. Perfil do gestor em saúde no Estado do Tocantins: formação, conhecimentos e desafios [dissertação na Internet]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2016 [acesso em 2023 ago 16]. Disponível em: <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/21671>
  17. Arcari JM, Barros APD, Rosa RS, et al. Perfil do gestor e práticas de gestão municipal no Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com porte populacional nos municípios do estado do Rio Grande do Sul. *Ciênc saúde coletiva*. 2020;25(2):407-420. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.13092018>
  18. Machado MH, Aguiar W Fo, Lacerda WF, et al. Características gerais da enfermagem: o perfil sociodemográfico. *Enferm Foco*. 2016;6(1/4):11-17. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2016.v7.nESP.686>
  19. Castro LJD, Vilar RLAD, Costa OV, et al. Os desafios da gestão do trabalho nas secretarias estaduais de saúde no Brasil. Brasília, DF: Conass; 2019.

20. Secretaria de Estado da Saúde (PR). Plano Estadual de Saúde Paraná 2020-2023 [Internet]. Curitiba: Sesa-PR; 2020 [acesso em 2023 ago 16]. Disponível em: [https://conselho.saude.pr.gov.br/sites/ces/arquivos\\_restritos/files/migrados/File/Plano\\_Estadual\\_de\\_Saude/PLANO\\_ESTADUAL\\_SAUDE\\_2020\\_2023.pdf](https://conselho.saude.pr.gov.br/sites/ces/arquivos_restritos/files/migrados/File/Plano_Estadual_de_Saude/PLANO_ESTADUAL_SAUDE_2020_2023.pdf)
21. Instituto Brasileiro de Formação e Capacitação (BR). Concurso Público [Internet]. Paraná: Governo do Estado do Paraná, Secretaria de Estado da Saúde, 2023 [acesso em 2023 ago 16]. Disponível em: <https://concursos.ibfc.org.br/informacoes/287/>
22. Carvalho ALB, Ouverney AM, Carvalho MGO, et al. Enfermeiros(as) gestores(as) no Sistema Único de Saúde: perfil e perspectivas com ênfase no Ciclo de Gestão 2017-2020. *Ciênc saúde coletiva*. 2019;25(1):211-222. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.29312019>
23. Dolzane RS, Schweickardt JC. Atenção básica no Amazonas: provimento, fixação e perfil profissional em contextos de difícil acesso. *Trab Educ Saúde*. 2020;18(3):e00288120. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00288>
24. Hortelan MS, Almeida ML, Fumincelli L, et al. Papel do gestor de saúde pública em região de fronteira: scoping review. *Acta Paul Enferm*. 2019;32(2):229-236. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900031>
25. Souza MQ. Mapeamento de competências em organizações públicas. In: *Anais do 10º Congresso Nacional de Excelência em Gestão* [Internet]; 2014; Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: CNEG; 2016 [acesso 2023 ago 16]. Disponível em: [http://www.inovarse.org/sites/default/files/T14\\_0285\\_1.pdf](http://www.inovarse.org/sites/default/files/T14_0285_1.pdf)
26. Biehl J, Petryna A. Peopling global health. *Saúde Soc*. 2014;23(2):376-389. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000200003>
27. Taylor S. 'Global health': meaning what? *BMJ Glob Health*. 2018;3:e000843. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-000843>
28. Carvalho ALB, Rocha E, Sampaio RF, et al. Os governos estaduais no enfrentamento da Covid-19: um novo protagonismo no federalismo brasileiro? *Saúde de debate*. 2022;46(esp1):62-77. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E104>
29. World Health Organization. Director-General's statement on IHR Emergency Committee on Novel Coronavirus (2019-nCoV) [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [acesso em 2023 ago 16]. Disponível em: [https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihf-emergency-committee-on-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihf-emergency-committee-on-novel-coronavirus-(2019-ncov))
30. Sohrabi C, Alsafi Z, O'Neill N, et al. World Health Organization declares global emergency: a review of the 2019 novel coronavirus (COVID-19). *Int J Surg*. 2020;76:71-76. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2020.02.034>

---

Recebido em 18/12/2023

Aprovado em 20/06/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior/Capes, bolsa de mestrado e auxílio financeiro Capes/PRINT; Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico/CNPq, bolsa produtividade (Processo: 315565/2020-9) e Projeto Universal (Processo: 422114/2023-5)

Editor responsável: Ronaldo Teodoro



## Avaliação de Quarta Geração: intervenções realizadas na atenção à crise em saúde mental

### *Fourth Generation Evaluation: interventions carried out in mental health crisis care*

Fernanda Demetrio Wasum<sup>1</sup>, Daiana Foggiano de Siqueira<sup>1</sup>, Mariane da Silva Xavier<sup>2</sup>, Priscila de Melo Zubiaurre<sup>1</sup>, Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira<sup>3</sup>, Carlos Alberto da Cruz Sequeira<sup>4</sup>

DOI: 10.1590/2358-289820241429252P

**RESUMO** Este artigo tem como objetivo avaliar as práticas de intervenção na atenção à crise em saúde mental em um serviço de urgência e emergência. Trata-se de um estudo qualitativo, que utilizou a Avaliação de Quarta Geração como percurso teórico-metodológico. O cenário foi uma Unidade de Pronto Atendimento, localizada no interior do estado do Rio Grande do Sul. Participaram 18 profissionais da saúde que atuavam na unidade. Os dados foram coletados por meio de observação participante e entrevista com aplicação do Círculo Hermenêutico-Dialético, e analisados pelo Método Comparativo Constante. As principais práticas de intervenções na atenção à crise em saúde mental demonstradas no processo avaliativo foram as contenções físicas, a medicamentação excessiva, a solicitação de apoio da força policial e a pouca utilização da escuta qualificada. Essas intervenções demonstram um desafio para a atenção psicossocial que tem como premissas a desinstitucionalização, a defesa dos direitos humanos e a participação das pessoas com transtornos mentais no tratamento. Esta pesquisa pode contribuir para a desconstrução do paradigma manicomial que, em situações de crise, vê a tutela, o controle e a violência como únicas opções de intervenção.

**PALAVRAS-CHAVE** Saúde mental. Intervenção na crise. Emergência. Enfermagem em emergência. Avaliação em saúde.

**ABSTRACT** *This article aims to evaluate intervention practices in mental health crisis care in an urgent and emergency service. This is a qualitative study, which used the Fourth Generation Evaluation as a theoretical-methodological path. The setting was an Emergency Care Unit, located in the interior of the state of Rio Grande do Sul. Eighteen health professionals who worked in the unit participated. Data were collected through participant observation and interviews using the Hermeneutic-Dialectic Circle. And, analyzed by the Constant Comparative Method. The main intervention practices in mental health crisis care demonstrated in the evaluation process were physical restraints, excessive medication, requesting support from the police force and little use of qualified listening. These interventions demonstrate a challenge for psychosocial care, which is based on deinstitutionalization, the defense of human rights and the participation of people with mental disorders in treatment. This research can contribute to the deconstruction of the asylum paradigm that, in crisis situations, sees guardianship, control and violence as the only intervention options.*

**KEYWORDS** *Mental health. Crisis intervention. Emergency. Emergency nursing. Health evaluation.*

<sup>1</sup>Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) – Santa Maria (RS), Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Porto Alegre (RS), Brasil.

<sup>3</sup>Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil.

<sup>4</sup>Universidade do Porto (U. Porto) – Porto (PRT), Portugal.



## Introdução

As práticas em saúde mental podem ser denominadas como as formas de cuidado aplicadas ante os usuários em sofrimento psíquico. Estas vivenciaram diversas mudanças com o surgimento da Reforma Psiquiátrica e a priorização do cuidado pautado na liberdade, em detrimento das intervenções realizadas dentro de instituições manicomial. Práticas que valorizam as subjetividades dos sujeitos demonstram sua importância, em especial, nos momentos de crise psíquica, em que os usuários demandam acolhimento e assistência em saúde<sup>1</sup>.

A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) nº 678/2021 define que a crise em saúde mental pode ser identificada a partir do cumprimento de no mínimo três dos principais parâmetros de avaliação, que se constituem como: a presença de sintomas psiquiátricos graves e agudos; rupturas significativas no núcleo familiar e/ou relações sociais; rejeição por parte do sujeito em crise de toda forma de ajuda ou contato; recusa de intervenções em saúde; situações classificadas como emergenciais no núcleo familiar e/ou social; ou na impossibilidade do sujeito em sofrimento enfrentar esse momento de desespero e angústia sem assistência em saúde<sup>2</sup>.

A crise também é entendida como um momento de desorganização, em que o sujeito se encontra impossibilitado de manter a homeostase psíquica<sup>3</sup>. De outro modo, salienta-se o potencial positivo e transformador da crise, em que existe um significado subjetivo e individual para esse sujeito que sustenta esse momento específico<sup>3</sup>.

Assim, a crise pode ser compreendida a partir de outra perspectiva, sendo vista como uma situação que possui capacidade criadora, levando a pessoa a opinar, decidir e questionar sua existência e o mundo que a cerca. É um momento crítico que gera descontinuidade e perturbação no curso normal da vida, quando coisas, indivíduos e contextos são deixados para trás e abrem-se outras e

novas possibilidades de ser e estar no mundo<sup>4</sup>. Nem toda crise em saúde mental se classifica como uma urgência ou emergência, além de que o referencial de urgências e emergências está associado ao modelo biomédico, que se utiliza de intervenções em saúde pontuais. De encontro a esse modelo, o referencial de crise psíquica exige uma abordagem psicossocial que considera as singularidades de cada indivíduo ante o sofrimento, o que fundamenta as tomadas de decisões e intervenções específicas a cada caso<sup>1,5</sup>.

Na clínica ampliada, modelo de cuidado proposto pela Reforma Psiquiátrica, a crise e os conflitos que se manifestam junto dela não devem ser apagados, contidos e nem ocultos nos serviços de saúde. Os momentos de crise psíquica precisam ser assumidos como estímulo para a transformação e crescimento das pessoas em sofrimento mental<sup>6</sup>.

Para que seja possível transformar a percepção a respeito da crise em saúde mental, dentro das instituições de saúde, é necessário modificar a ótica que associa o sofrimento psíquico com a loucura, em que o adoecimento mental é visto como algo pejorativo e não uma condição humana. Nesse contexto, o paradigma psicossocial, centrado no cuidado singular, demanda além do conhecimento teórico dos profissionais, a empatia, a ética e o respeito aos direitos e a dignidade dos usuários em sofrimento mental<sup>5</sup>.

Evidencia-se que mesmo com o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) e após a instituição da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) por meio da Portaria GM/MS nº 3088/2011, ainda predomina na atenção à crise intervenções asilares focalizadas na institucionalização dos sujeitos, em que o cuidado é realizado de forma supressora, a partir de práticas coercitivas, como a contenção física e a medicamentação excessiva. Dessa forma, esse tipo de cuidado não acolhe o sujeito, e sim o controla, o que reforça as práticas de cuidado em saúde alicerçadas no modelo manicomial e hospitalocêntrico<sup>7</sup>.

Nesse sentido, pensar as práticas desempenhadas nos serviços de saúde ante o usuário em sofrimento mental também requer um olhar atento para os serviços de urgência e emergência, que recebem diversos casos de usuários em situação de crise psíquica. Uma das questões abordadas nos espaços de urgência e emergência é a fragilização referente ao conhecimento dos profissionais diante das necessidades de cuidado dos usuários em situação de crise. Os profissionais da saúde sentem-se inseguros para realizar os atendimentos atrelados à saúde mental, o que por vezes favorece o uso de práticas de cuidado coercitivas, como a contenção mecânica<sup>8</sup>.

Diante desse cenário, formulou-se a seguinte questão norteadora: como acontecem as práticas de intervenção na atenção à crise em saúde mental nos serviços de urgência e emergência? Nesse sentido, o presente artigo tem como objetivo avaliar as práticas de intervenção na atenção à crise em saúde mental em um serviço de urgência e emergência.

## Material e métodos

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, que utilizou a Avaliação de Quarta Geração (AQG)<sup>9</sup>, como referencial teórico-metodológico e como parâmetros avaliativos os quatro parâmetros fundamentais do modelo psicossocial<sup>10</sup>: a definição de ‘seu objeto’ e dos ‘meios’ teórico-técnicos de intervenção (o que inclui as formas da divisão do trabalho interprofissional); as formas da organização dos dispositivos institucionais; as modalidades do relacionamento com os usuários e a população; e, as implicações éticas dos efeitos de suas práticas em termos jurídicos, teórico-técnicos e ideológicos.

A metodologia proposta pela AQG baseia-se em uma avaliação construtivista e responsável com abordagem hermenêutico-dialética. Ela apresenta-se a partir das construções significativas de determinados grupos de pessoas a respeito das situações que os cercam

(contextos psicológicos, sociais e culturais) e que tem alguma relação com o objeto da avaliação. Tais construções ocorrem a partir da interação direta da avaliadora (pesquisadora) com os *stakeholders* ou grupos de interesse. Uma das principais características da AQG é ser um processo participativo, no qual as reivindicações, preocupações e questões dos grupos de interesse servem como organizadores para determinar quais informações são importantes<sup>9,11</sup>.

Neste estudo, o grupo de interesse foi constituído pelos profissionais da equipe de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Compreendeu-se que, por ter como objeto de avaliação suas práticas, seria fundamental que estes profissionais fossem os protagonistas do processo avaliativo.

O cenário do estudo foi uma UPA de um município do interior do Rio Grande do Sul, Brasil. A UPA se configura como um serviço de atendimento a urgências e emergências no período de 24 horas. Compõe a Raps do município em questão e se caracteriza como uma das principais portas de entrada para o atendimento de situações de crise em saúde mental.

O trabalho de campo ocorreu no período de março a outubro de 2023, sendo utilizadas as etapas adaptadas da AQG: contato com o campo; organização da avaliação; identificação dos grupos de interesse; desenvolvimento das construções conjuntas; ampliação das construções conjuntas; preparação da agenda de negociação e execução da negociação<sup>11</sup>.

O ‘contato com o campo’ se deu em primeiro momento através de uma reunião com o membro responsável pela direção da UPA e um representante líder da equipe que atua no serviço. Nesta reunião foi apresentado o projeto de pesquisa e seus objetivos. Em um segundo momento, realizou-se a apresentação ao grupo de interesse. Essa fase da AQG é de suma importância em um estudo participativo, pois qualifica-se como a etapa em que os participantes conhecem, se identificam e se comprometem como participantes do processo avaliativo.

Na ‘organização da avaliação’ a pesquisadora se aproximou do contexto do estudo a fim de realizar a etnografia prévia, assim como do grupo de interesse, em que se almejou a criação de uma relação de confiança para o desenvolvimento da pesquisa. Isto é, a pesquisadora vivenciou o contexto e a dinâmica do serviço pesquisado, sem ainda estar engajada com as atividades da avaliação. O principal nesta etapa foi ganhar o direito de entrada<sup>9</sup>. Para isso, utilizou-se da observação participante, totalizando 203 horas.

De maneira simultânea, identificou-se o grupo de interesse, sendo este os profissionais da saúde que fazem parte da equipe multidisciplinar (enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem) de um serviço de urgência e emergência e que atendem usuários em situação de crise em saúde mental, totalizando 18 participantes.

Seguiu-se a etapa de ‘desenvolvimento das construções conjuntas’. Foram realizadas as entrevistas por meio da aplicação do Círculo Hermenêutico-Dialético (CHD). É hermenêutico porque tem caráter interpretativo e é dialético pois proporciona, por meio de trocas e reflexões, a interação entre diferentes pontos de vista para que se tenha uma síntese elaborada das ideias<sup>9</sup>.

A aplicação do CHD iniciou a partir da escolha do primeiro respondente chamado de R1. Esta escolha deu-se pelo fato de este ser identificado como uma liderança na equipe. R1 participou de uma entrevista aberta, na qual foi convidado para falar livremente sobre as intervenções realizadas na atenção à crise em saúde mental na UPA. Posteriormente, a entrevista foi transcrita e analisada, obtendo-se as primeiras questões, preocupações e reivindicações, configurando as construções iniciais de R1, denominadas de C1.

Após o término da primeira entrevista, a pesquisadora solicitou que R1 indicasse outro respondente, o R2. O segundo respondente também teve a oportunidade de falar livremente sobre o objeto da avaliação. Após concluir suas manifestações, a pesquisadora apresentou

questões que não foram abordadas por R2, mas que foram mencionadas por R1. Desse modo, R2 foi convidado a manifestar sua opinião sobre as referidas questões. Isso se repetiu com as demais entrevistas.

Cabe expressar que a análise foi realizada de forma constante. Ou seja, após cada entrevista as percepções, reivindicações, preocupações e questões de cada respondente foram analisadas. Esse processo permitiu que o conteúdo das entrevistas ficasse disponível para as seguintes. Assim, os respondentes não apenas geraram novas construções, como também comentaram os temas das entrevistas anteriores, tornando o seu conteúdo mais completo e fundamentado.

O CHD foi aplicado até que as informações fornecidas se aproximassem ou se repetissem. Portanto, o objetivo desse processo foi a interação das diferentes construções sobre um objeto, em busca de uma síntese esclarecida, baseada na participação crítica de todos os respondentes<sup>9</sup>.

Já na etapa de ‘ampliação das construções conjuntas’, a pesquisadora pôde adicionar informações (referencial teórico do tema, construções de outros círculos, percepções/observações registradas pela pesquisadora no diário de campo, construção ética do avaliador) consideradas pertinentes para alguma questão ao CHD.

Em seguida, partiu-se para a ‘preparação da agenda para a negociação’. Nesse momento, a pesquisadora organizou uma síntese correspondente aos resultados do CHD para a apresentação aos participantes. A posteriori, ocorreu a ‘execução da negociação’, o momento propriamente dito da apresentação do material empírico ao grupo de interesse. Os participantes foram reunidos em uma sala virtual, na qual tiveram acesso aos resultados da pesquisa em forma de texto. Também foi elaborada uma enquete em que os participantes puderam manifestar se estavam de acordo, se não estavam de acordo ou se desejavam realizar alterações no texto. As questões provenientes dessa etapa foram consideradas como resultado e objetivou-se que o grupo de

interesse compreendesse suas próprias construções, validando-as. Nesta etapa, a avaliadora foi mediadora, respeitando os princípios da avaliação qualitativa.

A análise foi realizada a partir do Método Comparativo Constante<sup>9</sup>, em que a análise e a coleta das informações foram concomitantes.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (CAEE: 67700323.9.0000.5346; Parecer: 5.957.171). A pesquisadora apresentou a justificativa e os objetivos da pesquisa, explicando todas as possíveis dúvidas, assim como os riscos e benefícios dela, após os participantes assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A respeito dos direitos concedidos aos participantes de pesquisas, foi considerada a legislação de pesquisas com seres humanos, as Resoluções nº 466 de 12 de dezembro de 2012, e nº 510, de 7 de abril de 2016, que respaldam legalmente tais questões<sup>12,13</sup>. Em prol de garantir o anonimato dos participantes, eles foram identificados pela letra 'R', inicial da palavra Respondente, seguido do número sequencial que diz respeito a ordem em que foram realizadas as entrevistas.

## Resultados

Sobre as intervenções realizadas na atenção à crise em saúde mental no serviço de urgência e emergência, as contenções físicas, mecânicas e químicas se destacaram como as ações de primeira escolha pelos profissionais. Em situações nas quais o usuário encontrava-se agitado, a presença da polícia militar (Brigada) foi solicitada para auxiliar na contenção mecânica. Em contrapartida, por meio de um olhar crítico, os profissionais identificaram que poderiam ser realizados outros modos de intervenção como a escuta e o acolhimento, porém predominam as práticas que não valorizam a subjetividade das pessoas cuidadas.

*Paciente mais em surto psicótico é feito a contenção, com compressas, com ataduras, com lençóis*

*e às vezes mesmo assim eles têm tanta força, eles estão tão em surto, que eles ainda conseguem se desvencilhar e às vezes a gente não consegue fazer sozinha, é chamado a Brigada para eles auxiliarem, eles têm mais força bruta assim vamos dizer, mas é feito e é bastante, mesmo o paciente medicado já. A gente pega a força mesmo, bota na maca ou bota na cama e amarra. (R5).*

*Quando ele (usuário) está muito agitado ou tem algum risco para nós, aí a gente contém eles. (R6).*

*Bastante a questão da medicação, principalmente. Ele chega às vezes em surto e a gente tem que fazer, às vezes eles não param, sabe? Prometazina e Haldol. (R7).*

*Só medicação, além de conter mecanicamente, é feito medicação. Acho que poderia ter outro tipo de intervenção (escuta e acolhimento), mas é medicamentosa ou mecanicamente. (R16).*

A respeito do uso da força policial nas contenções, esta é percebida como uma forma de segurança quando os usuários são identificados como agressivos com a equipe de enfermagem durante o episódio de crise em saúde mental. Os profissionais identificam que a presença intimidadora da polícia, por vezes, substitui a contenção mecânica.

*Os policiais, às vezes são necessários, às vezes tem pacientes que não deixam a gente chegar perto e com a equipe de enfermagem eles são agressivos, autoritários, aí quando a brigada vem, eles acalmam, não precisa nem conter às vezes, eles ficam bem calminhos. (R4).*

*Quando o paciente vem com Samu, vem em surto, a brigada sempre está junto, eu se o paciente está aqui e surta eu não vou atender sem a brigada e eu noto que o pessoal também tem esse receio e a maioria respeita se a brigada tá aí. (R7).*

As práticas tutelares e autoritárias são reforçadas com a presença da polícia militar. Forma-se um aparato disciplinar que tem como

objetivo domar o corpo, ao invés de possibilitar espaço que acolha o sofrimento.

*A polícia é chamada, se eles são muito agressivos e a maioria quando é usuário (de drogas), eles são muito, tanto fisicamente quanto com palavras, ofensas, eles não querem que a gente mexa, não querem que a gente encoste, não querem que faça medicação. É chamado a brigada, a brigada vem e não conversa muito, pega a força mesmo, bota no leito e a gente ata. (R5).*

*Sobre a participação da polícia, não é muito legal. Eu acho meio grosseiro até porque o paciente está fora de si, ele não está ciente do que ele está fazendo e muitas vezes a gente observa que eles (policiais) falam: 'te comporta com as meninas, porque a gente está aqui'. Eles usam da autoridade deles, não é legal. (R8).*

Em detrimento do acolhimento e da escuta, a medicamentação também é uma intervenção utilizada como recurso para que as regras do serviço sejam cumpridas, como por exemplo não fumar.

*Medicação, principalmente. Até porque aqui eles já chegam e muitas vezes são pacientes que fumam e aí eles querem sair para fumar e não pode por ser regra da unidade, então eles ficam mais agitados ainda, então é necessário medicar um pouco mais. (R8).*

Sobre as regras impostas no serviço de urgência e emergência, observa-se a falta de flexibilidade e valorização da singularidade dos usuários, por exemplo, pessoas que fazem uso do cigarro necessitam se abster completamente do uso enquanto estão dentro da unidade. Tais regras, impostas de forma arbitrária, contribuem com o aumento da ansiedade ou até mesmo a evasão desses sujeitos do serviço. Nesse sentido, observa-se uma semelhança com o modelo manicomial, em que os indivíduos eram percebidos como meros cumpridores de regras das instituições asilares, sem o direito de questionar, fortalecendo práticas de violência e coerção.

Ademais, antes da realização das contenções mecânica e química, não acontecem outros tipos de intervenção na atenção à crise em saúde mental, como a abordagem verbal. Nesse contexto, o diálogo é entendido como uma questão de identificação ou de prioridade, sendo que os usuários em atendimento de saúde mental não são percebidos como prioridade de cuidado.

*Eu não sou aquela pessoa que vou sentar e ficar lá conversando, tenho colegas que já tem esse perfil, eu já não consigo, eu não consigo ir lá ficar sentada, eu vejo que precisa, mas não consigo, até porque eu me prendo mais nos pacientes da urgência mesmo ou clínicos e também eu acho as duas coisas, uma questão de identificação e uma questão de prioridades. (R9).*

Os profissionais avaliaram que a abordagem verbal ou escuta, denominada por eles como conversa/diálogo, é uma intervenção em saúde mental. No entanto, consideram que essa abordagem não é para todos os usuários, por exemplo, para os identificados como em surto, ser escutado não é uma opção.

Quando não se consegue dar contorno à crise dos usuários, recorre-se a outros pontos de atenção da Raps, como, por exemplo, o Centro de Atenção Psicossocial (Caps) e a atenção primária. Cabe destacar que no modelo de atenção psicossocial o sujeito que tem um sofrimento precisa ser escutado, independente do dispositivo de cuidado. Investir na escuta qualificada significa investir nas pessoas, em suas experiências vividas. Significa estar atento às suas necessidades psicossociais, valorizando suas subjetividades, sem 'endurecer' a relação de cuidado. Parafraseando R15: "eles precisam ser ouvidos".

*A escuta, mas não para pacientes em surto, só para os outros, às vezes se não consegue internação Gerint (Gerenciamento de Internações Hospitalares), eles conversam com o paciente, conversam com o familiar, 'ah! Vamos tentar com a rede do posto, Caps, antes de tentar internação'. A escuta é feita no Caps,*

*o médico só conversa e faz o encaminhamento, tipo se não tem psiquiatra no Caps, daí a enfermeira do Caps faz uma escuta. (R13).*

*Tentar acalmar o paciente, porque às vezes eles precisam ser ouvidos, a gente tenta conversar, mas às vezes não consegue, se ele está muito em surto. Tenta fazer a medicação e depois conversar, eles ficam mais agitados se estão contidos, e a gente tenta conversar, esse tipo de diálogo que a gente tem. (R15).*

Nesse contexto de intervenção na crise em saúde mental, os profissionais avaliaram que a presença da enfermagem, por ser constante, permite conhecer os usuários e algumas situações que os levaram à crise. Diferente disso, a equipe médica realiza ações pontuais de cuidado, como visita para avaliação e prescrição das medicações.

As ações pontuais refletidas no atendimento médico, levam-nos a pensar sobre as transformações necessárias na formação em saúde. É preciso construir espaços que permitam formar profissionais mais preocupados em desconstruir as práticas psiquiátricas alicerçadas na hierarquia e menos implicados com a burocracia e o controle.

*Eu acho que quem faz o cuidado é a enfermagem, o médico vai lá, ele avalia, deu. Mas quem tá junto, quem escuta é a gente. (R4).*

*Tem muita gente que vem aqui que a gente já sabe, a gente fala 'é os vip', a gente brinca porque eles estão aí sempre, principalmente os que vêm em surto ou é usuário (de drogas), e eu acho que sim, já tem um certo vínculo. (R7).*

*A gente já conhece que é paciente usuário (de drogas) e que ele usou (droga), não usou a medicação que ele faz uso sempre. Então, ele acaba tendo essas crises, não é uma convulsão e os médicos não lembram. (R5).*

A questão de a equipe de enfermagem permanecer por mais tempo ao lado do usuário

durante o período no qual este se encontra no serviço de urgência e emergência foi avaliado como uma possibilidade de construção de vínculo, que permite aos profissionais reconhecer quem reinterna, e aos familiares e pacientes o sentimento de segurança.

Na atenção psicossocial, o vínculo é fundamental para o cuidado, pois é através dele que a confiança é construída, permitindo que as ações de saúde sejam elaboradas de modo compartilhado, por meio da valorização do conhecimento/vivência dos usuários e de seus familiares, a fim de que seja construída uma relação emancipatória e não de controle. Pensar na emancipação dos usuários está diretamente relacionado com a redução e enfrentamento das situações de vulnerabilidade que, por vezes, são criadas, reforçadas e reproduzidas pelos serviços de saúde.

*Eu acho que é fundamental criar esse vínculo, porque é o paciente que geralmente vai vir outras vezes e até mesmo para a família se sentir mais confiante e segura também, se esse paciente te conhece e sabem que você tratou bem, que você entendeu, que você teve empatia em outros momentos com ele, ele também vai colaborar mais, vai se sentir mais seguro e acho que é um benefício para os dois lados. (R11).*

A partir dos resultados apresentados, é importante ressaltar que a organização dos serviços por meio da Raps foi pensada para que os usuários possam ser cuidados em sua totalidade, integralmente, tendo sua singularidade valorizada. Entretanto, por vezes, no Brasil a Raps apresenta seu foco direcionado para o hospital como o lugar destinado à pessoa vista como louca e perigosa, em detrimento dos serviços de base territorial como a Atenção Primária à Saúde e os Caps. Assim, espaços como a UPA, que se configura como um potente dispositivo emergencial, acabam por reproduzir uma lógica manicomial mediante o silenciamento dos sujeitos através da medicalização. Portanto, mudar as práticas pressupõe uma reorganização que passa não

somente pela mudança estrutural dos serviços, mas também pela formação dos profissionais que neles atuam. Desinstitucionalizar é colocar o usuário como protagonista do cuidado e não como espectador das práticas que o controlam.

## Discussão

A respeito das intervenções na atenção à crise em saúde mental em um serviço de urgência e emergência, os participantes da pesquisa avaliaram que as contenções mecânicas e químicas são as práticas mais utilizadas. Tem-se o conhecimento que as contenções mecânicas são associadas a eventos adversos como lesões por pressão, estresse psicológico, contusão, luxação dos membros, desnutrição, constipação intestinal, aumento da agitação, lesões isquêmicas dos membros, *delirium*, entre outros. O uso de contenções mecânicas podem ser as faixas, coletes, compressas e ataduras que impedem a movimentação do usuário até as grades bilaterais anexadas aos leitos<sup>14</sup>.

Ela foi utilizada ao longo da história como meio de conter fisicamente as alterações de comportamento. Atualmente, ainda se associa seu uso a um ato de repreensão. Dessa forma, estimula-se que seu uso seja refletido pelos profissionais como um recurso quando todas as outras estratégias de cuidado forem esgotadas. Cabe ressaltar que, quando utilizada, a contenção mecânica deve ser desenvolvida de forma criteriosa, em que os profissionais devem atentar para questões físicas e psicológicas, como a integridade da pele, circulação sanguínea e a compreensão do usuário sobre o que está ocorrendo<sup>15</sup>.

Após a realização da contenção, o usuário deve ser reavaliado com atenção. Os profissionais da saúde devem observar se há circulação sanguínea nos membros contidos, os sinais vitais do usuário e o nível de consciência deste. Ademais recomenda-se que, assim que possível, a contenção seja interrompida, visando a diminuição de riscos físicos e psicológicos à pessoa cuidada<sup>15,16</sup>.

Sobre a contenção farmacológica ou química, a mesma pode ser definida como o uso de medicamentos para sedação ou interrupção rápida da crise psíquica. Os participantes da pesquisa avaliaram que a contenção química é frequentemente usada na diminuição dos sintomas ansiosos nos usuários em observação na unidade e durante as crises psíquicas. O uso excessivo das medicações revela o objetivismo do cuidado, em que as subjetividades dos sujeitos, suas histórias de vida e experiências são deixadas de lado, olhando-se apenas para os sintomas e para a forma mais rápida de cessá-los<sup>17</sup>.

Ao articular os dados obtidos com as discussões apresentadas, é possível afirmar que desenvolver uma atenção à crise em saúde mental que esteja fundamentada no modelo psicossocial é um desafio. No cotidiano da urgência e emergência, as práticas coercitivas de cuidado são mais utilizadas em detrimento de outras intervenções como a escuta qualificada e o acolhimento. A conversa e o diálogo se caracterizam como uma intervenção pouco utilizada no cotidiano do serviço. Evidencia-se que a força policial é acionada com frequência no serviço de urgência, associando o usuário em crise psíquica ao potencial de periculosidade.

Assim, o uso indiscriminado das medicações aponta para uma psiquiatria tradicional e tutelar, diferente da saúde mental a partir da Reforma Psiquiátrica. A utilização dos fármacos para o alívio de sintomas possui benefícios, porém o uso deve ser controlado, para que não se tenha uma banalização da sua utilização, em que as soluções das adversidades dos indivíduos são depositadas unicamente em uma composição química<sup>17</sup>.

O paradigma da Reforma Psiquiátrica e o conseqüente advento da atenção psicossocial busca, entre outros objetivos, a superação da dualidade saúde-doença e sujeito-objeto. Com isso, possui o intuito de questionar a verticalidade das relações de cuidado e do saber-poder biomédico, democratizando os espaços de saúde mental. Entretanto, evidencia-se que nos serviços de urgência e emergência

há a necessidade de superação do modelo biomédico-medicalizador, o qual ainda privilegia práticas burocráticas e segregatórias de cuidado<sup>7</sup>.

No que se relaciona a outras intervenções, além das contenções químicas e físicas, os participantes reconhecem a conversa ou a escuta como práticas de intervenção que podem ser utilizadas nos atendimentos de saúde mental. Porém, os profissionais identificam que pouco aplicam no cotidiano essa intervenção, atribuindo sua utilização a outros serviços como os Caps e suas diferentes modalidades.

A escuta qualificada pode ser definida como o encontro do profissional com as subjetividades do indivíduo escutado, um momento em que se atenta para os gestos, emoções, relatos e ações que são expressas. A Política Nacional de Humanização (PNH), lançada em 2003, propõe novas formas de gestão e cuidado a partir de práticas humanizadoras como o acolhimento e a escuta. O acolhimento caracteriza-se como o reconhecimento do que o outro traz como legítimo e único, é a relação entre equipes e serviços com os usuários, realizado através da escuta qualificada, na qual são ouvidas as necessidades e demandas singulares de cada pessoa<sup>18,19</sup>.

Observa-se que por diversas vezes o indivíduo em sofrimento não percebe a influência de seus conflitos e suas dores no que pensa, fala ou expressa, podendo o profissional atuar como importante ferramenta para a ressignificação do sofrimento psíquico através da escuta qualificada. A realização da escuta pelos profissionais possibilita uma atuação pautada nas singularidades e subjetividades dos indivíduos, em que se respeita o momento da crise psíquica como uma manifestação do sofrimento e uma forma de expressão, que não deve ser inibida em sua totalidade, e sim avaliada de forma individual, e pode ser associada a outras estratégias de cuidado dependendo de cada caso<sup>19</sup>.

Cabe assegurar que a escuta qualificada, enquanto ferramenta de cuidado, deve ser aplicada em todos os serviços de saúde,

independentemente de sua complexidade. Dessa forma, as subjetividades dos indivíduos podem ser respeitadas e as intervenções em saúde se aproximam do modelo psicossocial do cuidado pautado na humanização da assistência<sup>19</sup>. Ressalta-se que quanto mais humanizadas forem as ações de cuidado e assistência nas situações de crise em saúde mental, melhor será a resolutividade do cuidado nos demais serviços que compõem a Raps<sup>7</sup>.

Ainda, referente às intervenções em saúde mental utilizadas nos serviços de urgências e emergências, o acionamento da polícia apareceu como uma das práticas utilizadas no momento da crise psíquica. Os participantes reconhecem a força policial como uma presença autoritária e tutelar ante o indivíduo em sofrimento, porém acabam chamando para a realização das contenções mecânicas. O despreparo dos profissionais de saúde em atuar nas crises psíquicas é um dos fatores que contribui para o acionamento frequente da polícia e a realização de medidas coercitivas de cuidado, como contenções químicas e físicas<sup>20</sup>.

O ato de contatar a força policial, mesmo sem necessidade, frente às crises psíquicas, caminha próximo a julgamentos morais e ao processo de criminalização dos indivíduos com transtornos mentais, em que ainda se associa o sofrimento mental à periculosidade e estigmas<sup>21</sup>.

A contenção mecânica utilizada de forma brusca e sem a condução correta faz alusão há um tempo sombrio na psiquiatria, em que ocorria a negação de direitos básicos às pessoas com transtornos mentais. Dessa forma, a contenção mecânica quando realizada pela polícia pode ser visualizada como uma forma repressora de cuidado, já que se identificam relações de poder desiguais, de um lado o policial como ser autoritário e de outro o sujeito como alguém perigoso que necessita ser detido<sup>21</sup>.

Para a realização adequada dos atendimentos e das intervenções frente às crises psíquicas, os participantes da pesquisa destacaram o vínculo como componente essencial frente

aos casos, sendo a enfermagem o núcleo profissional mais próximo dos usuários.

O vínculo pode ser compreendido como uma tecnologia leve de cuidado e uma construção que requer confiança e afeto entre profissionais da saúde e usuários, em que se identifica no indivíduo cuidado um ator ativo de seu processo de saúde e doença, corresponsável por ele. Dessa forma, o vínculo, além de uma conexão entre duas pessoas, trata-se de uma forma de operacionalizar a saúde, produzindo uma relação terapêutica e autônoma pelas duas partes envolvidas<sup>22</sup>.

O vínculo, enquanto encontro com o outro, possui características singulares para sua eficácia, tornando necessário que os envolvidos na relação estejam dispostos a visualizar a outra parte como um ser diferente de si, com necessidades e expectativas subjetivas. Apenas a partir disso será possível realizar pactuações sobre um cuidado de saúde que se aproxime das experiências de vida e dos contextos dos sujeitos. Assim, a aproximação prévia com usuários em crise psíquica e posterior construção de vínculo torna mais eficaz a realização de intervenções pautadas no acolhimento quando já se tem uma relação de cuidado com esses indivíduos, se conhece as famílias e o contexto, favorecendo um atendimento empático e de qualidade<sup>22</sup>.

Desse modo, pode-se dizer que o modelo de cuidado em saúde mental no Brasil ainda requer esforços para a superação de práticas segregatórias e coercitivas, bem como para a consolidação de uma rede de ações e serviços comunitários e de bases territoriais. Além disso, na lógica da urgência e da crise, emerge a necessidade de exceder o modelo biomédico-medicalizador. Para isso, é necessário investir em ações que articulem diferentes saberes e práticas que integrem e incorporem as múltiplas dimensões do fenômeno da crise em saúde mental<sup>21</sup>.

Nesse contexto, discutir sobre atenção psicossocial e proporcionar espaços de Educação Permanente em Saúde (EPS) dentro dos serviços de urgência e emergência, revela-se essencial para a redução do uso de intervenções

coercitivas de cuidado, como as contenções químicas e físicas.

Compreender como as relações de afeto, que ao contrário da tutela, não têm como objetivo a imobilização dos sujeitos, podem ser uma potente discussão para a EPS, pois refletirá nos modos de agir e pensar no cuidado em saúde<sup>23</sup>.

Dessa forma, a diminuição das práticas manicomialis e tutelares dá espaço ao paradigma psicossocial, centrado nas subjetividades e experiências singulares das pessoas. A escolha por práticas psicossociais de cuidado, como acolhimento e escuta qualificada, mostra-se atrelada diretamente à redução dos preconceitos, à construção do vínculo e melhor adesão aos tratamentos.

## Considerações finais

Os dados apontam para desafios na atenção à crise em saúde mental. Sendo o principal desafio a substituição de práticas coercitivas que associam usuário em crise psíquica ao potencial de periculosidade, por outras intervenções que valorizem a sua singularidade, como a escuta qualificada e o acolhimento.

Enquanto contribuições do estudo, este possibilitou compreender como acontecem as práticas de intervenção na atenção à crise em saúde mental em um serviço de urgência e emergência. Foi possível, também, desenvolver um processo avaliativo, participativo e formativo no serviço a partir da utilização da metodologia de AQG.

Essa pesquisa contribui para conhecimento sobre a atuação frente a crises psíquicas e pode ser utilizada na educação permanente de profissionais que atuam nos serviços de urgência e emergência, buscando uma melhor atuação no cuidado em saúde mental. Assim, compreender como o ensino e assistência na saúde podem auxiliar na formação e desenvolvimento de futuros enfermeiros e outros profissionais aptos a atuarem no cuidado em saúde mental no espaço da urgência e emergência, a pesquisa contribui também para a desconstrução do

paradigma manicomial que em situações de crise vê a tutela, o controle e a violência como únicas opções de intervenção.

Sobre as limitações da pesquisa, destaca-se a dificuldade da participação de profissionais para além da área da enfermagem. Observa-se que a participação ampla de diversos profissionais pode somar para mais percepções a respeito da temática. Neste sentido, considera-se a necessidade de novas pesquisas para que outras realidades possam ser exploradas e outras metodologias possam ser aplicadas a partir da presente temática. O campo da saúde mental com enfoque no espaço da urgência e emergência segue sendo uma área que precisa ser mais debatida em prol de uma assistência humanizada frente às crises psíquicas.

## Colaboradores

Wasum FD (0000-0002-3053-4965)\* contribuiu para concepção, coleta, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do manuscrito. Siqueira DF (0000-0002-8592-379X)\* e Xavier MS (0000-0003-1176-2812)\* contribuíram para concepção, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do manuscrito. Zubiaurre PM (0000-0002-2594-4628)\* contribuiu para redação e revisão crítica do manuscrito. Oliveira MAF (0000-0002-1069-8700)\* e Sequeira CAC (0000-0002-5620-3478)\* contribuíram para concepção e revisão crítica do manuscrito. ■

## Referências

- Dias MK, Ferigato SH, Fernandes ADSA. Atenção à Crise em saúde mental: centralização e descentralização das práticas. *Ciênc saúde coletiva*. 2020;25(2):595-602. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.09182018>
- Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN nº 678, de 19 de agosto de 2021. Aprova a atuação da Equipe de Enfermagem em Saúde Mental e em Enfermagem Psiquiátrica. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2021 ago 26; Seção 1:97.
- Ferigato SH, Campos RTO, Ballarin MLGS. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. *Rev Psicol UNESP [Internet]*. 2007 [acesso em 2024 jan 16];6(1):31-44. Disponível em: <https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/sabrinaferigato2007oatendimentoocrise.pdf>
- Boff L. Crise: oportunidade de crescimento. Rio de Janeiro: Verus; 2022.
- Almeida AB, Nascimento ERP, Rodrigues J, et al. Intervenção nas situações de crise psíquica: dificuldades e sugestões de uma equipe de atenção pré-hospitalar. *Rev Bras Enferm*. 2014;67(5):708-714. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670506>
- Lobosque AM. Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios. Rio de Janeiro: Garamond; 2003.
- Cruz KDF, Guerrero AVP, Scafuto J, et al. Atenção à crise em saúde mental: um desafio para a Reforma Psiquiátrica brasileira. *Rev Nufen* 2019;11(2):117-132. DOI: <https://doi.org/10.26823/RevistadoNUFEN.vol11.n02ensaio51>
- Ramos TDSS, Ramalho MA, Souza TDSS, et al. Percepção de profissionais do atendimento pré-hospitalar na assistência à urgência e emergência (crise) em psiquiatria. *Res Soc Dev*. 2021;10(11):e275101119423. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i11.19423>

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

9. Guba EG, Lincoln Y. Avaliação de Quarta geração. Campinas: Editora da Unicamp; 2011.
10. Costa-Rosa AD. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante P, organizador. Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 141-168.
11. Wetzel C. Avaliação de serviço em saúde mental: a construção de um processo participativo [tese na Internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2005 [acesso em 2024 jan 16]. 291 p. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-16052007-150813/pt-br.php>
12. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nos. 196/96, 303/2000 e 404/2008. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 jun 13; Seção I:549.
13. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2016 maio 24; Seção I:44.
14. Figueiredo Júnior JC, Santos LCA, Ribeiro WA, et al. Contenção mecânica x humanização: contributos da enfermagem para o cuidado na saúde mental no âmbito hospitalar. Brazilian Journal of Science 2022 [acesso em 2024 jan 16];1(6):52-57. DOI: <http://dx.doi.org/10.14295/bjs.v1i6.124>
15. Maximo PA, Santos TSD, Santos GS et al. A importância da contenção mecânica e a avaliação permanente da equipe de enfermagem. Braz J Hea Rev [Internet]. 2019 [acesso em 2024 jan 16];2(2):1172-1212. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/1324>
16. Rodrigues A, González L, Castro P, et al. Contenção mecânica: percepção dos Enfermeiros. RIIS. 2020;3(1):31-34. DOI: <https://doi.org/10.37914/riis.v3i1.70>
17. Zeferino MT, Cartana MHF, Fialho MB, et al. Percepção dos trabalhadores da saúde sobre o cuidado às crises na Rede de Atenção Psicossocial. Esc Anna Nery. 2016;20(3):e20160059. DOI: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160059>
18. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Humanização. Brasília, DF; 2013.
19. Santos AB. Escuta qualificada como ferramenta de humanização do cuidado em saúde mental na Atenção Básica. APS. 2019;1(2):170-179. DOI: <https://doi.org/10.14295/aps.v1i2.23>
20. Navarro KMS, Silva MTND, Camargo RMPD. A percepção de socorristas sobre o atendimento pré-hospitalar de pessoas em agudização do transtorno mental. Rev Uningá. 2019;56(2):58-70. DOI: <https://doi.org/10.46311/2318-0579.56.eUJ2135>
21. Brito AAC, Bonfada D, Guimarães J. Onde a reforma ainda não chegou: ecos da assistência às urgências psiquiátricas. Physis. 2015;25(4):1293-1312. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000400013>
22. Seixas CT, Baduy RS, Cruz KT, et al. O vínculo como potência para a produção do cuidado em Saúde: o que usuários-guia nos ensinam. Interface (Botucatu). 2019;23:e170627. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.170627>
23. Figueiredo EBL, Souza ÂC, Abrahão A, et al. Educação permanente em saúde: uma política interprofissional e afetiva. Saúde debate. 2022;46(135):1164-1173. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213515>

---

Recebido em 19/01/2024

Aprovado em 10/06/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Gicelle Galvan Machineski

## Correlação espacial: padrão heterogêneo de mortalidade por covid-19 no Brasil

*Spatial correlation: heterogeneous pattern of COVID-19 mortality in Brazil*

Adriani Isabel de Souza Moraes<sup>1</sup>, Ana Paula Vechi Corrêa<sup>1</sup>, Helena Nayara Santos Pereira<sup>1</sup>, Sílvia Carla da Silva André Uehara<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/2358-289820241429255P

**RESUMO** Este estudo ecológico analisou a correlação espacial entre indicadores socioeconômicos, demográficos e óbitos por covid-19 no Brasil. As variáveis independentes abrangeram população, sexo, idade, raça, alfabetização e índice de Gini, enquanto a variável dependente foi a mortalidade por covid-19. Os dados socioeconômicos e demográficos foram obtidos da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua, e os dados de casos e óbitos de covid-19 foram obtidos do site do Ministério da Saúde. A análise incluiu o cálculo dos Índices de Moran Global de forma uni e bivariada. Os resultados revelaram correlação espacial significativa das variáveis independentes com mortalidade por covid-19. Destaca-se correlação positiva moderada para os indivíduos alfabetizados e de 20 a 59 anos. Portanto, existe associação entre fatores socioeconômicos e mortalidade por covid-19, com variações entre os estados brasileiros. Essa conclusão ressalta a necessidade de implementar medidas intersetoriais para assegurar o acesso universal à saúde e alocar recursos de maneira equitativa entre os estados.

**PALAVRAS-CHAVE** Covid-19. Sars-CoV-2. Indicadores sociais. Indicadores econômicos. Mortalidade.

**ABSTRACT** This ecological study analyzed the spatial correlation between socioeconomic and demographic indicators and deaths due to COVID-19 in Brazil. The independent variables covered population, sex, age, race, literacy, and Gini index, while the dependent variable was COVID-19 mortality. Socioeconomic and demographic data were obtained from the Continuous National Household Sample Survey, and data on COVID-19 cases and deaths were obtained from the Ministry of Health website. The analysis included the calculation of univariate and bivariate Global Moran's Indices. The results revealed a significant spatial correlation of the independent variables with COVID-19 mortality. A moderate positive correlation stands out for literate individuals aged 20 to 59 years. Therefore, there is an association between socioeconomic factors and COVID-19 mortality, with variations between Brazilian states. This conclusion highlights the need to implement intersectoral measures to ensure universal access to health and allocate resources equitably across states.

**KEYWORDS** COVID-19. SARS-CoV-2. Social indicators. Economic indexes. Mortality.

<sup>1</sup>Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) – São Carlos (SP), Brasil.  
helena.n.btu@gmail.com



## Introdução

A pandemia de covid-19 atingiu de forma heterogênea a população, especialmente no Brasil, que está entre os dez países com maior desigualdade do mundo<sup>1</sup>. Não há uma uniformidade na ocorrência da covid-19, mas sabe-se que o agravamento e o óbito estão associados às características sociodemográficas e à preexistência de comorbidades. Ademais, os indivíduos com maior grau de vulnerabilidade social estão suscetíveis a um maior impacto pela covid-19, sendo primordial a consideração dos determinantes sociais de saúde para identificação da vulnerabilidade à doença<sup>1</sup>. Estudo realizado no México destacou que o coeficiente de letalidade por covid-19 também foi maior em municípios com menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), o que permite estabelecer que a doença tem efeitos mais graves nas camadas mais desprotegidas da população<sup>2</sup>.

Os fatores socioeconômicos, como baixa renda, afetam as condições de vida, como residência em bairros mais carentes e condições de moradia, especialmente moradias apertadas ou superlotadas, além do baixo nível educacional, que está indiretamente associado ao maior risco de desenvolver as formas graves da doença<sup>3</sup>.

A análise da associação entre os fatores socioeconômicos e a taxa de mortalidade por covid-19 evidenciou que renda *per capita*, taxa de desemprego, comorbidades e dificuldade de acesso aos serviços de saúde são fatores de risco associados a maior taxa de mortalidade por covid-19<sup>4</sup>. Do mesmo modo, análises também apontam uma relação entre a mortalidade por covid-19 e fatores socioeconômicos, como baixa renda, desemprego, comorbidades, etnia negra, baixo nível de educação e indivíduos mais idosos<sup>3</sup>.

Desta maneira, os estudos sobre covid-19 envolvendo fatores socioeconômicos e perfil de pacientes abordam a associação em períodos específicos da pandemia<sup>1-4</sup>, sendo recortes com espaço de tempo pequeno e localizados.

Com vistas a minimizar essa lacuna do conhecimento, este estudo teve como objetivo analisar a correlação espacial entre os indicadores socioeconômicos e demográficos e óbitos por covid-19 nos estados brasileiros, no período de março de 2020 a junho de 2022.

## Material e métodos

Trata-se de um estudo ecológico analítico. Os dados relativos à população, sexo, idade, raça, alfabetização e índice de Gini foram obtidos por meio da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), referente ao ano de 2015, pois corresponde à última atualização desses dados; e os dados referentes à mortalidade pela doença, no período de março de 2020 a junho de 2022, foram obtidos na plataforma eletrônica do Ministério da Saúde, intitulada 'Covid-19 no Brasil'.

Neste estudo, as variáveis independentes foram população, sexo, idade, raça, alfabetização e índice de Gini, considerando-se os números absolutos. A variável dependente foi a mortalidade por covid-19 no Brasil. Ressalta-se que a variável raça foi dividida em duas categorias (brancos e não brancos), devido à subnotificação desse dado, que gerou um valor n baixo. Assim, para viabilizar a análise estatística, foi necessário agrupar as raças preto, pardo, amarelo e indígena na categoria não branco.

Foram realizadas análises descritivas das variáveis independentes e da mortalidade (variável dependente). Para avaliar as autocorrelações espaciais das variáveis de interesse, foram calculados os Índices de Moran Global (IMG), de forma bivariada. Para a estimativa da autocorrelação espacial, utilizou-se o IMG, que varia entre -1 e +1 e fornece sua significância estatística (p). Para todas as análises, adotou-se um nível de significância menor que 5%.

O *software* GeoDa 1.20.0.10 foi utilizado para os cálculos dos índices<sup>5</sup>. O *software* QGIS 3.26.0 para a elaboração dos mapas e distribuições de frequências<sup>6</sup>. Foi realizada a análise bivariada

para avaliação da correlação espacial entre a variável dependente mortalidade de covid-19 e as variáveis independentes (sexo, idade, raça, alfabetismo, índice de Gini). Essa análise gerou o Índice de Moran Local (IML) e os mapas de correlação espacial. Para a correlação espacial bivariada, os *clusters* foram interpretados em um dos cinco tipos: Não significativa: regiões que não entraram em nenhum *cluster*; Alto-Alto: regiões com alta frequência da variável de interesse e alta frequência de mortalidade; Baixo-Baixo: regiões com baixa frequência da variável de interesse e baixa frequência de mortalidade; Baixo-Alto: regiões com baixa frequência da variável de interesse e alta frequência de mortalidade; Alto-Baixo: regiões com alta frequência da variável de interesse e baixa frequência de mortalidade<sup>7</sup>.

Os valores de correlação gerados pelos IMG e IML puderam ser avaliados como positivos

ou negativos e como fracos ( $< 0,3$ ), moderados ( $0,3-0,7$ ) ou fortes ( $> 0,7$ ), como utilizado na avaliação da correlação de Pearson.

Por se tratar de pesquisa com dados secundários, sem identificação pessoal e de domínio público, e conforme a Resolução nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde<sup>8</sup>, dispensou apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

## Resultados

No período estudado, destaca-se o estado do Rio de Janeiro, onde foi registrado o maior coeficiente de mortalidade (428,92 óbitos/100.000 habitantes), seguido por Mato Grosso (421,6 óbitos/100.000 habitante), Roraima (407,10 óbitos/100.000 habitantes) e Rondônia (407,10 óbitos/100.000 habitantes) (*tabela 1*).

Tabela 1. Óbitos/100.000 hab. por Unidades Federativas e regiões brasileiras no período de 27/03/2020 a 24/06/2022. Brasil, 2022

Unidade Federativa/Região	Óbitos/100.000 hab.
<b>Norte</b>	
Pará	214,5
Acre	227,0
Amapá	253,0
Tocantins	264,4
Amazonas	342,1
Roraima	407,1
Rondônia	407,1
<b>Nordeste</b>	
Maranhão	154,0
Bahia	201,8
Alagoas	208,0
Pernambuco	228,5
Rio Grande do Norte	235,0
Piauí	237,0
Paraíba	254,9

Tabela 1. Óbitos/100.000 hab. por Unidades Federativas e regiões brasileiras no período de 27/03/2020 a 24/06/2022. Brasil, 2022

Unidade Federativa/Região	Óbitos/100.000 hab.
Sergipe	276,5
Ceará	297,5
<b>Sudeste</b>	
Minas Gerais	293,0
Espírito Santo	359,9
São Paulo	371,4
Rio de Janeiro	428,9
<b>Sul</b>	
Santa Catarina	306,6
Rio Grande do Sul	351,1
Paraná	381,6
<b>Centro-Oeste</b>	
Mato Grosso do Sul	381,8
Goiás	382,1
Distrito Federal	389,6
Mato Grosso	421,6

Fonte: elaboração própria.

Durante o período do estudo, foi possível verificar uma correlação espacial positiva moderada com relação à mortalidade por covid-19 e indivíduos de 20 a 59 anos (IMl = 0,31;  $p < 0,01$ ), mortalidade pela doença e alfabetizados (IMl = 0,48;  $p < 0,01$ ), ou seja, estados com maior mortalidade possuíam maior população de indivíduos de 20 a 59 anos e de indivíduos alfabetizados (*tabela 2*).

Com relação à etnia, pode-se observar uma correlação espacial positiva fraca quanto à

mortalidade por covid-19 e indivíduos brancos (IMl = 0,26;  $p < 0,01$ ). Também foi verificada uma correlação espacial negativa moderada com relação à mortalidade e ao índice de Gini, ou seja, estados com maior mortalidade possuíam menor índice de Gini (IMl = -0,310;  $p < 0,01$ ). Apesar de não ter sido significante a relação entre distribuição espacial de mortalidade e sexo, pode-se observar uma correlação positiva entre mortalidade por covid-19 e sexo masculino (*tabela 2*).

Tabela 2. Índice de Moran Bivariado das variáveis independentes sexo, idade, etnia e alfabetização em relação à mortalidade de covid-19 no Brasil. Brasil, 2022

Mortalidade (/100 mil) vs	Índice de Moran Bivariado	Valor p
<b>Índice de Gini</b>	<b>-0,310</b>	<b>&lt; 0,010</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	-0,099	0,180
Masculino	0,099	0,180
<b>Idade (anos)</b>		
0 a 19	-0,251	0,020
20 a 59	0,317	< 0,010
≥ 60	0,127	0,110
<b>Raça</b>		
Branco	0,265	< 0,010
Não branco	-0,265	< 0,010
<b>Escolaridade</b>		
Alfabetizados	0,483	< 0,010
Não alfabetizados	-0,483	< 0,010

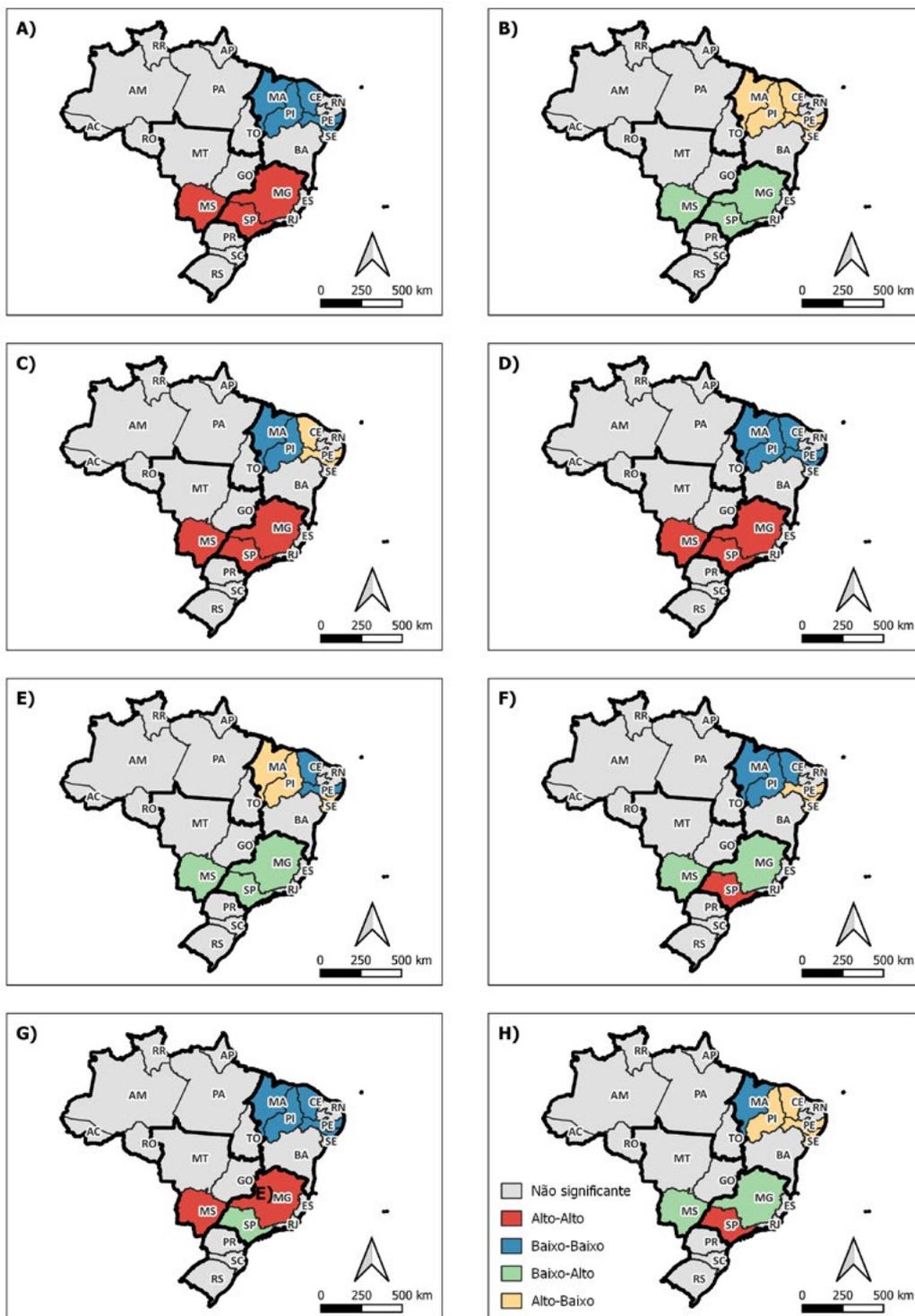
Fonte: elaboração própria.

No que se refere à distribuição espacial, os resultados evidenciam padrão heterogêneo de mortalidade por covid-19 no Brasil, destacando-se a correlação de mortalidade com índice de Gini, idade entre 20 e 59 anos, indivíduos brancos e alfabetizados, refletindo a complexidade e os desafios no enfrentamento

da pandemia em um país de dimensão continental (*figura 1*).

Os mapas demonstram a formação de *clusters* quando verificada a correlação espacial de mortalidade por covid-19 com as variáveis independentes, sexo, idade, raça, alfabetismo e índice de Gini (*figura 1*).

Figura 1. Correlação espacial de mortalidade por covid-19 com as variáveis: sexo, idade, raça, alfabetismo e índice de Gini. Brasil, 2022



Fonte: elaboração própria.

Mapas de autocorrelação espacial da mortalidade por covid-19 no Brasil: A – BiLisamap, proporção de indivíduos alfabetizados no Brasil; B – BiLisamap, proporção de indivíduos não brancos no Brasil; C – BiLisamap, proporção de indivíduos de 60 ou mais anos no Brasil; D – BiLisamap, proporção de indivíduos de 20 a 59 anos no Brasil; E – BiLisamap, proporção de indivíduos de 0 a 19 anos no Brasil; F – BiLisamap, proporção de homens no Brasil; G – BiLisamap, incidência de covid-19 no Brasil no período de 27/03/2020 a 24/06/2022; e H – BiLisamap, índice de Gini.

Em geral, na autocorrelação espacial com relação a mortalidade e alfabetizados, indivíduos com 60 anos ou mais, homens e quanto à incidência, houve formação de *cluster* do tipo alto-alto, abrangendo estados da região Sudeste e Centro-Oeste, principalmente Mato Grosso do Sul e Minas Gerais. Os *clusters* do tipo baixo-baixo de mortalidade e idade de 20 a 59 anos e pessoas alfabetizadas concentraram-se mais na região Nordeste, envolvendo os estados do Maranhão, Piauí, Ceará e Pernambuco.

Com relação ao índice de Gini e mortalidade, obteve-se a formação de *cluster* alto-alto em um estado isolado, São Paulo. Outro ponto observado foi a formação de *clusters* inversos nas regiões Nordeste e Sudeste, com relação a indivíduos não brancos e mortalidade, sendo verificados os tipos alto-baixo e baixo-alto, respectivamente.

## Discussão

A distribuição espacial de mortalidade por covid-19 no período estudado e as variáveis independentes apresentaram uma correlação espacial e a formação de diversos *clusters* para cada região, fato associado à diversidade regional. Assim, verificou-se correlação positiva entre mortalidade e indivíduos com idade de 20 a 59 anos e alfabetizados; positiva fraca entre mortalidade e brancos; e negativa moderada entre mortalidade e índice de

Gini, confirmando correlação espacial da mortalidade por covid-19 com indicadores socioeconômicos e demográficos.

Essas correlações podem estar associadas à abrangência do período do estudo, pois perpassou as diversas ondas da pandemia de covid-19, em que foram adotadas diferentes medidas pelos gestores a fim de minimizar o impacto da doença, além do início e evolução da vacinação.

A distribuição heterogênea dos casos e a mortalidade por covid-19 podem ser relacionadas à chegada das novas variantes do vírus em tempos diferentes em cada região, adoção e adesão da população às medidas não farmacológicas de prevenção da doença, início e adesão da população à vacinação, além das vulnerabilidades sociais já existentes e da estrutura de saúde<sup>9</sup>. Durante a pandemia, diversas variantes foram identificadas, ocasionando ondas epidêmicas da covid-19, como a Alfa, a Beta, a Gama, a Delta e a Ômicron (+). As variantes, Alfa e Delta foram associadas a um maior coeficiente de mortalidade, que pode estar relacionado com a capacidade de ambas de gerar muitas infecções em pouco tempo, sobrecarregando os serviços de saúde<sup>10</sup>.

Também foi verificado que o risco de hospitalização, devido às formas mais graves da doença, estava relacionado com as variantes Alfa e Beta<sup>11</sup>. Em janeiro de 2021, o Brasil foi notificado pelas autoridades sanitárias do Japão que uma nova variante foi identificada em quatro japoneses que haviam retornado de Manaus<sup>12</sup>. A partir de então, verificou-se que a nova variante, denominada P.1, linhagem B.1.1.28.1, Gama, estava circulando no estado do Amazonas desde outubro de 2020<sup>13</sup>. No Paraná, foi evidenciado que os coeficientes de mortalidade triplicaram em jovens com idade entre 20 e 29 anos e dobraram em adultos na faixa etária de 30 a 59 anos após o surgimento e a disseminação da variante Gama<sup>14</sup>.

Diferente das variantes anteriores, a infecção pela variante Ômicron não causa perda de olfato ou de paladar, sendo sintomas mais recorrentes cansaço, dores musculares, febre,

tosse seca, dor de garganta, dor de cabeça e taquicardia<sup>15</sup>. Estudo realizado no Centro Médio Nacional, na Coreia do Sul, com 40 pacientes infectados com a variante Ômicron, verificou que 47,5% foram casos assintomáticos<sup>16</sup>. Já no Brasil, verificou-se que a mortalidade de pacientes hospitalizados com Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (Sars-CoV-2) aumentou durante a onda de covid-19 surgida pela variante Ômicron. Em particular, pessoas com mais de 60 anos de idade, presença de comorbidades e o sexo masculino apresentaram maior risco de morte pela doença causada por essa variante, por outro lado, a dose de reforço da vacina contra covid-19 contribuiu para uma diminuição da probabilidade de morte<sup>17</sup>.

Nesse contexto, nota-se que a pandemia atravessou diversas fases. No Brasil, na primeira fase, de fevereiro a maio de 2020, verificou-se uma interiorização dos casos, ocasionando dificuldade de acesso para ocupação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e aumentando a ocorrência de óbito. No período de junho a agosto de 2020, a covid-19 já tinha se espalhado por todo o País, sendo registrados, em média, 1000 óbitos diários, além de regiões como Centro-Oeste e Sul, que vivenciaram situações críticas de ocupação de leitos de UTI. Na terceira fase, de setembro a novembro de 2020, houve uma redução de casos e óbitos pela doença, de forma que as medidas de isolamento foram sendo flexibilizadas, em graus e tempos diferentes pelos estados, entretanto, não havia vacina, sendo terreno fértil para o desenvolvimento de novas variantes<sup>18</sup>.

Diante do afrouxamento das medidas de restrição, no final de 2020, o cansaço da população das medidas restritivas e as festas de final de ano culminaram em um aumento dos casos e óbitos, a partir do final de 2020, iniciando a quarta fase, que foi até junho de 2021. Nesse período, considerado o mais dramático da pandemia, circulava a variante Gama, e o despreparo do sistema de saúde contribuiu para aumento na mortalidade, chegando à média de 3000 óbitos diários por covid-19.

Essa fase da pandemia levou ao colapso dos sistemas de saúde em diversos estados, que apresentaram deficiência de equipamentos, insumos para UTI e esgotamento da força de trabalho dos profissionais da saúde. Destaca-se o colapso do sistema de saúde e funerário na região Norte, apresentando falta de leitos de UTI e de insumos e equipamentos<sup>19</sup>.

Nessa conjuntura, no Brasil, a vacinação se iniciou na segunda quinzena de janeiro, concomitantemente à rápida transmissão da variante Gama, identificada em Manaus, que vivenciou picos explosivos de mortalidade. A situação vivenciada em Manaus obrigou o Ministério da Saúde a destinar cotas extras de vacinas anticovid-19 para o Amazonas, direcionadas a indivíduos com mais de 70 anos e colaboradores da saúde, a fim de frear o avanço da pandemia. A mortalidade por covid-19 no Amazonas, entre abril e maio de 2020 e janeiro de 2021, mostrou mudança no perfil de óbito por sexo e faixa etária ao se comparar a primeira com a segunda onda da pandemia no estado. Verificou-se um aumento na proporção de óbitos por covid-19 entre mulheres e na faixa etária de 20 a 59 anos de ambos os sexos. Além disso, houve aumento relativo nos coeficientes de mortalidade e letalidade nas diferentes faixas etárias e sexos<sup>20</sup>.

A faixa etária com maior risco de óbito está associada aos mais idosos, podendo ter como justificativa a imunossenescência, situação em que o sistema imunológico se enfraquece devido ao aumento da produção de citocinas e ao enfraquecimento nas células T e B, além da presença de comorbidades, que aumentam com a idade, influenciando o aumento da mortalidade de idosos<sup>21</sup>. Assim, a idade é um dos riscos demográficos relacionados com o desenvolvimento da forma grave da covid-19.

Com relação à mortalidade por covid-19 e sexo, estudos evidenciaram que maiores números de óbitos ocorreram no sexo masculino<sup>21,22</sup>. Isso pode estar associado à maior prevalência de diabetes, câncer e doenças cardíacas entre os homens, além dos níveis mais baixos de resistência imunológica do

homem associados ao comportamento imunossupressor da testosterona<sup>20</sup>. Fato semelhante foi identificado em estudo realizado em 63 países, com maior taxa de mortalidade no sexo masculino pela covid-19, relacionada à maior presença de comorbidades como diabetes e doenças cardíacas, além de fatores biológicos, como uma expressão mais alta do receptor de enzima conversor de angiotensina 2, utilizada pelo Sars-CoV-2, para entrar na célula hospedeira<sup>23</sup>.

Sobre a etnia não branca, o estudo identificou correlação espacial negativa, ou seja, formação de *clusters* alto-baixo na região Nordeste, com um elevado número de indivíduos não brancos e baixa mortalidade, e baixo-alto na região Sudeste, com um número reduzido de indivíduos não brancos e alta mortalidade por covid-19, podendo-se associar a maior taxa de mortalidade em indivíduos não brancos no período estudado.

Por outro lado, em Rondônia, entre as notificações com o quesito raça/cor informado, a maior letalidade foi identificada entre os pretos<sup>24</sup>. Essa relação de mortalidade por covid-19 e a população negra pode estar associada tanto à maior incidência de doenças associadas quanto à desigualdade socioeconômica<sup>25</sup>.

As regiões Sul e Sudeste apresentaram as maiores taxas de internação por 100 mil habitantes, no entanto, a mortalidade intra-hospitalar foi maior nos estados do Norte e do Nordeste. Ao verificar as diferenças raciais, observou-se que os indivíduos brancos foram os mais hospitalizados, mas os pretos apresentaram maiores taxas de mortalidade. Esses dados podem estar associados às desvantagens relativas às condições de moradia, distribuição de renda, educação e menor acesso aos serviços de saúde<sup>26</sup>.

Nesse contexto, também se destacam a renda e o emprego ocupado pela população negra, que, muitas vezes, desenvolve atividades que favorecem a contaminação pela covid-19. Parte considerável dessa população ocupa postos de trabalho que não podem ser

desempenhados de forma remota, assim, o perfil raça e etnia foram diretamente correlacionados com a exposição ao Sars-CoV-2<sup>27</sup>.

Na Inglaterra, foi identificada hesitação com relação à vacina anticovid-19 entre indivíduos negros e asiáticos, sendo uma das preocupações a insegurança quanto aos efeitos colaterais. Assim, para uma melhor adesão à vacina, torna-se necessário um olhar mais amplo para as comunidades, tentando envolvê-las, pedindo auxílio a líderes comunitários, assistentes sociais, conselhos locais, além de maior divulgação de informações publicamente disponíveis e de qualidade e transparência sobre os possíveis efeitos colaterais<sup>28</sup>.

No período de julho a novembro de 2021, reduziu-se a incidência da covid-19 no País, acompanhada de queda no número de casos graves e óbitos, resultando em redução das taxas de ocupação das UTI. No período supracitado, evidenciou-se a efetividade da vacinação em andamento, por meio da redução da transmissão e da gravidade da doença, sendo que 60% da população adulta brasileira estava vacinada, porém, ainda eram registradas cerca de 250 mortes diárias<sup>18</sup>.

Após a vacinação com vacina BioNTech, Pfizer, foi identificado que 33 indivíduos entre 3.720 profissionais de saúde apresentaram a infecção pela variante Alfa, no entanto, foram assintomáticos ou apresentaram sintomas leves da doença<sup>11</sup>. Nos Estados Unidos, a eficácia geral da vacina da Pfizer contra a infecção da variante Delta do vírus Sars-CoV-2 diminuiu de 93% em um mês após a vacinação completa para 53% após quatro meses<sup>29</sup>.

Ademais, além da vacinação, a capacidade de estrutura dos sistemas de saúde foi importante na pandemia. Estudo criou e mapeou o Índice de Infraestrutura de Saúde (IIS) nos estados brasileiros, constatando existirem disparidades regionais na distribuição espacial da infraestrutura do sistema de saúde, sendo os menores índices registrados na região Norte, em estados como Amapá e Roraima, locais onde o sistema de saúde foi gravemente afetado pela pandemia<sup>30</sup>.

Outro ponto a ser considerado é o desalinhamento e a descoordenação entre União, estados e municípios no enfrentamento da pandemia no Brasil, desde a fase inicial até a execução do Plano Nacional de Imunização anticovid-19. No início da vacinação, houve uma escassez de doses de vacinas, além da divergência de calendários vacinais e de critérios de priorização de grupos entre estados e municípios, e, especialmente, pelos atrasos na compra de vacinas pelo governo federal, bem como pelas manifestações até mesmo antivacinas desse nível de gestão<sup>31-33</sup>.

No Brasil, com o avanço da vacinação anticovid-19, foi verificada redução do número de casos graves e internações clínicas e em UTI, além do número de óbitos<sup>21</sup>. Em Manaus, foram verificadas mudanças nos padrões de internação e mortes por covid-19 posteriores ao início da vacinação, sendo reduzidas as taxas de internação e morte pela doença, principalmente na faixa etária de 60 a 69 anos<sup>20</sup>.

De julho a novembro de 2021, considerada a quinta fase da pandemia, foi verificada redução de casos graves e óbitos por covid-19, mesmo diante da elevada disseminação da variante Delta, sendo perceptível a eficácia da vacinação. Destaca-se que, diante de 40% da população elegível vacinada, foram notificados, em média, 500 óbitos diários; e com 60% vacinados, foram registrados, em média, 250 óbitos por dia. Na sexta fase da pandemia, de dezembro de 2021 a janeiro de 2022, foi verificada nova onda da pandemia com a variante Ômicron, aumentando o número de casos e a taxa de ocupação de leitos de UTI, no entanto, essa ascensão se deu em menor proporção ao se comparar essa fase com as outras da pandemia<sup>18</sup>.

Apesar das medidas terapêuticas, e ao contrário do que foi encontrado neste estudo, análises mostram que os contextos socioeconômico e político são fatores determinantes quanto ao número de casos e óbitos pela doença, assim, a densidade demográfica e o índice de Gini estão associadas à mortalidade pela covid-19<sup>34,35</sup>. A desigualdade social

impacta na adoção de medidas preventivas, pois a população pertencente aos estratos mais vulneráveis da sociedade representa a maioria dos trabalhadores informais, serviço doméstico, comercial, transporte e correio, que se mantiveram ativos mesmo durante as fases mais críticas da pandemia. Ademais, a escassez de renda influencia a disponibilidade de recursos devido à ausência de investimentos em infraestrutura comunitária, como educação, transporte, saneamento, habitação e serviços de saúde<sup>22</sup>.

### Limitações do estudo

O estudo apresenta fatores limitantes relacionados com a subnotificações e à utilização dos Censos retroativos da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), referente ao ano de 2015. No entanto, esses fatores não interferiram na qualidade dos resultados apresentados, uma vez que, por meio dos dados utilizados, foi possível identificar correlações espaciais entre as variáveis independentes e a mortalidade por covid-19, verificando a heterogeneidade dos estados com suas particularidades e formas de enfrentamento, sendo crucial para o direcionamento de projetos e ações governamentais nas esferas municipais, estaduais ou federal, conforme seu perfil.

### Contribuições para a prática entre os indicadores socioeconômicos e demográficos e óbitos por covid-19 nos estados brasileiros

Este estudo abrange a identificação da associação entre os indicadores socioeconômicos e demográficos e os óbitos por covid-19, oferecendo informações relevantes para a prática clínica e a gestão de recursos de saúde. Ainda, os resultados evidenciam, para os profissionais da saúde, a importância de se considerar a influência dos indicadores socioeconômicos locais na dinâmica de uma doença infecciosa, sendo essencial a inclusão desses na elaboração dos planos de contingência de surtos e epidemias.

## Conclusões

Observou-se correlação espacial entre os indicadores socioeconômicos e demográficos e óbitos por covid-19 nos estados brasileiros, com formação de *clusters* no coeficiente de mortalidade e das categorias descritas, verificando significância entre mortalidade e idade, etnia, alfabetização e índice de Gini. Assim, verifica-se a necessidade de adoção de medidas intersetoriais, a fim de garantir o acesso universal à saúde e a alocação equitativa de recursos para minimizar as desigualdades sociais.

## Colaboradoras

Moraes AIS (0000-0001-6619-8791)\* e Uehara SCSA (0000-0002-0236-5025)\* contribuíram para concepção do projeto, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final do manuscrito. Corrêa APV (0000-0002-9098-3594)\* e Pereira HNS (0000-0002-6766-4907)\* contribuíram para redação, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final do manuscrito. ■

## Referências

1. Albuquerque MV, Ribeiro LHL. Inequality, geographic situation, and meanings of action in the COVID-19 pandemic in Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2021;36(12):e00208720. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00208720>
2. Chávez-Almazán LA, Díaz-González L, Rosales-Rivera M. Socioeconomic determinants of health and COVID-19 in Mexico. *Gac Med Mex*. 2023;158(1). DOI: <https://doi.org/10.24875/GMM.M22000633>
3. Khalatbari-Soltani S, Cumming RC, Delpierre C, et al. Importance of collecting data on socioeconomic determinants from the early stage of the COVID-19 outbreak onwards. *J Epidemiol Community Health*. 2020;74(8):620-623. DOI: <https://doi.org/10.1136/jech-2020-214297>
4. Cajachagua-Torres KN, Quezada-Pinedo HG, Huaynaya-Espinoza CA, et al. COVID-19 and drivers of excess death rate in Peru: A longitudinal ecological study. *Heliyon*. 2022;8(12):e11948. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e11948>
5. Anselin L, Syabri I, Kho Y. GeoDa: an introduction to spatial data analysis. In: Fischer M, Getis A. *Handbook of applied spatial analysis: Software tools, methods and applications*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2010. p. 73-89. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-642-03647-75>.
6. QGIS.org. QGIS Geographic Information System [Internet]. [local desconhecido]: QGIS Association; 2022 [acesso em 2023 set 13]. Disponível em: <http://www.qgis.org>
7. Anselin L. Local Indicators of Spatial Association – LISA. *Geogr Analysis*. 1995;27(2):93-115. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1538-4632.1995.tb00338.x>
8. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- que os existentes na vida cotidiana. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2016 maio 24; Seção I:44.
9. Spinella C, Mio AM. Simulation of the impact of people mobility, vaccination rate, and virus variants on the evolution of Covid-19 outbreak in Italy. *Sci Rep.* 2021;11(1):23225. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-021-02546-y>
  10. Bedoya-Sommerkamp M, Medina-Ranilla J, Chau-Rodríguez V, et al. Variantes del SARS-CoV-2: epidemiología, fisiopatología y la importancia de las vacunas. *Rev. Peru Med. Exp. Salud Publica.* 2021;38(3):442-451. DOI: <https://doi.org/10.17843/rpmpesp.2021.383.8734>
  11. Rovida F, Cassaniti I, Paolucci S, et al. SARS-CoV-2 vaccine breakthrough infections with the alpha variant are asymptomatic or mildly symptomatic among health care workers. *Nat Commun.* 2021;12(1). DOI: <https://doi.org/10.1038/s41467-021-26154-6>
  12. Fujino T, Nomoto H, Kutsuna S, et al. Novel SARS-CoV-2 Variant in Travelers from Brazil to Japan. *Emerg. Infect. Dis.* 2021;27(4). DOI: <https://doi.org/10.3201/eid2704.210138>
  13. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano nacional de operacionalização da vacinação contra a COVID-19 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021 [acesso em 2023 set 13]. Disponível em: <https://sbim.org.br/images/files/notas-tecnicas/plano-vacinao-covid19-ed5-17mar21-cgpmi.pdf>
  14. Oliveira MHS, Lippi G, Henry BM. Sudden rise in COVID-19 case fatality among young and middle-aged adults in the south of Brazil after identification of the novel B.1.1.28.1 (P.1) SARS-CoV-2 strain: analysis of data from the state of Parana. *medRxiv.* 2021. DOI: <https://doi.org/10.1101/2021.03.24.21254046>
  15. Orellana-Centeno JE, Guerrero Sotelo RN. La variante SARS-CoV-2 ómicron. *Rev. ADM.* 2022;79(1):28-31. DOI: <https://doi.org/10.35366/103815>
  16. Kim MK, Lee B, Choi YY, et al. Clinical Characteristics of 40 Patients Infected With the SARS-CoV-2 Omicron Variant in Korea. *J Korean Med. Sci.* 2022;37(3):e31. DOI: <https://doi.org/10.3346/jkms.2022.37.e31>
  17. Colnago M, Benvenuto GA, Casaca W, et al. Risk Factors Associated with mortality in hospitalized patients with COVID-19 during the omicron wave in Brazil. *Bioengineering (Basel).* 2022;9(10):584. DOI: <https://doi.org/10.3390/bioengineering9100584>
  18. Fundação Osvaldo Cruz (BR). Boletim Observatório Fiocruz COVID-19: Boletim especial: balanço de dois anos da pandemia Covid-19: janeiro de 2020 a janeiro de 2022 [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2022 [acesso em 2023 set 13]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/55828>
  19. Carvalho R. Amazonas apresenta colapso no sistema de saúde por causa do coronavírus. Estadão [Internet]. 2020 abr 15 [acesso em 2023 set 13]. Disponível em: <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,amazonas-apresenta-colapso-no-sistema-de-saude-por-causa-do-coronavirus,70003272136>
  20. Orellana JDY, Cunha GM, Marrero L, et al. Changes in the pattern of COVID-19 hospitalizations and deaths after substantial vaccination of the elderly in Manaus, Amazonas State, Brazil. *Cad Saúde Pública.* 2022;38(5). DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT192321>
  21. Ejaz R, Ashraf MT, Qadeer S, et al. Gender-based incidence, recovery period, and mortality rate of COVID-19 among the population of district Attock, Pakistan. *Braz J Biol.* 2023;83:e249125. DOI: <https://doi.org/10.1590/1519-6984.249125>
  22. Silva VVA. A covid-19 enquanto questão social: classe, escolaridade e cor da pandemia no Pará. *Holos.* 2021;1:1-14. DOI: <https://doi.org/10.15628/holos.2021.11519>
  23. Geldsetzer P, Mukama T, Jawad NK, et al. Sex differences in the mortality rate for coronavirus disease 2019 compared to other causes of death: an analy-

- sis of population-wide data from 63 countries. *Eur. J. Epidemiol.* 2022;37(8):797-806. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10654-022-00866-5>
24. Escobar AL, Rodriguez TDM, Monteiro JC. Lethality and characteristics of deaths due to COVID-19 in Rondônia: an observational study. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2021;30(1):e2020763. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000100019>
25. Magesh S, John D, Li WT, et al. Disparities in COVID-19 Outcomes by Race, Ethnicity, and Socioeconomic Status. *JAMA Netw Open.* 2021;4(11):e2134147. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.34147>
26. Zeiser FA, Donida B, Costa CA, et al. First and second COVID-19 waves in Brazil: A cross-sectional study of patients' characteristics related to hospitalization and in-hospital mortality. *Lancet Reg Health Am.* 2022;6:100107. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100107>
27. Gemelas J, Davison J, Keltner C, et al. Inequities in Employment by Race, Ethnicity, and Sector During COVID-19. *J Racial Ethn Health Disparities.* 2021;9(1):350-355. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40615-021-00963-3>
28. Eberhardt J, Ling J, Horsley L, et al. Exploring COVID-19 Vaccine Confidence with People from Black and Asian Backgrounds in England. *J Racial Ethn Health Disparities.* 2022;10(4):1899-1909. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40615-022-01372-w>
29. Tartof SY, Slezak JM, Fischer H, et al. Effectiveness of mRNA BNT162b2 COVID-19 vaccine up to 6 months in a large integrated health system in the USA: a retrospective cohort study. *Lancet.* 2021;398(10309):1407-1416. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02183-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02183-8)
30. Vivanco VE, Morais TC, Daboin BG, et al. Evolution of mortality and lethality due to covid-19 in the state of Roraima, Brazil, from march 2020 to july 2021. *J Hum Growth Dev.* 2021;31(3):447-457. DOI: <https://doi.org/10.36311/jhgd.v31.12184>
31. Maciel E, Fernandez M, Calife K, et al. The SARS-CoV-2 vaccination campaign in Brazil and the invisibility of science evidences. *Ciênc saúde coletiva.* 2022;27(3):951-956. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022273.21822021>
32. Brandão CC, Mendonça AVM, Sousa MF. O Ministério da Saúde e a gestão do enfrentamento à pandemia de Covid-19 no Brasil. *Saúde debate.* 2023. 47(137):58-75. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313704>
33. Fleury S, Fava VMD. Vacina contra Covid-19: arena da disputa federativa brasileira. *Saúde debate.* 2022;46(esp1):248-264. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E117>
34. Cestari VRF, Florêncio RS, Sousa GJB, et al. Social vulnerability and COVID-19 incidence in a Brazilian metropolis. *Ciênc saúde coletiva.* 2021;26(3):1023-1033. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.42372020>
35. Poiatti ND, Pedroso NC. Desigualdade internacional no combate à Covid-19 e os seus impactos nos gastos públicos. *Saúde debate.* 2022;46(esp8):21-34. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E802>

---

Recebido em 23/01/2024

Aprovado em 10/06/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes)

Editora responsável: Jamilli Silva Santos



## Percepção dos pais de crianças submetidas a procedimento cirúrgico eletivo: da descoberta ao tratamento cirúrgico

*Parents perception regarding children who underwent elective surgery: from discovery to surgical treatment*

Carolina Talini<sup>1</sup>, Ariana Rodrigues da Silva Carvalho<sup>1</sup>, Claudia Silveira Viera<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/2358-289820241428293P

**RESUMO** Este estudo tem como objetivo descrever a percepção dos pais acerca da trajetória do paciente cirúrgico pediátrico, desde o diagnóstico, indicação de cirurgia até sua realização, reconhecendo fatores que levaram ao atraso no atendimento. Trata-se de estudo qualitativo, descritivo, que inicialmente identificou, nos prontuários, as crianças encaminhadas em atraso para a idade para avaliação com o cirurgião. Identificaram-se 77/289 (26,6%) pacientes encaminhados em atraso. Após sorteio realizaram-se entrevistas, por telefone, com sete pais. Utilizou-se da análise de conteúdo na modalidade temática com a emergência de três categorias: dificuldades encontradas; atendimento na atenção primária; e da descoberta do problema à realização da cirurgia. Em referência à espera para atendimento pelos especialistas, observa-se excesso de demanda ante a menor oferta de consultas. A qualidade do atendimento recebido na atenção primária foi bem avaliada e a empatia das equipes foi elogiada. Os familiares reconheceram que a espera pelo atendimento era considerada normal e esteve dentro do esperado, e que, mesmo sendo longa, quando não se tratava de emergência, era considerada aceitável. Conclui-se que o atendimento recebido foi considerado como de qualidade. Em relação ao tempo de espera pela avaliação e cirurgia, a escassez de profissionais da especialidade e a falta de coordenação na rede de atenção primária podem ser considerados como pontos de dificuldade no itinerário percorrido.

**PALAVRAS-CHAVE** Acesso aos serviços de saúde. Criança. Encaminhamento e consulta. Necessidades e demandas de serviços de saúde. Percepção do tempo.

**ABSTRACT** *This study aims to describe parents' perception of pediatric surgical patient's trajectory, from diagnosis and indication for surgery to its completion, and to recognize factors that led to delays in care. This is a qualitative, descriptive study, which first identified in medical records children who were late referred for evaluation by the surgeon, and those responsible were randomly selected to be interviewed via telephone call. Content data analysis was carried out, thematic modality. Furthermore, 77/289 (26.6%) patients referred late were identified. Three thematic categories were listed: difficulties encountered; care in primary care; and from discovering the problem to performing surgery. Regarding the wait for the expert assessment, there is an excess of demand against a lower availability of appointments. A positive aspect was the quality of care received in primary care; the empathy of the teams was praised. Regarding the perception of time, family members considered the wait for care as normal and within expectations. Even when long, if it was not an emergency, it was considered acceptable. In conclusion, regarding the waiting time for evaluation and surgery, the lack of specialists and coordination of primary care may be pointed as difficulties during the course of care.*

**KEYWORDS** *Health services accessibility. Child. Referral and consultation. Health services needs and demand. Time perception.*

<sup>1</sup>Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) – Cascavel (PR), Brasil.  
carolitalini@yahoo.com.br



## Introdução

A cirurgia pediátrica é uma especialidade com importante demanda de avaliações e encaminhamentos – provenientes, em sua maioria, da atenção primária –, a fim de verificar a necessidade de tratamento cirúrgico para algumas patologias comuns na infância, como hérnia inguinal, hérnia umbilical, hidrocele, fimose e criptorquidia. No entanto, trata-se de uma especialidade com distribuição muito desigual nas diversas regiões do Brasil, principalmente nas pequenas cidades do interior<sup>1</sup>. Distribuição heterogênea, que também está presente em outros países do mundo quando observadas as características específicas dessa especialidade<sup>2,3</sup>. Desta forma, o atendimento à população infantil fica prejudicado e muitas vezes pode sofrer atrasos, levando ao diagnóstico e tratamento definitivos tardios, o que pode provocar consequências indesejadas. Outro fator que sabidamente contribui para o encaminhamento em atraso pode ser o desconhecimento dos profissionais que estão prestando atendimento na atenção primária acerca das patologias pediátricas cirúrgicas e suas particularidades<sup>4</sup>.

Além das questões específicas sobre a especialidade, há também os aspectos relacionados à estruturação do sistema público de saúde no Brasil, em que a atenção primária funciona como porta de entrada do sistema, e tem também a missão de coordenar o cuidado, a fim de garantir que este ocorra de forma integral<sup>5</sup>. Sendo assim, casos que não podem ser solucionados pela atenção primária devem ser encaminhados para tratamento ambulatorial ou hospitalar especializado<sup>6</sup>.

A atenção especializada como parte do sistema de cuidados integrais tem o objetivo de garantir a retaguarda técnica, assumindo a responsabilidade pelos usuários, cujos processos de diagnóstico e tratamento fundamentam-se em um vínculo principal com a rede básica, que deve ser preservado. O acesso à assistência especializada é feito a partir do encaminhamento das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) para as unidades gerenciais, municipais

ou estaduais, que assumem o compromisso do agendamento dos serviços para a atenção secundária<sup>7</sup>.

Nesse contexto, o acesso à atenção especializada é uma das maiores dificuldades do Sistema Único de Saúde (SUS), tanto pela oferta insuficiente de ações diagnósticas e terapêuticas quanto pelos modos de organização e funcionamento desse nível de atenção, incluindo-se, por exemplo, a qualidade e a quantidade de encaminhamentos e solicitações, o que gera uma importante sobrecarga neste ponto de atenção. A partir desta questão, princípios e diretrizes como equidade, transparência, utilização adequada e tempo oportuno de acesso aos serviços, com base na necessidade de cada usuário, visando à integralidade do cuidado, devem ser considerados<sup>5</sup>.

No que diz respeito à avaliação de uma criança ante possível patologia que exige intervenção cirúrgica, tem-se também a questão da percepção dos pais da existência do problema e a busca por ajuda nos diversos subsistemas do cuidado em saúde. Neste sentido, entra em cena o conceito de itinerário terapêutico, definido como as práticas individuais e socioculturais dos caminhos percorridos pelos indivíduos na busca pela solução do problema. Trata-se, portanto, de um conjunto de múltiplas redes formais e informais de apoio<sup>8</sup>. Os fatores socioculturais sabidamente interferem na percepção sobre a saúde e a doença, e na decisão de buscar por atendimento especializado. Assim, são identificados três diferentes subsistemas envolvidos no grande sistema de cuidados: popular – especialistas não profissionais da cura; *folk* (sistema informal) – inclui a família e a comunidade; e profissional – medicina científica e tradicional.

Os processos pelos quais os indivíduos escolhem, avaliam e aderem a determinadas formas de tratamento são elementos constitutivos do itinerário terapêutico<sup>9</sup>. Este processo de escolha é complexo e envolve diversos aspectos socioculturais da família, bem como do acesso e da estruturação do sistema de saúde. O subsistema formal consiste

na medicina científica. O acesso da população a este subsistema depende de muitos fatores, alguns inerentes ao sistema de saúde e outros inerentes ao próprio usuário, entre eles: qualidade e resolutividade do serviço prestado, especificidade para atendimentos em pediatria, facilidade no acesso e transporte, assim como as experiências anteriores da família com o serviço de saúde. Experiências negativas no passado e falta de acolhimento pelos profissionais são fatores que influenciam negativamente na escolha da família, de buscar novo atendimento nessa rede. Também não é incomum que usuários não se dirijam à rede básica de atendimento por já terem vivenciado situações em que não receberam os devidos cuidados neste ponto de atenção<sup>8</sup>. O reconhecimento do itinerário terapêutico proporciona melhor avaliação da população que está sendo atendida, sua situação cultural e inserção na comunidade e, ainda, a identificação de fatores que possam estar dificultando o acesso da população ao atendimento pelo sistema formal.

No que se refere à cirurgia pediátrica, os problemas sociais e familiares causados pela longa espera por procedimentos cirúrgicos eletivos são evidentes, e tema de grande relevância para a especialidade. Portanto, é importante descrever a percepção dos pais acerca da trajetória do paciente cirúrgico pediátrico, desde o diagnóstico, indicação de cirurgia até sua realização, reconhecendo fatores que levaram ao atraso no atendimento.

## Material e métodos

Para responder ao questionamento desta investigação, optou-se pela realização de estudo qualitativo. Primeiramente, para identificar quem seriam os participantes desta pesquisa, realizou-se levantamento de dados quantitativo, identificando as crianças que passaram por procedimentos cirúrgico no período de setembro de 2018 a março de 2020, em três hospitais da região Oeste do Paraná. A escolha do início do período de coleta deveu-se ao

fato de que não havia, até setembro de 2018, naquela regional de saúde, nenhum ambulatório para atendimento eletivo na especialidade de cirurgia pediátrica pelo SUS. Ademais, o término do período avaliado coincidiu com o início da pandemia da covid-19, ocasião em que os atendimentos eletivos foram paralisados.

A coleta de dados foi realizada pela análise de prontuários eletrônicos dos pacientes operados e atendidos em três ambulatórios de cirurgia pediátrica do SUS, na 10ª Regional de Saúde do Estado do Paraná. As variáveis coletadas foram relativas à patologia cirúrgica, informações sobre o encaminhamento pela atenção primária e avaliação inicial pelo cirurgião, além de informações sobre o procedimento cirúrgico e os achados operatórios. Desse modo, identificou-se a idade em que o procedimento foi realizado, possibilitando reconhecer se houve atraso nos encaminhamentos. Além disso, buscou-se identificar os motivos do possível atraso. Para tal, foi realizada entrevista direta com pais ou responsáveis pelos pacientes que foram submetidos à cirurgia fora da faixa etária esperada para a patologia, o que caracteriza procedimento cirúrgico tardio. Os pacientes enquadrados nesses critérios compuseram o grupo de procedimentos em atraso, os quais foram randomizados pelo uso do *website* sorteador para a seleção daqueles que seriam entrevistados. Realizaram-se três tentativas de ligação telefônica, em três diferentes dias da semana e em diferentes períodos do dia (manhã, tarde e noite). Após as tentativas, aqueles que não atenderam às ligações foram contatados por aplicativo de mensagem para agendarem data e horário das entrevistas, que foram realizadas por um único entrevistador, via ligação telefônica, tendo sido gravadas no aplicativo de celular (*Call Recorder*) e posteriormente transcritas para documentos em Word<sup>®</sup>. Os pacientes que não possuíam telefone para contato no cadastro foram excluídos do grupo e não participaram da randomização para comporem os participantes da etapa qualitativa.

A entrevista foi conduzida pela seguinte questão norteadora: 'Inicialmente, gostaríamos de saber quanto tempo levou para que, depois de atendido no posto de saúde, seu filho

fosse encaminhado para avaliação com o cirurgião pediátrico?'. Para auxiliar no aprofundamento dos dados, empregou-se, ainda, um roteiro semiestruturado, contendo questões acerca dos motivos que levaram à demora no diagnóstico, encaminhamento e na realização do procedimento cirúrgico, e o percurso dos pais ou responsáveis na busca de atenção ao problema de saúde da criança, até a realização da cirurgia. Os dados das entrevistas foram submetidos à análise de conteúdo na modalidade temática<sup>10</sup>, sendo o conjunto de dados obtidos a partir das respostas dos responsáveis que retornaram os contatos dos pesquisadores.

Após a familiarização inicial com os dados, mediante leitura flutuante e impregnação do autor com o conteúdo das falas, o pesquisador obteve visão de conjunto e apreendeu as especificidades do fenômeno em análise. Na sequência, realizou-se a pré-análise, momento em que foi empregado o critério de saturação teórica<sup>11</sup> dos dados para decidir sobre o encerramento das entrevistas, visto que, naquele momento, era possível seguir analisando as entrevistas e identificando os códigos iniciais que levaram a constructo teórico possível para responder ao questionamento da pesquisa. A codificação inicial foi feita pelo pesquisador principal e pelo segundo pesquisador, de forma independente, o que constituiu uma das etapas de validação e confiabilidade dos dados<sup>12,13</sup>. Os dois pesquisadores compararam suas codificações, gerando codificação única de forma sistemática em quadros. Na etapa seguinte, pela observação de padrões repetidos nas entrevistas, os códigos foram agrupados em potenciais temas, alocando-se todos os dados (fragmentos das falas dos entrevistados, representativas dos códigos) pertinentes àquele tema no mesmo quadro. Posteriormente, mediante a revisão das informações e conferência de todas as entrevistas, depois de dupla codificação, chegou-se ao modelo final do mapa da análise, com temas e subtemas refinados, para somente então realizar a confecção do relatório da análise qualitativa.

O estudo foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual

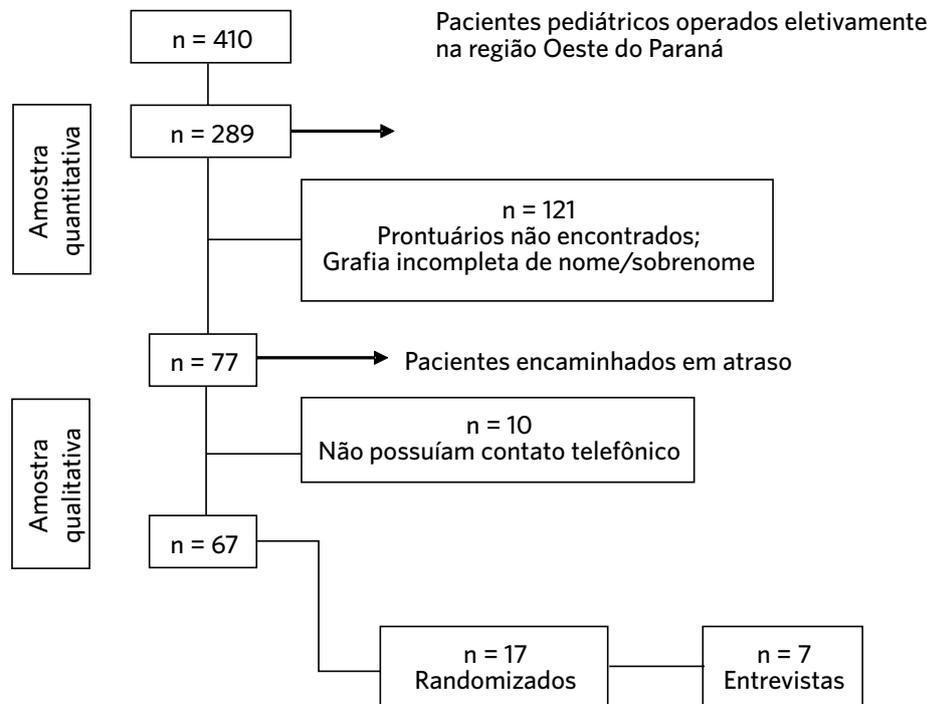
do Oeste do Paraná, e somente após sua aprovação pelo parecer 5.023.889 (CAAE: 50835621.1.0000.0107), deu-se início à coleta de dados. Para inclusão no estudo, todos os responsáveis consentiram verbalmente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) da pesquisa, que foi lido para os entrevistados, pelo pesquisador, durante a ligação telefônica. Outrossim, cumpriram-se os princípios éticos em conformidade com as Resoluções nº 466/2012 nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde<sup>14,15</sup>.

## Resultados

No período analisado, 410 pacientes pediátricos foram operados em caráter eletivo, dos quais 121 foram excluídos da amostra, pois os prontuários clínicos não foram encontrados devido a inconsistências nos dados de identificação. Assim, 289 pacientes compuseram a etapa inicial do estudo, sendo (72,3%) do sexo masculino, com idade média de 57,9 meses, na avaliação pelo cirurgião, e de 59 meses, na data da cirurgia. A procedência dos pacientes foi em sua maioria da atenção primária (75%) e a patologia mais incidente foi a hérnia inguinal (39,1%). O intervalo de tempo médio entre o encaminhamento pela atenção primária até a realização da cirurgia foi de 4,98 meses, e entre a avaliação pelo cirurgião e a realização da cirurgia foi de 1,21 meses.

Após a avaliação dos prontuários, constatou-se que 77 (26,6%) pacientes foram encaminhados em atraso e seus familiares poderiam compor o conjunto de participantes das entrevistas. Desse total, dez pacientes foram excluídos por não terem telefone cadastrado no prontuário eletrônico, portanto, 67 pacientes compuseram o grupo em atraso, cujos responsáveis estavam aptos a serem entrevistados. 51 (66,2%) dos pacientes eram do sexo masculino, com idade média de 58 meses na avaliação pelo cirurgião, e que a patologia mais incidente foi a hérnia inguinal, também em 51 dos casos (66,2%).

Figura 1. Fluxograma da randomização



Fonte: elaboração própria.

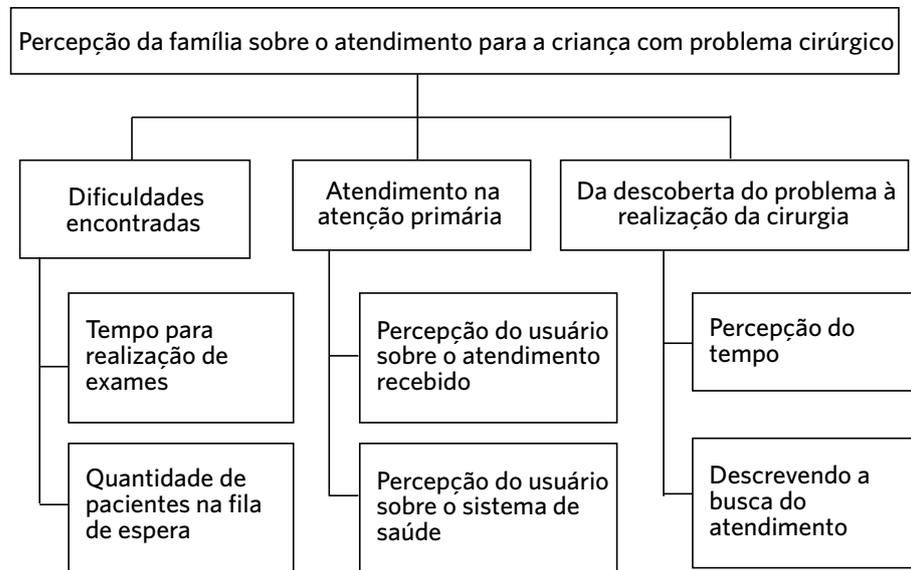
Para a seleção dos participantes, fez-se a randomização do grupo em atraso. A partir daí, entrou-se em contato com 17 responsáveis, sendo que 10 não atenderam as ligações telefônicas após as inúmeras tentativas e nem retornaram os recados enviados via aplicativo de mensagem rápida. Desse modo, foram entrevistados, um a um, os sete contatados com sucesso, fazendo-se a transcrição e análise de cada entrevista, em busca de constructo que indicasse ou não a necessidade de randomizar mais participantes. Como utilizou-se o critério de saturação teórica para a definição da amostra, constatou-se que não seria necessária a reposição dos dez pacientes randomizados que não atenderam ou retornaram o contato dos entrevistadores.

Dos sete responsáveis que participaram das entrevistas, seis eram mães e um era pai de

criança operada; uma das crianças era do sexo feminino e as outras seis, do sexo masculino. Duas crianças eram moradoras da cidade-sede da Regional de Saúde e as demais, de outras cidades. Cinco eram portadoras de hérnia inguinal e duas, portadoras de criptorquidia. A idade média das crianças na avaliação pelo cirurgião foi de 79,1 meses (variando entre 33 e 125 meses), enquanto a idade média das crianças na data de realização da cirurgia foi de 80,7 meses (variando entre 35 e 125 meses).

No que diz respeito ao período da descoberta do problema cirúrgico até a realização da cirurgia, identificou-se que os familiares registraram diferentes percepções em relação ao tempo transcorrido entre o diagnóstico, o encaminhamento, a avaliação pelo cirurgião e a realização da cirurgia. Desse contexto, emergiram três categorias temáticas de análise.

Figura 2. Categorias temáticas de análise



Fonte: elaboração própria.

## Dificuldades encontradas

O primeiro ponto evidente nas entrevistas foi o ‘tempo de espera para a realização dos exames’ complementares necessários:

*Achei que demorou um pouquinho, sim [a realização dos exames pré-operatórios]. Comparado à consulta com a cirurgiã, o exame foi o mais demorado. (E1).*

*Eu me lembro [tempo de demora entre o pedido e a realização dos exames] que ele só pediu e marcou como emergência, e daí, foi bem rápido. (E2).*

*Então, entre ser pedida [os exames], foi demorado um pouco, por causa da questão que era pra esperar. Mas pra ser feita, foi rápida porque eu fiz particular, né?, eu paguei. Assim que ela pediu, eu já fiz. (E7).*

Outra questão aludida pelos entrevistados refere-se à ‘quantidade de pacientes na fila de espera’ para atendimento:

*Talvez [tempo entre o encaminhamento para o cirurgião e a realização da cirurgia] por motivo de ter bastante paciente, né? [...]. (E6).*

*Tinha muita gente, tinha muita gente na fila, daí atrasou um pouco. Mas logo depois passou para uma doutora lá, que eu esqueci o nome dela, e daí ela pediu mais urgência por causa da... por causa da hérnia dele, que estava muito grande. (E5).*

Alguns aspectos abordados pelos familiares nas entrevistas geram pontos a serem discutidos, como a necessidade de que exames sejam caracterizados como urgentes para que possam ser realizados com agilidade, bem como a realização de exames complementares em sistema de saúde complementar para suprir a dificuldade de fazê-los por meio do sistema público, o que onera os pacientes, muitos que não possuem condições financeiras para arcar com tais despesas. As dificuldades mencionadas, portanto, referem-se ao tempo de espera e à demanda por atenção especializada.

## Atendimento na atenção primária

A ‘percepção do usuário sobre o atendimento recebido’ por ele na atenção primária demonstrou satisfação.

*Muito bom [atendimento recebido na unidade de saúde], eu só falei assim: ‘Doutor, eu tenho uma dúvida: eu acho que um lado dele é maior do que o outro, parece que um é crescido’. E ele foi bem atencioso, examinou, e daí ele falou que era uma hérnia. (E2).*

*Foi, foi bem tranquila [consulta na unidade de saúde]. Bem rápido... Gostei também, na época, porque foi bem direcionado para essa parte de criança, da parte pediátrica mesmo. Então, foi bem tranquilo e bem rápido também. (E4).*

*Receberam [profissionais da Atenção Básica em Saúde (ABS)] nós muito bem, foi bem atendido. (E5).*

*Ah, na verdade, eu não tenho o que reclamar, né? Teve um pouco a demora, né? Mas, fazer o quê? (E7).*

Ainda, observou-se a ‘percepção do usuário acerca da forma como se organiza o sistema de saúde’:

*Eu acho que, no meu ponto de vista, pensar assim, em questão de SUS... eu acho assim: que deveria ser mais estruturado os municípios, né? Só uma, uma sensação da minha experiência, né? Tipo assim: na nossa cidade, é tudo encaminhado, né?, para Cascavel [PR], e eu acho que muitas vezes as pessoas vão lá e perdem um tempo muito grande, um dia, por nada... Só para ir lá e pegarem o encaminhamento de um doutor, né? Talvez essa questão assim, do SUS, ela devia ser integralizada... Não sei se seria isso... Tipo assim: para otimizar mais o tempo das pessoas também, sabe? Não muito, não muito centralizado em um centro somente... Às vezes, tem algumas especialidades que poderiam ser resolvidas nos próprios municípios, né? (E4).*

Um aspecto positivo, encontrado de forma unânime nas entrevistas, foi a ‘qualidade do atendimento recebido na atenção primária’. Apesar de eventual demora por conta do excesso de pacientes, inúmeros foram os elogios à empatia das equipes.

## Da descoberta do problema à realização da cirurgia

As famílias relataram o processo da descoberta do problema, do diagnóstico e dos encaminhamentos, além da realização da cirurgia propriamente dita, emergindo como subtema a ‘percepção do tempo’:

*O [encaminhamento] dela até que não demorou muito, foi mais ou menos rápido. De quando ela fez a primeira consulta, os exames, até ser chamada, assim, não demorou demais. Eu não lembro exatamente, mas deve ter demorado um ano, um ano e pouquinho. No caso dela, que não era considerado grave, eu ... eu acho que foi um tempo bom. (E1).*

*Para nós, foi mais rápido do que pensamos. (E3).*

*Achei um pouquinho a demora, né? [...]. Ah, é ruim, né?, porque, às vezes, vai saber o que pode acontecer?! No caso, não era uma coisa muito grave, mas, é demorado... Na verdade, hoje em dia, tudo demora, né? Ainda mais pelo SUS [...], mas depois que ele foi chamado, tudo foi bem. (E7).*

*[...] fazer o quê? Tinha que esperar, o povo tem que esperar. Porque já encaminharam e falaram que saía urgente, e daí, com três meses, já pedimos, e daí, deu tudo certo. [...] foi longa, sim, por causa que já tinha começado bem antes, né? Mas os três meses só, não foi muita espera, não, em vista do que está hoje, né? (E5).*

Ainda sobre a trajetória dos pacientes e familiares, quando questionados a respeito da suspeição e confirmação do diagnóstico, emergiu o segundo subtema, ‘descrevendo a busca pelo atendimento’:

*Eu que percebi, em casa [problema de saúde do filho]. [...] daí, procurei um pediatra e ele me encaminhou para o especialista. (E1).*

*[...] nós aqui de casa que percebemos que um lado era maior do que o outro [identificaram a hernia inguinal e levaram a criança à unidade de saúde]. (E2).*

*Se eles [profissionais da ABS] não tivessem visto o problema, não sei como seria. Desde pequeno, ninguém tinha visto o devido problema. E nesta consulta foi onde descobrimos. Ficamos satisfeitos com o atendimento. (E3).*

Diversos aspectos foram observados nesse contexto. No que diz respeito ao itinerário terapêutico, observou-se que em sua maioria os próprios pais ou responsáveis identificaram alterações na criança que motivaram a busca pelo atendimento na atenção primária, e em outras situações, as alterações foram percebidas em consultas de rotina. Em relação à percepção do tempo pelas famílias, observa-se que a espera pelo atendimento já é considerada normal e que mesmo uma espera mais longa, quando não se trata de uma emergência, pode ser considerada aceitável. Em alguns casos, os familiares previram até esperas mais longas, com base na experiência de conhecidos que também precisaram desses serviços. No entanto, como não havia outra opção, existiu uma aceitação do serviço que era oferecido e da forma como foi oferecido.

## Discussão

A suspeição e confirmação de uma patologia nas crianças, ainda mais quando há necessidade de tratamento cirúrgico, consiste em fator estressor para o paciente e todo o seu círculo familiar. A incerteza do desfecho e as preocupações com a demora na resolução do quadro tendem a ser fatores agravantes nesse quesito. Além do efeito psicossocial envolvido, também há o efeito econômico, visto que o responsável

pela criança frequentemente deixa de trabalhar para acompanhá-la em suas consultas. Além disto, a necessidade de internamentos, exames e intervenções adicionais também resultam em custos ao sistema de saúde<sup>16</sup>.

De acordo com o modelo dos três atrasos<sup>4</sup> – inicialmente, descrito na literatura para avaliar a mortalidade materna, mas que passou globalmente a ser adotado também na área de cirurgia –, os tipos de atrasos podem ser identificados como: tipo 1 – atraso na decisão de procurar pelo atendimento; tipo 2 – atraso para chegar ao serviço de saúde; e tipo 3 – atraso na realização dos cuidados de saúde.

A aplicação do modelo supracitado pode avaliar o tipo ocorrido no presente estudo – a ‘espera para encaminhamento à especialidade’, que se enquadra no modelo de atraso do tipo 1, referindo-se à questão da procura da família pelo atendimento inicial. Segundo os dados obtidos pelas entrevistas, somente um familiar referiu não ter notado a alteração no paciente, que só foi percebida pelo médico da atenção primária em consulta de rotina. Nos outros casos, assim que os responsáveis/familiares levantaram a suspeita clínica, procuraram imediatamente o sistema formal de atendimento.

Em relação aos atrasos dos tipos 2 e 3, estão envolvidos os ‘aspectos relativos ao sistema de saúde’ de cada país. Sendo assim, o atraso aconteceu devido aos ‘fatores relacionados ao sistema de saúde’. No Brasil, desde sua criação pela Lei nº 8.080/1990, o SUS passou por diversas reestruturações, e vem enfrentando muitos desafios na busca por garantir aos usuários o cumprimento de seus princípios. A partir da constatação, no início dos anos 2000, de que a maioria das cidades, isoladamente, não possui condições de garantir a integralidade aos seus cidadãos, recebeu ênfase o processo de descentralização, definindo o espaço regional como essencial na construção do SUS<sup>17</sup>.

Nesse contexto, foi estruturada a Atenção Primária à Saúde (APS), que visa oferecer cuidado profissional generalista, abrangente, com acesso universal facilitado, acompanhando

o paciente ao longo do tempo, filtrando suas necessidades e acionando os cuidados especializados prestados por outros serviços do sistema de saúde, quando necessário<sup>18</sup>.

As redes de atenção representam uma estratégia de organização da saúde, que visa promover a integração do cuidado para a garantia de sua longitudinalidade. Após sua instituição, se apresentam como um conjunto articulado e interdependente de unidades de saúde, com objetivo de proporcionar atenção integral e contínua, de acordo com a necessidade individual de cada cidadão. Compreender o conceito de integração de cuidados é fundamental na definição das Redes de Atenção à Saúde (RAS)<sup>17</sup>, incluindo a atenção à saúde da criança.

A coordenação do cuidado na APS brasileira enfrenta muitas dificuldades, especialmente no que se refere à interação e continuidade do cuidado entre os diferentes serviços das RAS, como ocorre entre a APS e a atenção especializada, quando o paciente requer encaminhamento. No que diz respeito à regulação do acesso a estes diferentes níveis de atenção, destacam-se as centrais de regulação e os complexos reguladores, espaços privilegiados de observação, com visão abrangente do sistema de saúde, para uma melhor organização das redes e dos fluxos assistenciais, disponibilizando o acesso do usuário ao atendimento especializado, sempre que necessário. É neste ponto que tange o acesso aos serviços de saúde que se encontra a maior dificuldade dos pacientes participantes deste estudo. Isto porque, ainda que o acesso à APS seja facilitado e que, diante da suspeita do problema, os familiares prontamente tenham conseguido atendimento e encaminhamento nas unidades de saúde, o acesso à atenção especializada e aos exames complementares – especialmente, de imagem – foi obtido somente após longa espera. E, em alguns casos, ainda sendo necessária a realização dos exames no sistema de saúde privado para suprir a demora e a dificuldade em fazê-lo pelo sistema público. Assim, por todas as questões já citadas, tal dificuldade se torna ainda maior nas cidades do interior

do País, afastadas dos grandes centros de referência e das capitais.

O recentemente criado projeto A Organização da Atenção Ambulatorial Especializada em Rede com a Atenção Primária à Saúde (PlanificaSUS) propõe diversas estratégias para a melhoria da gestão do cuidado no SUS, no âmbito da atenção especializada, descrevendo, entre outras, o conceito de lista de espera, como uma tecnologia da gestão clínica que objetiva racionalizar o acesso aos serviços de saúde nos quais há desequilíbrios entre suas demandas e ofertas<sup>19</sup>. Como já discutido, estes desequilíbrios são manifestações de uma descoordenação na atenção à saúde, que podem ser decorrentes tanto da demanda excessiva de pessoas em fila de espera quanto da baixa oferta de serviço especializado.

O modelo regulatório vigente no SUS, em geral, tende a reforçar as dificuldades e a oferta insuficiente, o que acaba agravando os problemas. Em geral, não existem critérios objetivos e baseados na clínica para a inclusão ou a exclusão dos pacientes das filas, e a questão requer, para sua solução, ações concomitantes de racionalização nos campos da demanda, da oferta e dos sistemas logísticos; e exige, para sua solução, ações de racionalização e comunicação entre APS, atenção especializada, sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, e sistemas logísticos<sup>7</sup>. Os longos tempos de espera representam um dos principais problemas dos sistemas de atenção à saúde, não só no Brasil, mas também em países de primeiro mundo, como em alguns da Europa Ocidental e no Canadá, porque geram insatisfação nas populações e aumentam os custos da atenção. Enquanto as listas de espera mostram os usuários em busca de atenção em um ponto determinado do tempo, o período de espera evidencia o diferencial temporal para oferecer o serviço, em função da atual e da futura oferta<sup>19</sup>.

A superação do problema do tempo de espera exige melhorias de oferta e intervenções na organização da demanda. Quanto à oferta, o incremento da produtividade dos

serviços é fundamental. Uma boa política de superação dos tempos de espera inclui a combinação entre medidas de demanda e de oferta, além da definição de metas nacionais, em relação a tempos de espera máximos, o que hoje não é bem estabelecido<sup>7,19</sup>. Outro ponto a ser levantado aqui refere-se à ‘espera para atendimento pelos especialistas’, em que se observa um excesso de demanda frente a uma menor oferta de consultas, além da escassez de profissionais em determinadas áreas, como a cirurgia pediátrica. Situação esta que, na Regional de Saúde em estudo, ainda se agrava pelo fato de que é necessário atender às demandas de outras Regionais de Saúde próximas, visto que estas não possuem especialistas na área da cirurgia pediátrica.

Nesse processo de reordenamento dos sistemas e de melhor estruturação e coordenação do cuidado, o fortalecimento da APS se configura como uma estratégia bastante importante<sup>7</sup>. Na APS, os pacientes pediátricos são atendidos pelos mais diversos especialistas, desde clínicos gerais até médicos da família e comunidade, e, em alguns casos, de pediatras. O conhecimento dos profissionais que prestam assistência a esta população, sobre as patologias cirúrgicas pediátricas e o tempo ideal em que a criança deve ser avaliada pelo cirurgião e operada, é outro item de questionamento pertinente. Por serem patologias pouco usuais para tal grupo de médicos, o ideal seria que eles recebessem algum tipo de educação em serviço ou uso de protocolos direcionados ao tema, a fim de que tivessem subsídios para orientação e melhor definição dos casos avaliados, evitando atrasos no encaminhamento ao especialista, quando este se fizesse necessário.

O presente estudo possui limitações, como área de abrangência reduzida, olhar específico para uma única especialidade, curto tempo de observação, seguimento pós-operatório curto e o fato de ser prospectivo. Porém, levanta importantes pontos a serem mais bem estudados e avaliados, a fim de que seja possível propor

melhorias no itinerário terapêutico da população infantil com algum comprometimento, que requeira avaliação do cirurgião pediátrico, facilitando o encaminhamento das crianças dentro do tempo preconizado, para que sejam operadas nas faixas etárias previstas, assim evitando complicações futuras em decorrência de atraso no encaminhamento e na cirurgia.

## Considerações finais

A abordagem qualitativa permitiu identificar o caminho percorrido pelos pacientes até a realização da cirurgia, e os relacionados a tal itinerário foram elencados. Observou-se que os familiares reconheceram a espera como satisfatória e dentro do esperado por eles, pois, em se tratando de um sistema público de saúde, para eles, a espera era normal. Apesar de algumas dificuldades iniciais, com encaminhamentos e exames de imagem, todos tiveram as cirurgias realizadas e consideraram o atendimento recebido no percurso como bom e de qualidade.

Infere-se que a escassez de profissionais da especialidade e a falta de coordenação na rede de atenção primária – que dificulta a articulação entre os serviços da rede –, podem ser levantadas como pontos de dificuldade durante o processo.

## Colaboradoras

Talini C (0000-0002-4771-3038)\* contribuiu para aquisição, elaboração, análise e interpretação dos dados do manuscrito. Carvalho ARS (0000-0002-2300-5096)\* contribuiu para elaboração análise, interpretação dos dados e revisão do texto do manuscrito. Viera CS (0000-0002-0900-4660)\* contribuiu para análise, interpretação dos dados, revisão do texto e aprovação da versão final do manuscrito. ■

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

1. Jesus LE, Aguiar AS, Campos MSM, et al. Formação e demanda do cirurgião pediátrico no Brasil. *Rev Col Bras Cir.* 2009;36(4):356-361. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-69912009000400016>
2. Toobaie A, Emil S, Ozgediz D, et al. Pediatric surgical capacity in Africa: Current status and future needs. *J Ped Surg.* 2017;52(5):843-848. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2017.01.033>
3. Petroze RT, Calland JF, Niyonkuru F, et al. Estimating pediatric surgical need in developing countries: a household survey in Rwanda. *J Ped Surg.* 2014;49(7):1092-1098. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2014.01.059>
4. Pilkington M, Situma M, Winthrop A, et al. Quantifying delays and self-identified barriers to timely access to pediatric surgery at Mbarara Regional Referral Hospital, Uganda. *J Ped Surg.* 2018;53(5):1073-1079. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2018.02.045>
5. Melo EA, Gomes GG, Carvalho JO, et al. A regulação do acesso à atenção especializada e a Atenção Primária à Saúde nas políticas nacionais do SUS. *Physis.* 2021;31(1):e310109. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310109>
6. Solla J, Chioro A. Atenção ambulatorial especializada. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al., organizadores. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 547-576.
7. Evangelista MJO, Guimarães AMDN, Dourado EMR, et al. O planejamento e a construção das Redes de Atenção à Saúde no DF, Brasil. *Ciênc saúde coletiva.* 2019;24(6):2115-2124. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08882019>
8. Siqueira SMC, Jesus VS, Camargo CL. Itinerário terapêutico em situações de urgência e emergência pediátrica em uma comunidade quilombola. *Ciênc saúde coletiva.* 2016;24(6):179-189. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.20472014>
9. Demetrio F, Santana ER, Pereira-Santos M. O Itinerário Terapêutico no Brasil: revisão sistemática e metassíntese a partir das concepções negativa e positiva de saúde. *Saúde debate.* 2019;43(7):204-221. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S716>
10. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciênc saúde coletiva.* 2012;17(3):621-626. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>
11. Taquette SR. Análise de dados de pesquisa qualitativa em saúde. In: *Anais do 5º Congresso Ibero-Americano de Investigação Qualitativa*; 2016; Porto. Porto: CIAIQ, 2016. p. 1111-1120.
12. Sandelowski M. The problem of rigor in qualitative research. *ANS Adv Nurs Sci.* 1986;8(3):27-37. DOI: <https://doi.org/10.1097/00012272-198604000-00005>
13. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev Pesq Qualit.* 2017;5(7):1-12.
14. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nos. 196/96, 303/2000 e 404/2008. *Diário Oficial da União, Brasília, DF.* 2013 jun 13; Seção I:549.
15. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. *Diário Oficial da União, Brasília, DF.* 2016 maio 24; Seção I:44.
16. Arulanandam B, Dorais M, Li P, et al. The burden of waiting: wait times for pediatric surgical procedures in Quebec and compliance with national benchma-

- rks. *Can J Surg.* 2021;64(1):14-22. DOI: <https://doi.org/10.1503/cjs.020619>.
17. Ouverney AM, Noronha JC. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. In: Fundação Osvaldo Cruz. *A saúde no Brasil em 2030*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013. v. 3. p. 143-182.
18. Tesser CD, Neto PP. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. *Ciênc saúde coletiva.* 2017;2(3): 941-951. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.18842016>
19. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. *PLANIFICASUS: Workshop 4 – Gestão do Cuidado*. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein, Ministério da Saúde; 2019. 44 p.: il.

---

Recebido em 01/06/2023

Aprovado em 09/05/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

**Editora responsável:** Maria Lucia Frizon Rizzotto

## Multiple myeloma in Brazil: an assessment of Global Burden Disease study 2019

### *Mieloma múltiplo no Brasil: uma avaliação do estudo da Carga Global de Doenças 2019*

Max Moura de Oliveira<sup>1</sup>, Guilherme Augusto Veloso<sup>2</sup>, Deborah Carvalho Malta<sup>3</sup>, Maria Paula Curado<sup>4</sup>, Cristiane Menezes de Pádua<sup>3</sup>

DOI: 10.1590/2358-2898202414288551

**ABSTRACT** Multiple myeloma is the second most common hematological cancer; it accounts for approximately 10% of all hematologic malignancies and 1%-2% of all cancer diagnoses. From 1990 to 2019, an ecological study was conducted to describe and evaluate trends in Brazil's morbidity, mortality, and disease. The Global Burden of Disease data described age-standardized (+40 years) incidence, prevalence, mortality, disability-adjusted life years, and its components in Brazil and across its 27 federative units according to sex and Socio-demographic Index quintiles. Trends were estimated using linear regression and expressed as Average Annual Percentage Changes (AAPC) and 95% Confidence Intervals (CI). Ascending trends of the measures were found for both sexes in Brazil and its federative units. Mortality increased to a lesser extent than incidence (AAPC=1.3%; 95%CI=1.2-1.3 vs. AAPC=1.5%; 95%CI= 1.5-1.5 for men; AAPC=0.9%; 95%CI=0.9-0.9 vs. AAPC=1.1%; 95%CI=1.1-1.2 for women), resulting in higher rising trends in prevalence for both sexes. All the measures were significantly higher in high- and high-middle socio-demographic quintiles; however, higher ascending trends were found in lower socio-demographic quintiles. Aging, level of development, diagnosis, and treatment appear to explain Brazil's ascending multiple myeloma rates and their differences among the federative units.

**KEYWORDS** Multiple myeloma. Incidence. Mortality, disability-adjusted life years. Brazil.

**RESUMO** O mieloma múltiplo é o segundo câncer hematológico mais comum; representa aproximadamente 10% de todas as cânceres hematológicos e 1%-2% de todas as neoplasias. Foi conduzido um estudo ecológico para descrever a morbidade, a mortalidade e a carga da doença no Brasil e suas 27 unidades federativas e avaliar tendências entre 1990-2019. Dados do estudo da Carga Global de Doenças foram avaliados para descrever medidas ajustadas por idade: incidência, prevalência, mortalidade, anos de vida ajustados pela incapacidade e seus componentes de acordo com sexo e Índice Sociodemográfico. As tendências foram estimadas usando regressão linear e expressas como Variação Percentual Anual Média (AAPC) e Intervalos de Confiança (IC) 95%. Tendências ascendentes das medidas foram observadas. A mortalidade aumentou em menor extensão comparada à incidência (AAPC=1,3%; IC95%=1,2-1,3 vs. AAPC=1,5%; IC95%=1,5-1,5 homens; AAPC=0,9%; IC95%=0,9-0,9 vs. AAPC=1,1%; IC95%=1,1-1,2 mulheres), resultando em tendências crescentes da prevalência para ambos os sexos. Todas as medidas foram mais altas nos quintis do índice sociodemográfico alto e médio-alto; tendências ascendentes mais altas foram encontradas em quintis do índice sociodemográfico mais baixos. Envelhecimento, nível de desenvolvimento, acesso ao diagnóstico e tratamento parecem explicar as medidas ascendentes do mieloma múltiplo no Brasil e suas diferenças entre as unidades federativas.

**PALAVRAS-CHAVE** Mieloma múltiplo. Incidência. Mortalidade. Anos de vida ajustados pela incapacidade. Brasil.

<sup>1</sup>Universidade Federal de Goiás (UFG) - Goiânia (GO), Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal Fluminense (UFF) - Niterói (RJ), Brasil.

<sup>3</sup>Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) - Belo Horizonte (MG), Brasil.  
campadua@ufmg.br

<sup>4</sup>A.C.Camargo Cancer Center Epidemiologia - São Paulo (SP), Brasil.



## Introduction

Multiple Myeloma (MM) is an incurable hematological malignancy that primarily affects older adults<sup>1</sup>. It is characterized by the proliferation of clonal plasma cells in the bone marrow, resulting in damage to end organs (hypercalcemia, renal failure, anemia, or lytic bone lesions – CRAB features)<sup>1,2</sup>. MM usually evolves from asymptomatic conditions of Monoclonal Gammopathy of Undetermined Significance (MGUS) and Smoldering MM (SMM) to symptomatic MM at progression rates of approximately 1% and 10% per year, respectively<sup>1</sup>. Known risk factors for MM are aging, male sex, black race, genetic factors<sup>1,2</sup>, family history of MM<sup>3</sup>, high Body Mass Index (BMI)<sup>4</sup>, and occupational exposures, such as pesticides<sup>5,6</sup>.

MM is the second most common hematological cancer; it accounts for approximately 10% of all hematologic malignancies and 1%-2% of all cancer diagnoses. Globally, from 1990 to 2019, the age-standardized incidence rate of MM has increased from 1.73 cases per 100,000 to 1.92 cases per 100,000, with a significant age-standardized prevalence increase [4.21 (95% Uncertainty Interval – UI, 3.86–4.64) to 5.55 (95% UI, 4.89–6.18)] and the downward tendency of age-standardized mortality rates since the early 2000's<sup>4</sup>. These reflect the global disease burden estimated at 2.5 million Disability-Adjusted Life Years (DALYs) in 2019, corresponding to an age-standardized rate of 30.26 DALYs per 100,000<sup>7</sup>.

Although MM still has no cure, the disease is treatable. Increasing survival rates have been attributed to the availability of Autologous Stem Cell Transplantation (ASCT)<sup>8,9</sup> and to the Introduction of Immunomodulatory Drugs – IMiDs (e.g., thalidomide and its analog lenalidomide) and Proteasome Inhibitor – PI drugs (e.g., bortezomib) in the MM treatment in the early 2000's<sup>10,11</sup>. These drug classes are recommended to be used in the induction therapy followed by ASCT in transplant-eligible newly diagnosed MM patients and preferred

first line therapy for patients unsuitable for transplantation in developed countries<sup>12,13</sup>.

Despite the advances in the MM treatment, there are marked inequalities concerning access to ASCT<sup>8,9</sup> and drug availability worldwide<sup>10,14</sup>. In Brazil, thalidomide (2002) and bortezomib (2020) have been made available free of charge through the national Unified Health System (Sistema Único de Saúde – SUS) for patients treated in public (High-Complexity Oncology Centers – CACONs and High-Complexity Oncology Units – UNACONs) and private specialized health centers. Lenalidomide was approved for MM treatment in Brazil in 2017<sup>15</sup>; however, it was not incorporated into SUS and made accessible without costs for use<sup>16</sup>.

Some studies have provided valuable knowledge on MM epidemiology and addressed the influence of factors such as population growth, aging, structure of health care system, and treatment availability on the burden of disease in high- to low-income countries<sup>3,4,10,17,18</sup>. Age-standardized mortality rates have decreased in high Socio-demographic Index (SDI) countries yet have shown a rising trend in low- to high-middle SDI countries<sup>4,10</sup> as in many countries of Latin America<sup>3</sup>. Age-standardized incidence rates have increased globally. Particularly in low- to middle-SDI regions, the increase in incidence rates has been regarded as due to aging and population growth<sup>10</sup>. In addition, the authors pointed out that disparities in access to treatment (ASCT and novel therapies) and early diagnosis could explain the geographical heterogeneity of MM. The pattern of disease is also different between sexes, affecting mainly men. Although some risk factors for MM have been established (e.g., race, family history of MM, BMI, and occupational exposures), further investigation on etiologic factors is still needed<sup>4-6,10</sup>.

MM estimates are not released periodically in Brazil; thus, reporting epidemiological patterns of the disease is crucial to inform national health decision-making and planning and to guide research. Therefore, we performed a

comprehensive analysis of the Global Burden of Disease (GBD) study 2019 to describe the epidemiological pattern of MM in Brazil. Our objective was to report age-standardized (+40 years) incidence, mortality, DALY, years of life lost (YLL) and years lived with disability (YLD) and assess trends in morbidity, mortality, and burden of MM from 1990 to 2019, by age and SDI group in Brazil, across its 27 federative units.

## Material and methods

This is a time-series ecological study using data from the GBD study. Data on MM were obtained to calculate incidence, prevalence, mortality, DALY, and its components – YLL and YLD of MM in Brazil between 1990 and 2019. Data were extracted from the Global Health Data Exchange (GHDx) query tool<sup>7,19</sup>. C88 and C90 codes of the International Disease Classification, tenth revision (ICD-10) were considered for MM definition.

GBD uses standard approaches for data correction. In the case of mortality, the main adjustments include the redistribution of un-specific codes (garbage codes) or codes that cannot be considered the underlying cause of death. Mortality was adjusted for all-cause mortality separately estimated through a process called ‘CodCorrect’, as reported by other authors<sup>10,20,21</sup>. Incidence data were derived from population-based cancer registries, as described elsewhere<sup>10</sup>.

GBD calculates DALYs for MM as the sum of the YLL. YLL is calculated by the difference between a standard life expectancy and the age at death, and YLD is obtained by multiplying the prevalence by disability weights for mutually exclusive sequelae of MM<sup>10</sup>.

We used age-standardized (40+ years) measures to calculate incidence, mortality rates DALYs, YLL, and YLD, and prevalence over the 30-year study period, according to sex and federative units and SDI group. SDI is a composite indicator based on the total fertility

rate under the age of 25, mean education for those ages 15 and older, and lag-distributed income per capita. It varies from 0 (minimum level of development) to 1 (maximum level of development), allowing the comparison of the level of development relevant to health across Brazilian federative units<sup>22</sup>. We calculated SDI quintiles annually between 1990 and 2019 for Brazil and all its 27 federative units, which were categorized into five groups: low-, low-middle-, middle-, highmiddle-, and high-quantile.

A direct method was employed to standardize all health indicators, using the world population as a reference. All rates were expressed per 100,000. The Average Annual Percentage Change (AAPC), with a 95% Confidence Interval (CI), was calculated to identify trends for MM measures in Brazil and its federative units by sex and SDI quintiles. AAPC is the weighted average of the angular coefficients of the regression line, with weights equal to the length of each segment throughout the interval. An increase or decrease in trend is statistically significant when different from 0 ( $p < 0.05$ ) and stable when equal to 0 ( $p > 0.05$ )<sup>23</sup>. Trend analysis was carried out by linear regression using the Joinpoint regression program, version 4.9.1.0 – April 11, 2022, from the Surveillance, Epidemiology and End Results program (SEER) of the National Cancer Institute<sup>24</sup>.

This study complies with the Resolution nº 466/2012<sup>25</sup>, which regulates human subject research in Brazil. The Ethics Committee of the Universidade Federal de Minas Gerais approved the study (CAAE 62803316.7.0000.5149, Opinion Number 1.873.624).

## Results

### Incidence and prevalence

In Brazil, 1,240 and 4,843 new cases (+40 years, both sexes) of MM were registered in

1990 and 2019, respectively. There was a rising trend in the incidence of MM for both sexes over the period. Men had the largest incidence (from 4.40/100,000 in 1990 to 6.78/100,000 in 2019 – AAPC= 1.5; 95%CI=1.5-1.5) compared to women (3.97/100,000 in 1990 and 5.50/100,000 in 2019 – AAPC= 1.1; 95%CI=1.1;1.12) (*table 1*). In all federative units, there was an upward incidence trend from 1990 to 2019 for both sexes (*table 1*). The lowest rates among men were found in the state of Amapá (2.21/100,000 in 1990 vs. 3.96/100,000 in 2019) and the highest in the Distrito Federal (8.55/100,000 in 1990 vs. 10.35/100,000 in 2019). The most pronounced increasing trends in incidence were observed in Bahia and the least one in the Distrito Federal. In women, the lowest rates were in Maranhão in 1990 (2.08/100,000) and Pará in 2019 (2.92/100,000); the highest incidences were observed in the Distrito Federal in both periods (7.01 and 8.56/100,000 in 1990 and 2019, respectively). Incidence rose for all SDI groups; the most increasing trends were found in the low- and low-middle SDI quintiles for men (AAPC= 2.2; 95%CI=2.1-2.3 AAPC= 2.2; 95%CI=2.1-2.2, respectively) and

in the low SDI quintile for women (AAPC= 1.9; 95%CI=1.9-2.2) (*figure 1A, table 4*).

The number of prevalent cases (+40 years) of MM for both sexes was 2,649 in 1990 and 11,820 in 2019. Prevalence among men in Brazil was 8.45/100,000 in 1990 and 15.10/100,000 in 2019, corresponding to an ascending trend of 2.0% per year (95%CI=2.0-2.1). Among women, annual changes in prevalence increased by 1.7% (95%CI=1.7-1.8) (8.58/100,000 in 1990 and 14.12/100,000 in 2019) (*table 1*). The lowest rates in men were found in Amapá e and the highest in the Distrito Federal. In women, the lowest prevalence rates were in Maranhão (1990) and Pará (2019) and the largest in the Distrito Federal in both periods. Increasing trends in the prevalence rates were observed for all Brazilian States over the period, with the higher rising trends registered in Maranhão and the lowest ones in Rio de Janeiro, Goiás, and the Distrito Federal (*table 1*). There were increasing prevalence trends for all SDI groups, with the low-SDI quintile group having the highest changes for both sexes (*figure 1A, table 4*).

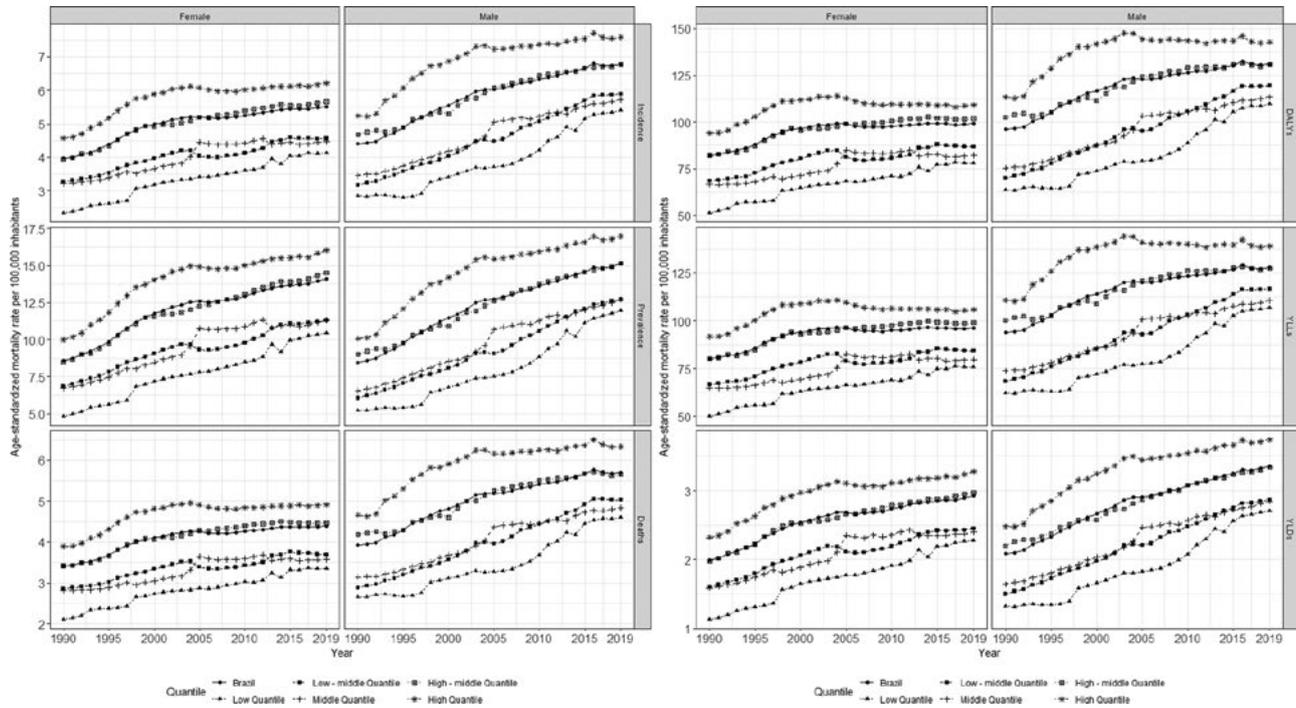
Table 1. Age-standardized incidence rate and prevalence per 100,000 and Average Annual Percent Change (AAPC) by sex, according to Federative unit and Brazil, 1990-2019

Federative unit	Incidence						Prevalence					
	Male			Female			Male			Female		
	Years		AAPC	Years		AAPC	Years		AAPC	Years		AAPC
	1990	2019	(95%CI)	1990	2019	(95%CI)	1990	2019	(95%CI)	1990	2019	(95%CI)
Acre	2.45	4.64	2.2 (2.1;2.3)	2.44	3.87	1.6 (1.6;1.7)	4.32	9.67	2.8 (2.7;2.9)	4.91	9.37	2.2 (2.2;2.3)
Alagoas	2.73	4.64	1.9 (1.8;1.9)	2.56	3.71	1.3 (1.2;1.3)	4.92	10.02	2.5 (2.4;2.5)	5.04	9.04	2.0 (2.0;2.1)
Amapá	2.21	3.96	2.0 (2.0;2.1)	2.57	4.57	2.0 (1.9;2.1)	4.26	8.51	2.4 (2.3;2.5)	5.62	11.34	2.4 (2.4;2.5)
Amazonas	2.74	4.45	1.7 (1.7;1.8)	2.40	3.34	1.1 (1.1;1.2)	5.15	9.73	2.2 (2.2;2.3)	4.98	8.37	1.9 (1.8;1.9)
Bahia	2.98	6.61	2.8 (2.7;2.9)	3.34	4.93	1.3 (1.3;1.4)	5.67	14.42	3.3 (3.2;3.4)	6.96	12.38	2.0 (1.9;2.0)
Ceará	3.30	6.02	2.1 (2.1;2.2)	3.12	4.52	1.3 (1.2;1.3)	6.46	13.67	2.7 (2.6;2.7)	6.73	11.73	2.0 (1.9;2.0)
Distrito Federal	8.55	10.35	0.6 (0.5;0.8)	7.01	8.56	0.7 (0.6;0.7)	15.96	24.20	1.4 (1.2;1.6)	15.26	23.38	1.4 (1.3;1.5)
Espírito Santo	4.21	7.34	1.9 (1.9;2.0)	3.91	5.87	1.4 (1.4;1.4)	8.11	16.39	2.5 (2.4;2.6)	8.48	15.20	2.0 (2.0;2.0)
Goiás	4.82	6.72	1.2 (1.1;1.2)	4.36	5.39	0.7 (0.7;0.8)	9.39	15.17	1.6 (1.6;1.7)	9.29	13.91	1.4 (1.4;1.5)
Maranhão	2.87	5.13	2.0 (1.9;2.1)	2.08	3.72	2.1 (2.0;2.2)	5.12	10.74	2.6 (2.5;2.7)	4.31	9.11	2.7 (2.6;2.8)
Mato Grosso	2.85	4.51	1.7 (1.6;1.8)	3.04	4.32	1.2 (1.2;1.3)	5.38	10.00	2.2 (2.1;2.3)	6.43	10.82	1.8 (1.8;1.9)
Mato Grosso do Sul	3.76	5.88	1.5 (1.4;1.7)	3.60	4.88	1.1 (1.1;1.1)	7.22	12.76	2.0 (1.9;2.0)	7.75	11.96	1.5 (1.5;1.6)
Minas Gerais	5.04	7.14	1.2 (1.1;1.2)	4.12	5.88	1.2 (1.2;1.3)	9.67	16.08	1.7 (1.7;1.8)	8.81	15.22	1.9 (1.8;1.9)
Pará	2.61	4.25	1.7 (1.6;1.8)	2.26	2.92	0.9 (0.8;0.9)	4.80	9.04	2.2 (2.1;2.3)	4.59	7.07	1.5 (1.5;1.5)
Paraíba	3.46	5.78	1.8 (1.7;1.9)	3.46	4.55	1.0 (0.9;1.0)	6.78	13.04	2.3 (2.2;2.4)	7.39	11.62	1.6 (1.6;1.6)
Paraná	4.15	6.94	1.8 (1.7;1.9)	3.71	5.58	1.5 (1.4;1.5)	7.87	15.37	2.3 (2.3;2.4)	7.76	14.19	2.1 (2.1;2.2)
Pernambuco	3.02	5.93	2.4 (2.3;2.5)	3.12	4.83	1.5 (1.4;1.6)	5.54	12.57	2.9 (2.8;3.0)	6.32	11.70	2.2 (2.1;2.3)
Piauí	2.97	4.43	1.4 (1.3;1.4)	2.70	3.59	1.0 (1.0;1.0)	5.67	9.77	1.9 (1.8;2.0)	5.76	9.06	1.6 (1.6;1.6)
Rio de Janeiro	5.22	7.28	1.2 (1.1;1.2)	4.66	5.96	0.8 (0.8;0.9)	9.79	15.75	1.7 (1.6;1.7)	9.96	14.88	1.4 (1.3;1.4)
Rio Grande do Norte	3.57	6.17	1.8 (1.7;1.9)	3.47	5.16	1.4 (1.3;1.4)	6.98	13.84	2.3 (2.2;2.4)	7.52	13.42	2.0 (2.0;2.0)
Rio Grande do Sul	4.91	7.52	1.5 (1.4;1.5)	4.09	5.61	1.1 (1.1;1.2)	9.59	17.13	2.0 (2.0;2.1)	9.18	14.67	1.6 (1.6;1.7)
Rondônia	3.34	4.86	1.4 (1.2;1.6)	2.88	3.60	0.8 (0.8;0.9)	5.88	10.57	2.1 (2.0;2.3)	5.57	8.84	1.6 (1.5;1.7)
Roraima	3.79	5.16	1.1 (1.0;1.2)	3.57	5.25	1.4 (1.3;1.5)	6.84	11.02	1.7 (1.6;1.7)	7.34	12.74	1.9 (1.9;2.0)
Santa Catarina	4.70	7.10	1.5 (1.4;1.6)	4.26	5.77	1.1 (1.0;1.1)	9.05	16.41	2.1 (2.0;2.1)	9.24	15.50	1.8 (1.8;1.8)
São Paulo	5.65	7.84	1.1 (1.1;1.2)	4.88	6.61	1.1 (1.0;1.1)	10.94	17.62	1.6 (1.6;1.7)	10.80	17.08	1.6 (1.5;1.6)
Sergipe	2.80	4.66	1.7 (1.7;1.8)	3.22	4.18	0.9 (0.9;0.9)	5.14	10.09	2.3 (2.2;2.4)	6.51	10.34	1.6 (1.6;1.6)
Tocantins	3.09	6.20	2.5 (2.4;2.5)	2.18	3.19	1.3 (1.2;1.3)	5.71	13.51	3.0 (3.0;3.1)	4.52	8.06	2.0 (1.9;2.1)
<b>Brazil</b>	<b>4.40</b>	<b>6.78</b>	<b>1.5 (1.5;1.5)</b>	<b>3.97</b>	<b>5.50</b>	<b>1.1 (1.1;1.2)</b>	<b>8.45</b>	<b>15.10</b>	<b>2.0 (2.0;2.1)</b>	<b>8.58</b>	<b>14.12</b>	<b>1.7 (1.7;1.8)</b>

Source: GHDx<sup>19</sup>.

AAPC: Average Annual Percent Change; CI: Confidence Interval.

Figure 1. Age-standardized measures per 100,000, by sex according to Socio-demographic Index (SDI) quintiles. Brazil, 1990-2019. (A) incidence, prevalence, and mortality; (B) Disability-Adjusted Life Years (DALYs), Years of Life Lost (YLLs), and Years Lived with Disability (YLDs)



Source: GHDx<sup>19</sup>.

### Mortality

Higher mortality rates of MM were observed in Brazil in 2019 for men and women; however, showing a slightly lower upward trend in comparison to incidence. Incidence increased in men from 3.93/100,000 in 1990 to 5.68/100,000 in 2019 (AAPC=1.3; 95%CI=1.2-1.3), whereas an annual increase of 0.9% (95%CI=0.9-0.9) from 1990 to 2019 was found for women (table 2). The number of deaths due to MM (+40 years, both sexes) was 1,059 in 1990 and 3,907 in 2019.

The lowest mortality rates for men were observed in Amapá (1.99/100,000 in 1990 and 3.40/100,000 in 2019) and the highest in the Distrito Federal (7.78/100,000 in 1990 and

8.50/100,000 in 2019). In women, the lowest rates were in Tocantins in 1990 (1.92/100,000) and in Pará in 2019 (2.38/100,000); the highest were found in the Distrito Federal in both periods (6.02/100,000 in 1990 and 6.58/100,000 in 2019). There was an upward trend of mortality in all federative units for men and women, varying from 0.3 (95%CI=0.2-0.4) in the Distrito Federal to 2.5 (95%CI=2.5-2.6) in Bahia and from 0.3 (95%CI=0.3-0.4) in the Distrito Federal to 1.8 (95%CI=1.8-1.9) in Amapá and Maranhão (AAPC=1.8; 95%CI=1.7-1.9) (table 2). Upward mortality trends were observed for all SDI quintiles, being the changes more pronounced in the low-SDI quintile for men and women (figure 1A, table 4).

Table 2. Age-standardized mortality rate and Disability-Adjusted Life Years (DALYs) per 100,000 and Average Annual Percent Change (AAPC) by sex, according to Federative unit and Brazil, 1990-2019

Federative unit	Mortality						DALYs					
	Male			Female			Male			Female		
	Years		AAPC	Years		AAPC	Years		AAPC	Years		AAPC
	1990	2019	(95%CI)	1990	2019	AAPC (95%CI)	1990	2019	(95%CI)	1990	2019	(95%CI)
Acre	2.31	4.05	1.9 (1.9;2.0)	2.19	3.17	1.4 (1.3;1.5)	52.02	92.29	2.0 (1.9;2.1)	51.27	73.50	1.3 (1.2;1.4)
Alagoas	2.55	3.96	1.5 (1.5;1.6)	2.30	3.01	0.9 (0.9;1.0)	61.74	97.43	1.6 (1.5;1.6)	54.99	71.99	0.9 (0.9;1.0)
Amapá	1.99	3.40	1.9 (1.8;2.0)	2.21	3.68	1.8 (1.8;1.9)	46.14	79.11	1.9 (1.8;1.9)	51.97	86.12	1.8 (1.7;1.9)
Amazonas	2.50	3.78	1.5 (1.4;1.6)	2.14	2.70	0.8 (0.8;0.9)	59.46	89.09	1.4 (1.4;1.5)	49.53	62.49	0.8 (0.7;0.9)
Bahia	2.73	5.63	2.5 (2.5;2.6)	2.94	3.98	1.0 (1.0;1.1)	66.64	135.67	2.5 (2.4;2.5)	70.78	95.29	1.0 (1.0;1.1)
Ceará	2.97	5.03	1.9 (1.8;2.0)	2.71	3.57	1.0 (0.9;1.0)	71.76	118.84	1.8 (1.7;1.9)	64.07	82.67	0.9 (0.9;0.9)
Distrito Federal	7.78	8.50	0.3 (0.2;0.4)	6.02	6.58	0.3 (0.3;0.4)	170.18	180.50	0.2 (0.0;0.4)	137.05	140.51	0.1 (0.0;0.1)
Espírito Santo	3.70	6.19	1.8 (1.7;1.8)	3.39	4.65	1.1 (1.1;1.2)	89.68	141.94	1.5 (1.4;1.7)	81.46	106.47	0.9 (0.9;1.0)
Goiás	4.29	5.61	0.9 (0.9;1.0)	3.75	4.28	0.4 (0.4;0.5)	105.88	132.12	0.7 (0.7;0.8)	89.93	97.75	0.3 (0.3;0.3)
Maranhão	2.73	4.62	1.8 (1.6;1.9)	1.91	3.17	1.8 (1.7;1.9)	65.66	108.96	1.8 (1.6;1.9)	48.75	75.30	1.5 (1.5;1.6)
Mato Grosso	2.57	3.79	1.5 (1.4;1.6)	2.66	3.47	0.9 (0.9;1.0)	61.68	89.81	1.4 (1.3;1.5)	62.73	79.61	0.8 (0.8;0.9)
Mato Grosso do Sul	3.38	5.00	1.5 (1.4;1.6)	3.09	3.96	0.9 (0.9;0.9)	81.59	117.59	1.3 (1.2;1.5)	74.27	90.37	0.7 (0.7;0.8)
Minas Gerais	4.49	5.93	1.0 (0.9;1.0)	3.56	4.63	0.9 (0.9;0.9)	110.79	137.36	0.7 (0.6;0.8)	85.77	105.45	0.7 (0.7;0.7)
Pará	2.40	3.66	1.5 (1.5;1.6)	2.00	2.38	0.6 (0.6;0.7)	56.61	86.18	1.5 (1.4;1.5)	46.79	55.34	0.6 (0.5;0.6)
Paraíba	3.10	4.80	1.5 (1.4;1.6)	2.98	3.59	0.7 (0.6;0.7)	75.60	116.21	1.5 (1.4;1.5)	70.79	83.84	0.6 (0.6;0.6)
Paraná	3.73	5.87	1.6 (1.6;1.8)	3.25	4.46	1.2 (1.1;1.2)	90.29	135.17	1.4 (1.3;1.5)	75.97	101.29	1.0 (1.0;1.1)
Pernambuco	2.76	5.10	2.1 (2.0;2.3)	2.77	3.95	1.3 (1.2;1.4)	67.56	120.61	2.0 (2.0;2.2)	66.39	91.71	1.1 (1.0;1.2)
Piauí	2.69	3.76	1.2 (1.1;1.3)	2.36	2.90	0.7 (0.7;0.8)	63.45	89.70	1.2 (1.2;1.3)	55.41	68.20	0.7 (0.7;0.8)
Rio de Janeiro	4.66	6.16	1.0 (0.9;1.1)	4.02	4.80	0.6 (0.6;0.7)	116.20	141.58	0.7 (0.6;0.8)	98.97	107.80	0.3 (0.2;0.3)
Rio Grande do Norte	3.24	5.17	1.6 (1.5;1.7)	2.98	4.09	1.1 (1.0;1.1)	76.78	121.09	1.5 (1.5;1.6)	70.93	94.94	1.0 (1.0;1.0)
Rio Grande do Sul	4.34	6.20	1.2 (1.2;1.3)	3.44	4.39	0.9 (0.8;0.9)	103.94	141.33	1.1 (1.0;1.1)	81.96	98.03	0.6 (0.6;0.7)
Rondônia	3.11	4.12	1.1 (1.0;1.2)	2.61	2.91	0.5 (0.3;0.6)	71.29	96.67	1.1 (1.1;1.3)	58.19	66.73	0.5 (0.4;0.6)
Roraima	3.50	4.43	0.8 (0.8;0.9)	3.17	4.32	1.2 (1.1;1.2)	79.89	101.51	0.8 (0.8;0.9)	73.93	96.89	1.0 (0.9;1.0)
Santa Catarina	4.20	5.85	1.2 (1.1;1.3)	3.64	4.49	0.7 (0.7;0.8)	98.45	131.58	1.0 (0.9;1.0)	84.44	100.47	0.6 (0.5;0.7)
São Paulo	5.02	6.55	0.9 (0.8;1.0)	4.12	5.20	0.8 (0.8;0.9)	121.93	145.72	0.6 (0.5;0.7)	100.12	114.58	0.5 (0.4;0.5)
Sergipe	2.60	3.95	1.4 (1.4;1.5)	2.90	3.42	0.6 (0.5;0.6)	60.50	94.71	1.5 (1.4;1.6)	66.76	79.19	0.6 (0.5;0.6)
Tocantins	2.85	5.34	2.2 (2.1;2.3)	1.92	2.55	0.9 (0.9;1.0)	64.52	122.61	2.3 (2.2;2.3)	44.10	59.53	1.0 (1.0;1.1)
<b>Brazil</b>	<b>3.93</b>	<b>5.68</b>	<b>1.3 (1.2;1.3)</b>	<b>3.42</b>	<b>4.38</b>	<b>0.9 (0.9;0.9)</b>	<b>96.18</b>	<b>131.18</b>	<b>1.1 (1.1;1.2)</b>	<b>82.38</b>	<b>99.22</b>	<b>0.6 (0.6;0.7)</b>

Source: GHDx<sup>19</sup>.

AAPC: Average Annual Percent Change; CI: Confidence Interval; DALYs: Disability-Adjusted Life Years.

## YLD, YLL and DALY

DALY and its components – YLD and YLL had ascending trends in Brazil and its federative units from 1990 to 2019, except YLL in the

Distrito Federal, which remained constant over the years among women (*tables 2 and 3*). YLD for men rose from 2.08/100.000 in 1990 to 3.37/100.000 in 2019 (AAPC= 1.7; 95%CI= 1.7-1.8) in Brazil, whereas for women it varied

from 1.99/100.000 in 1990 to 2.93/100.000 (AAPC= 1.3; 95%CI= 1.3-1.4). Compared to YLD, slighter upward trends were found for YLL in men (AAPC= 1.1; 95%CI=1.0-1.1) and women (AAPC= 0.6; 95%CI=0.6-0.6) (tables 2 and 3), corresponding to increased DALYs for men (96.18/100,000 vs. 131.18/100.000; AAPC= 1.1 95%CI=1.1-1.2) and for women (82.38/100,000 vs. 99.22/100.000; AAPC= 0.6; 95%CI=0.6-0.7) from 1990 to 2019 (tables 2 and 3). The number of DALYs (+40 years, both sexes) was 27,736 in 1990 and 92,224 in 2019,

corresponding to 27,123 YLL and 613 YLD in 1990 and 89,714 YLL and 2,510 YLD in 2019.

The lowest DALYs for men in both periods were found in Amapá, while the highest DALYs were found in the Distrito Federal. Among women, the lowest DALYs were observed in Tocantins in 1990 and Pará in 2019, and the highest in the Distrito Federal in both years (table 2). Ascending trends of DALYs, YLL, and YLD were found for both sexes in all SDI quintiles (figure 1B, table 4).

Table 3. Age-standardized Years Lived with Disability (YLDs) and Age-standardized Years of Life Lost (YLLs) per 100,000 and Average Annual Percent Change (AAPC) by sex, according to Federative unit and Brazil, 1990-2019

Federative unit	YLD						YLL					
	Male			Female			Male			Female		
	Years		AAPC	Years		AAPC	Years		AAPC	Years		AAPC
	1990	2019	(95%CI)	1990	2019	(95%CI)	1990	2019	(95%CI)	1990	2019	(95%CI)
Acre	1.10	2.28	2.6 (2.5;2.8)	1.17	2.11	2.0 (1.9;2.1)	50.90	90.01	2.0 (1.9;2.1)	50.11	71.40	1.3 (1.2;1.4)
Alagoas	1.24	2.38	2.3 (2.2;2.3)	1.21	2.02	1.8 (1.7;1.8)	60.47	95.04	1.6 (1.5;1.6)	53.79	69.98	0.9 (0.9;0.9)
Amapá	1.07	2.04	2.3 (2.2;2.3)	1.29	2.46	2.2 (2.1;2.3)	45.07	77.06	1.9 (1.8;1.9)	50.66	83.66	1.8 (1.7;1.9)
Amazonas	1.28	2.32	2.1 (2.1;2.2)	1.18	1.85	1.6 (1.6;1.7)	58.15	86.77	1.4 (1.4;1.5)	48.34	60.66	0.8 (0.7;0.8)
Bahia	1.41	3.19	2.8 (2.7;2.9)	1.62	2.66	1.7 (1.7;1.8)	65.24	132.48	2.5 (2.4;2.5)	69.13	92.64	1.0 (0.9;1.0)
Ceará	1.57	2.96	2.3 (2.2;2.4)	1.55	2.51	1.7 (1.7;1.7)	70.19	115.89	1.8 (1.7;1.9)	62.53	80.15	0.9 (0.8;0.9)
Distrito Federal	3.76	5.19	1.1 (0.9;1.3)	3.29	4.61	1.2 (1.1;1.3)	166.45	175.31	0.2 (0.0;0.4)	133.76	135.87	0 (-0.1;0.1)
Espírito Santo	2.04	3.61	2.0 (1.9;2.1)	1.98	3.07	1.5 (1.5;1.6)	87.65	138.34	1.5 (1.4;1.6)	79.49	103.40	0.9 (0.9;1.0)
Goiás	2.33	3.30	1.1 (1.1;1.2)	2.19	2.84	0.9 (0.9;1.0)	103.55	128.83	0.8 (0.7;0.8)	87.75	94.90	0.3 (0.2;0.3)
Maranhão	1.30	2.59	2.4 (2.3;2.5)	0.98	2.01	2.5 (2.4;2.7)	64.35	106.40	1.7 (1.6;1.9)	47.75	73.27	1.5 (1.5;1.6)
Mato Grosso	1.34	2.37	2.0 (1.9;2.1)	1.50	2.39	1.6 (1.5;1.7)	60.34	87.43	1.4 (1.3;1.5)	61.23	77.22	0.8 (0.7;0.9)
Mato Grosso do Sul	1.81	2.88	1.6 (1.5;1.7)	1.82	2.55	1.2 (1.1;1.3)	79.78	114.67	1.3 (1.2;1.4)	72.46	87.84	0.7 (0.7;0.8)
Minas Gerais	2.35	3.53	1.4 (1.3;1.4)	2.06	3.09	1.4 (1.3;1.5)	108.44	133.83	0.7 (0.6;0.7)	83.70	102.37	0.7 (0.7;0.7)
Pará	1.21	2.18	2.1 (2.0;2.2)	1.09	1.58	1.3 (1.2;1.3)	55.41	83.99	1.5 (1.4;1.5)	45.69	53.74	0.5 (0.5;0.6)
Paraíba	1.67	2.93	1.9 (1.9;2.0)	1.72	2.55	1.4 (1.3;1.4)	73.95	113.30	1.5 (1.4;1.5)	69.07	81.29	0.6 (0.6;0.6)
Paraná	1.98	3.40	1.9 (1.8;1.9)	1.84	2.90	1.6 (1.6;1.7)	88.31	131.76	1.4 (1.3;1.5)	74.11	98.38	1.0 (1.0;1.1)
Pernambuco	1.40	2.90	2.6 (2.5;2.7)	1.49	2.60	2.0 (1.9;2.1)	66.15	117.73	2.0 (1.9;2.2)	64.88	89.12	1.1 (1.0;1.2)
Piauí	1.41	2.30	1.7 (1.6;1.8)	1.36	1.99	1.4 (1.3;1.4)	62.04	87.39	1.2 (1.1;1.3)	54.06	66.21	0.7 (0.7;0.8)
Rio de Janeiro	2.48	3.54	1.2 (1.2;1.3)	2.32	3.09	1.0 (0.9;1.1)	113.71	138.02	0.7 (0.6;0.8)	96.64	104.71	0.3 (0.2;0.3)
Rio Grande do Norte	1.71	3.04	1.9 (1.9;2.0)	1.73	2.78	1.7 (1.6;1.7)	75.05	118.06	1.5 (1.5;1.6)	69.22	92.17	1.0 (0.9;1.0)
Rio Grande do Sul	2.35	3.77	1.6 (1.5;1.7)	2.12	3.02	1.2 (1.1;1.3)	101.59	137.57	1.1 (1.0;1.1)	79.83	95.01	0.6 (0.5;0.7)
Rondônia	1.55	2.43	1.7 (1.6;1.9)	1.36	1.98	1.3 (1.2;1.4)	69.74	94.24	1.1 (1.1;1.2)	56.80	64.74	0.5 (0.4;0.6)
Roraima	1.78	2.54	1.3 (1.2;1.4)	1.76	2.70	1.5 (1.5;1.6)	78.11	98.97	0.8 (0.8;0.9)	72.18	94.21	1.0 (0.9;1.0)
Santa Catarina	2.26	3.60	1.6 (1.5;1.7)	2.16	3.13	1.3 (1.3;1.4)	96.19	127.98	1.0 (0.9;1.0)	82.26	97.32	0.6 (0.5;0.6)
São Paulo	2.65	3.87	1.3 (1.2;1.4)	2.49	3.50	1.2 (1.1;1.2)	119.27	141.86	0.6 (0.5;0.7)	97.64	111.11	0.4 (0.4;0.5)

Table 3. Age-standardized Years Lived with Disability (YLDs) and Age-standardized Years of Life Lost (YLLs) per 100,000 and Average Annual Percent Change (AAPC) by sex, according to Federative unit and Brazil, 1990-2019

Federative unit	YLD						YLL					
	Male			Female			Male			Female		
	Years		AAPC	Years		AAPC	Years		AAPC	Years		AAPC
	1990	2019	(95%CI)	1990	2019	(95%CI)	1990	2019	(95%CI)	1990	2019	(95%CI)
Sergipe	1.30	2.36	2.1(1.9;2.2)	1.55	2.28	1.3(1.3;1.4)	59.18	92.36	1.5(1.4;1.6)	65.23	76.91	0.6(0.5;0.6)
Tocantins	1.46	3.04	2.6(2.5;2.7)	1.08	1.78	1.7(1.6;1.8)	63.04	119.56	2.3(2.2;2.3)	43.02	57.74	1.0(1.0;1.0)
<b>Brazil</b>	<b>2.08</b>	<b>3.37</b>	<b>1.7(1.7;1.8)</b>	<b>1.99</b>	<b>2.93</b>	<b>1.3(1.3;1.4)</b>	<b>94.11</b>	<b>127.82</b>	<b>1.1(1.0;1.1)</b>	<b>80.37</b>	<b>96.27</b>	<b>0.6(0.6;0.6)</b>

Source: GHDx<sup>19</sup>.

AAPC: Average Annual Percent Change; CI: Confidence Interval; YLDs: Years Lived with Disability; YLLs: Years of Life Lost.

Table 4. Age-standardized of measures per 100,000 and Average Annual Percent Change (AAPC) by sex, according to Socio-Demographic Index (SDI) quintiles, 1990-2019

SDI quintiles	Male			Female		
	1990	2019	AAPC (95%IC)	1990	2019	AAPC (95%IC)
<b>Incidence</b>						
Low	2.8	5.4	2.2(2.1;2.3)	2.3	4.1	1.9(1.9;2.2)
Low Middle	3.2	5.9	2.2(2.1;2.2)	3.3	4.6	1.2(1.1;1.3)
Middle	3.5	5.7	1.8(1.7;1.8)	3.2	4.5	1.2(1.1;1.2)
High Middle	4.7	6.8	1.3(1.2;1.4)	4.0	5.7	1.2(1.2;1.3)
High	5.2	7.6	1.3(1.2;1.4)	4.6	6.2	1.1(1.0;1.1)
<b>Prevalence</b>						
Low	5.2	11.9	2.9(2.8;3.0)	4.8	10.4	2.7(2.6;2.9)
Low Middle	6.1	12.7	2.6(2.5;2.7)	6.8	11.3	1.8(1.7;1.8)
Middle	6.5	12.7	2.3(2.2;2.4)	6.7	11.3	1.8(1.7;1.9)
High Middle	9.0	15.1	1.8(1.7;1.9)	8.5	14.5	1.9(1.8;1.9)
High	10.1	17.0	1.8(1.8;1.9)	10.0	16.0	1.6(1.6;1.7)
<b>Mortality</b>						
Low	2.7	4.6	1.8(1.8;2.0)	2.1	3.3	1.6(1.5;1.8)
Low Middle	2.9	5.0	2.0(1.9;2.0)	2.9	3.7	0.9(0.8;0.9)
Middle	3.1	4.8	1.6(1.5;1.6)	2.8	3.6	0.9(0.8;0.9)
High Middle	4.2	5.6	1.1(1;1.2.0)	3.4	4.5	0.9(0.9;1.0)
High	4.7	6.3	1.1(1;1.2.0)	3.9	4.9	0.8(0.8;0.8)
<b>DALY</b>						
Low	63.5	109.7	1.9(1.8;2.0)	51.3	78.1	1.5(1.4;1.6)
Low Middle	69.9	119.5	1.9(1.8;2.0)	68.3	86.7	0.8(0.8;0.9)
Middle	75.4	113.4	1.5(1.4;1.5)	66.6	82.1	0.8(0.7;0.8)
High Middle	102.4	130.9	0.8(0.8;0.9)	82.2	102.0	0.7(0.7;0.8)
High	113.4	142.7	0.8(0.7;0.9)	94.1	109.2	0.5(0.5;0.5)
<b>YLL</b>						
Low	62.2	107.0	1.9(1.8;2.0)	50.1	75.8	1.5(1.4;1.6)
Low Middle	68.4	116.7	1.9(1.8;2.0)	66.7	84.3	0.8(0.7;0.9)
Middle	73.8	110.5	1.4(1.4;1.5)	65.0	79.7	0.7(0.7;0.8)

Table 4. Age-standardized of measures per 100,000 and Average Annual Percent Change (AAPC) by sex, according to Socio-Demographic Index (SDI) quintiles, 1990-2019

SDI quintiles	Male			Female		
	1990	2019	AAPC (95%CI)	1990	2019	AAPC (95%CI)
High Middle	100.2	127.5	0.8 (0.8;0.9)	80.2	99.0	0.7 (0.7;0.8)
High	110.9	139.0	0.8 (0.7;0.9)	91.8	105.9	0.5 (0.5;0.5)
	YLD					
Low	1.3	2.7	2.6 (2.4;2.7)	1.1	2.3	2.4 (2.3;2.7)
Low Middle	1.5	2.9	2.3 (2.2;2.3)	1.6	2.5	1.5 (1.4;1.5)
Middle	1.6	2.8	1.9 (1.9;2.0)	1.6	2.4	1.4 (1.3;1.5)
High Middle	2.2	3.3	1.5 (1.4;1.5)	2.0	3.0	1.4 (1.4;1.4)
High	2.5	3.7	1.5 (1.4;1.6)	2.3	3.3	1.2 (3.3;1.2)

Source: GHDx<sup>19</sup>.

AAPC: Average Annual Percent Change; CI: Confidence Interval; DALYs: Disability-Adjusted Life Years; YLDs: Years Lived with Disability (YLDs); YLLs: Years of Life Lost; SDI: Socio-Demographic Index.

## Discussion

Morbidity, mortality, and the burden of MM have been rising in Brazil between 1990 and 2019. In accordance with the epidemiology of MM, the highest measures were registered for male sex. Mortality increased, nevertheless, at a slower pace than incidence, corresponding to a higher rising trend of prevalence for both sexes. YLL continues to be the main component of DALY yet shows a smaller upward trend than YLD. Overall, age-standardized incidence, prevalence mortality, DALY, YLL, and YLD were greater in federative units with higher SDI, especially in those from high- and high-middle quintiles, while the poorest places showed the highest ascending trends for all the measures from 1990 to 2019.

While we found a similar pattern of MM epidemiology across the Brazilian States, we also observed differences in the magnitude of the measures of MM, which is probably related to uneven access to healthcare services facilitating diagnosis and treatment, aging, population growth, and quality of data, as indicated by other investigations<sup>3,4,10</sup>. Federative units with incidences above that found for Brazil

– Distrito Federal, São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Santa Catarina, Rio Grande do Sul (for men), and Goiás (for women), coincided with those having the highest proportions of persons aged 65 years or older in 2010 and 2019<sup>26,27</sup> and, in most cases, with the highest level of development. Therefore, the under-reporting of MM data due to poor access to early diagnosis and treatment in low-income areas in Brazil must be taken into account when interpreting these results.

Increasing incidence trends can also be explained by improvements in MM diagnosis made over the period, despite the recognized inequalities between public and private health services concerning (timely) access to diagnosis and treatment<sup>28</sup>. Socio-economic disparities should have influenced MM detection among federative units, considering that the diagnosis of MM is quite complex and costly, resulting in underestimation of the disease especially in regions lacking infrastructure or having other health needs<sup>3,17</sup>. The detection of MGUS and SMM, which usually precede MM, and a complete diagnostic investigation of MM would rarely been performed in federative units with low SDI. Thus, the increase

in the incidence of MM observed in Brazil might not reflect a real rise in the disease, but rather an improved access to diagnosis and awareness of the disease. Another study<sup>10</sup> evaluated rising age-specific incidence rates, an aging population, and population growth as the main contributors to the increase in MM incidence worldwide. Similarly, all these factors should have influenced the ascending incidence of MM in Brazil, and the contribution of individual factors to new cases of myeloma should be demonstrated in future investigations.

The advances achieved in the treatment of MM in Brazil in the late 1980s brought with the ASCT and the use of thalidomide combined with the drug regimens combinations from the early 2000s, improved survival (decelerating mortality rate and YLL) and contributed to the rising trends in prevalence rates and YLD. Thalidomide has been made available nationwide without cost in public and private health care; however, the access to novel drug therapies have been unequal compared to developed countries<sup>10,14</sup>. Other drugs such as bortezomib, lenalidomide and monoclonal antibodies, more recently approved in Brazil, have been made accessible for only a small part of patients, who are covered by private health insurance, acquire medicine via judicialization or participate in clinical trials<sup>29</sup>.

Moreover, despite the increase of ASCT rates for MM in Brazil (2009-2012)<sup>8</sup>, only about 30% of patients met eligibility for the procedure<sup>8,30</sup>. Since ASCT criteria require healthier patients younger than 75 years<sup>10</sup>, patients from poorer regions with limited or no access to timely diagnosis and treatment, are unlikely to be candidates.

Downward trends in mortality have been observed for countries with higher SDI<sup>4</sup>. Mortality rates increased by 1.3% and 0.9% per year for men and women, respectively, whereas incidence increased by 1.5% for men and 1.1% for women, suggesting some improvement in MM treatment in Brazil between 1990 and 2019. This same pattern can be found by

comparing mortality and incidence according to SDI quintiles. Another study carried out in Brazil reported an ascending annual percent change of 2.5% in age-adjusted (20+ years) MM mortality for both sexes, from 1996 to 2015<sup>30</sup>. In line with our findings, the authors also observed higher ascending trends of age-standardized mortality (> 20 years) in the North, Northeast, and Midwest regions compared to the Southwest and South regions of Brazil<sup>31</sup>.

We recognize the limitations of our study that was based on secondary data, which may compromise the accuracy of MM measures. Furthermore, considering the nature of the study design, the assessment of known risk factors that could have affected MM distribution (e.g. black race, high BMI and genetic factors<sup>1,2,4</sup>), was beyond the scope of this work. Nevertheless, our study provided an overview of the disease pattern at the population level in Brazil and its federative units. Future research should be performed to further assess the MM epidemiology in Brazil in the face of the demographic transition, the introduction of bortezomib, incorporated into SUS just after the study period, and emerging therapies, as well as the effect of the COVID-19 pandemic.

## Conclusions

This study provided the first description of MM in Brazil and its 27 federative units from 1990 to 2019. Age-standardized (40+ years) incidence, prevalence, mortality, DALY, YLL, and YLD of MM showed increasing trends in Brazil over the period. Ascending trends of mortality were less pronounced than incidence (as well as YLL compared to YLD), approaching the scenario of high-income countries. In addition, federative units with higher levels of development showed the highest measures; however, poorer places had higher rising trends. Morbidity, mortality, and disease burden of MM were significantly higher in men compared to women.

## Collaborators

Oliveira MM (0000-0002-0804-5145)\* conceived the study, analyzed data, interpreted the results, and contributed to the writing of the study. Veloso GA (0000-0002-5348-3793)\* conceived the study, contributed to the data analysis, interpreted the results. Malta DC (0000-0002-8214-5734)\* conceived the

study, interpreted the results, and revised the manuscript critically for important intellectual content. Curado MP (0000-0001-8172-2483)\* conceived the study and revised the manuscript critically for important intellectual content. Menezes de Pádua C (0000-0001-7083-3188)\* conceived the study, interpreted the results, and wrote the original draft of the study. ■

---

## References

- Rajkumar SV. Multiple myeloma: 2020 update on diagnosis, risk-stratification and management. *Am J Hematol.* 2020;95(5):548-567. DOI: <https://doi.org/10.1002/ajh.25791>
- Cowan AJ, Green DJ, Kwok M, et al. Diagnosis and management of multiple myeloma: A review. *JAMA.* 2022;327(5):464-477. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2022.0003>
- Curado MP, Oliveira MM, Silva DRM, et al. Epidemiology of multiple myeloma in 17 Latin American countries: An update. *Cancer Med.* 2018;7(5):2101-2108. DOI: <https://doi.org/10.1002/cam4.1347>
- Zhou L, Yu Q, Wei G, et al. Measuring the global, regional, and national burden of multiple myeloma from 1990 to 2019. *BMC Cancer.* 2021;21(1):606. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12885-021-08280-y>
- Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Compare [Internet]. Seattle, WA: IHME, University of Washington; 2015 [cited 2022 Dec 10]. Available from: <https://www.healthdata.org/>.
- Correa C, Gonzalez-Ramella O, Baldomero H. Increasing access to hematopoietic cell transplantation in Latin America: Results of the 2018 LABMT activity survey and trends since 2012. *Bone Marrow Transplant.* 2022;57(6):881-888. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41409-022-01630-9>
- Cowan AJ, Baldomero H, Atsuta Y, et al. The Global State of Hematopoietic Cell Transplantation for Multiple Myeloma: An Analysis of the Worldwide Network of Blood and Marrow Transplantation Database and the Global Burden of Disease Study. *Biol Blood Marrow Transplant.* 2020;26(12):2372-2377. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bbmt.2020.08.018>
- Cowan AJ, Allen C, Barac A, et al. Global Burden of Multiple Myeloma: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *JAMA Oncol.* 2018;4(9):1221-1227. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2018.2128>
- Pulte D, Jansen L, Castro FA, et al. Trends in survival of multiple myeloma patients in Germany and the United States in the first decade of the 21st century. *Br J Haematol.* 2015;171(2):189-196. DOI: <https://doi.org/10.1111/bjh.13537>
- Hungria VTM, Martínez-Baños DM, Peñafiel CR, et al. Multiple myeloma treatment patterns and clinical outcomes in the Latin America Haemato-Oncology (HOLA) Observational Study, 2008-2016. *Br*

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- J Haematol. 2020;188(3):383-393. DOI: <https://doi.org/10.1111/bjh.16124>
11. Piechotta V, Jakob T, Langer P, et al. Multiple drug combinations of bortezomib, lenalidomide, and thalidomide for first-line treatment in adults with transplant-ineligible multiple myeloma: a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;(11):CD013487. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.cd013487>
  12. Magalhães Filho RJP, Crusoe E, Riva E, et al. Analysis of Availability and Access of Anti-myeloma Drugs and Impact on the Management of Multiple Myeloma in Latin American Countries. *Clin Lymphoma Myeloma Leuk.* 2019;19(1):e43-e50. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.clml.2018.08.005>
  13. Paumgartten FJR. The tale of lenalidomide clinical superiority over thalidomide and regulatory and cost-effectiveness issues. *Ciênc saúde coletiva.* 2019;24(10):3783-3792. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182410.28522017>
  14. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Mieloma Múltiplo [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022 [cited 2022 Dec 10]. Available from: [https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2022/20220526\\_ddt\\_mieloma\\_multiplo\\_cp.pdf](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2022/20220526_ddt_mieloma_multiplo_cp.pdf)
  15. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Consultas. Portal Anvisa [Internet]. 2023 [cited 2023 Mar 10]. Available from: <https://consultas.anvisa.gov.br/>
  16. Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (BR). Tratamento – Mieloma múltiplo. Abrale [Internet]. 2023 [cited 2023 Mar 10]. Available from: <https://www.abrale.org.br/doencas/mieloma-multiplo>
  17. Hungria VTM, Chiatton C, Pavlovsky M, et al. Epidemiology of hematologic malignancies in real-world settings: Findings From the Hemato-Oncology Latin America Observational Registry Study. *J Glob Oncol.* 2019;5:1-19. DOI: <https://doi.org/10.1200/jgo.19.00025>
  18. Zhao Y, Niu D, Ye E, et al. Secular trends in the burden of multiple myeloma from 1990 to 2019 and its projection until 2044 in China. *Front Public Health.* 2022;10:938770. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.938770>
  19. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Health Data Exchange – GHDx [Internet]. Seattle, WA: IHME, University of Washington; 2021 [cited 2022 Dec 10]. Available from: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>
  20. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet.* 2020;396(10258):1204-1222. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30925-9)
  21. Foreman KJ, Lozano R, Lopez AD, et al. Modeling causes of death: an integrated approach using CODEm. *Popul Health Metr.* 2012;10(1):1. DOI: <https://doi.org/10.1186/1478-7954-10-1>
  22. Estudo de Carga Global de Doença 2015: resumo dos métodos utilizados. *Rev Bras Epidemiol.* 2017;20:4-20. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-54972017000500020>
  23. Kim HJ, Fay MP, Feuer EJ, et al. Permutation tests for joinpoint regression with applications to cancer rates. *Stat Med.* 2000;19(3):335-351. DOI: [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1097-0258\(20000215\)19:3%3C335::aid-sim336%3E3.0.co;2-z](https://doi.org/10.1002/(sici)1097-0258(20000215)19:3%3C335::aid-sim336%3E3.0.co;2-z)
  24. National Cancer Institute. Joinpoint regression program, Version 4.9.1.0 – April 11, 2022; statistical methodology and applications branch, surveillance research program [Internet]. [unknown location]. 2022 [cited 2022 Sep 15]. Available from: <https://surveillance.cancer.gov/joinpoint/>
  25. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nos. 196/96, 303/2000 e 404/2008. *Diário Oficial da União* [Internet], Brasília, DF. 2013 jun 13 [cited 2024 Aug 16]; Seção I:549. Available from:

<https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2012>

26. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação [Internet]. [Rio de Janeiro]: IBGE; 2022 [cited 2022 Dec 10]. Available from: [https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html?utm\\_source=portal&utm\\_medium=popclock](https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html?utm_source=portal&utm_medium=popclock)
27. Azeredo Passos VM, Champs APS, Teixeira R, et al. The burden of disease among Brazilian older adults and the challenge for health policies: results of the Global Burden of Disease Study 2017. *Popul Health Metr.* 2020;18(Suppl1):14. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12963-020-00206-3>
28. Maiolino A, Neto J, Leite L, et al. Unmet needs in multiple myeloma in Brazil from physicians' perspective – barriers in quality of life and disease management. *J Bras Econ Saúde.* 2018;10(2):165-171. DOI: <https://doi.org/10.21115/JBES.v10.n2.p165-171>
29. Gómez-Almaguer D, Moraes Hungria VT. Multiple myeloma in Latin America. *Hematology.* 2022;27(1):928-931. DOI: <https://doi.org/10.1080/16078454.2022.2112643>
30. Malta JS, Drummond PLM. Effect of therapeutic regimens and polypharmacy on health-related quality of life of people with multiple myeloma: a cross-sectional study in Belo Horizonte, Brazil. *Curr Med Res Opin.* 2022;38(8):1275-1283. DOI: <https://doi.org/10.1080/03007995.2022.2034387>
31. Callera FAC. Mortality of adult patients with multiple myeloma from the Brazilian national health system over the past 20 years. *GJRA.* 2018;7(2):149-151.

---

Received on 28/09/2023

Approved on 07/06/2024

Conflict of interests: non-existent

Financial support: the research was funded by the Health Surveillance Secretariat, Ministry of Health, via Decentralized Execution Term (Termo de Execução Descentralizada - TED) 67-2023.

**Editor in charge:** Ana Maria Costa

## Planos de contingência e coordenação estadual do SUS na pandemia de covid-19

*Contingency plans and state coordination in the COVID-19 pandemic*

Ana Cassia Cople Ferreira<sup>1</sup>, Luciana Dias de Lima<sup>2</sup>

DOI: 10.1590/2358-289820241429229P

**RESUMO** O artigo analisa a atuação dos estados na coordenação da resposta do Sistema Único de Saúde (SUS) à pandemia de covid-19. Trata-se de pesquisa documental tendo como fonte os 26 planos de contingência estadual, publicados entre fevereiro de 2020 e outubro de 2021. Os governos estaduais atuaram na maioria das dimensões analisadas: coordenação da emergência sanitária, articulação federativa, regulação, apoio técnico, comunicação, planejamento integrado, prestação de serviços, financiamento e cooperação. Os resultados sugerem o protagonismo dos governos estaduais no plano da gestão do SUS, com destaque para a busca de integração, alinhamento e cooperação entre os setores implicados, assim como para a tomada de decisões baseada em orientações e evidências científicas. Num contexto de polarização e disputa federativa, a experiência estadual valorizou a autonomia federativa, o caráter cooperativo e as capacidades institucionais no SUS.

**PALAVRAS-CHAVE** Política de saúde. Planos de contingência. Sistema Único de Saúde. Covid-19.

**ABSTRACT** *The article analyzes the role of the states in coordinating the response of the Unified Health System (SUS) to the COVID-19 pandemic. This documentary research was based on the 26 state contingency plans published between February 2020 and October 2021. The state governments acted in most dimensions analyzed: health emergency coordination, federative articulation, regulation, technical support, communication, integrated planning, service provision, financing, and cooperation. The results suggest the leading role of state governments in SUS management, emphasizing the search for integration, alignment, and cooperation between the sectors involved, besides decision-making based on scientific guidance and evidence. In a context of polarization and federative dispute, the state experience valued federative autonomy, a cooperative stance, and the institutional capacities in the SUS.*

**KEYWORDS** *Health policy. Contingency plans. Unified Health System. COVID-19.*

<sup>1</sup>Ministério da Saúde (MS), Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro (Sems-RJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. [anacople@yahoo.com.br](mailto:anacople@yahoo.com.br)

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



## Introdução

O debate acerca da coordenação de políticas públicas ganhou destaque na pandemia de covid-19. Análises comparativas desenvolvidas identificaram características, determinantes e lições extraídas das respostas de diferentes países<sup>1-5</sup>. Tais estudos sugerem a existência de determinados fatores que influenciaram as experiências mais bem-sucedidas, como as fortes capacidades estatais e das lideranças políticas na coordenação nacional das respostas<sup>3</sup>.

As implicações da coordenação no desempenho de federações foram igualmente abordadas na literatura. Isso porque responder às crises que resultaram da pandemia, tanto na saúde quanto na economia, exigiu intervenções de todos os níveis de governo. Os países com melhores resultados foram aqueles que desenvolveram mecanismos mais robustos de articulação e cooperação intergovernamentais<sup>1</sup>. Assim, faz-se necessário analisar as interações e os papéis das esferas subnacionais para a compreensão da coordenação da resposta à pandemia em contextos federativos.

A literatura sobre a coordenação de políticas públicas apresenta o conceito de maneira ampla, definindo-o como uma dimensão fundamental da atuação do Estado. Envolve articulação e direcionamento de organizações de natureza diversa para atingir objetivos comuns, buscando a produção de serviços coerentes e integrados, a otimização de recursos, a eliminação de duplicações e a satisfação dos usuários<sup>6-8</sup>.

No Brasil, a fragilidade da coordenação nacional e as relações estabelecidas entre o executivo federal e os entes subnacionais foram documentadas, indicando a existência de disputas e conflitos intergovernamentais<sup>9</sup>. Como fatores condicionantes, por um lado, destacam-se o fortalecimento da agenda neoliberal e as mudanças no papel exercido pela Presidência e pelo Ministério da Saúde, e suas consequências para a ruptura do arranjo prévio

de coordenação federativa do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>10,11</sup>. Por outro, a crise de coordenação do Estado na pandemia é interpretada como produto das características do sistema federativo, da existência de desigualdades socioespaciais e do acirramento de tensões políticas entre governos<sup>12</sup>.

Estudos direcionados para os governos estaduais enfatizam os conflitos políticos com o Poder Executivo federal e seus desdobramentos para a resposta à pandemia<sup>13,14</sup>. Outras pesquisas tratam das políticas estaduais de distanciamento social e da implementação de intervenções não farmacológicas<sup>15</sup>, da atuação dos consórcios interestaduais<sup>16</sup> e da situação fiscal<sup>17</sup>. Em comum, esses estudos sugerem o protagonismo dos governadores, a atuação conjunta e a velocidade de resposta dos governos estaduais, considerando o conjunto das políticas públicas.

Particularmente, trabalhos que abordam a resposta estadual na política de saúde enfatizam especificidades de determinadas áreas ou a atuação de alguns governos<sup>18-20</sup>, restando lacunas à compreensão da forma como a gestão estadual do SUS atuou na coordenação de políticas e ações, de forma nacional e abrangente.

Partimos do entendimento que a coordenação é função prioritária em emergências sanitárias, e que o plano de contingência é o instrumento central de preparação e resposta. Os planos de contingência da covid-19 são documentos públicos que contêm as diretrizes da política de saúde em diferentes contextos territoriais. Como ressaltado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), eles refletem a diversidade de realidades locais e expressam esforços de articulação entre diferentes atores na formulação e implantação de medidas de controle da pandemia, e de comunicação com a sociedade<sup>21</sup>.

Este artigo analisa os planos estaduais de contingência da covid-19, caracterizando o modo como os gestores estaduais do SUS atuaram na coordenação da resposta à pandemia.

## Competências da gestão estadual do SUS na coordenação de emergências sanitárias

A Constituição Federal de 1988 inaugurou uma nova fase nas relações federativas brasileiras, assumindo o modelo cooperativo na gestão da política de saúde. Tal proposta alterou a distribuição de competências entre as esferas de governo e reforçou o papel dos municípios na política de saúde<sup>22</sup>. O papel dos estados também se alterou significativamente, com destaque para o planejamento regional, a gestão e a prestação de serviços de atenção especializada<sup>23</sup>.

Com as bases estabelecidas, ao longo das primeiras décadas do SUS, um arranjo político-institucional particular se conformou. O federalismo brasileiro caminhou para a centralização da autoridade política e regulatória no nível federal, sustentando ampla competência legislativa, principalmente com relação à definição de políticas nacionais, em detrimento da plena autonomia das demais esferas<sup>24</sup>. O governo federal historicamente esteve no centro das relações federativas, controlando o processo decisório e induzindo a implantação de políticas específicas<sup>25,26</sup>.

Apesar do protagonismo da União na coordenação de políticas sociais, os governos subnacionais não atuaram como meros reprodutores da política nacional, pois a divisão de competências na federação convive com vários centros de poder, embora com capacidades desiguais<sup>27</sup>. Além disso, as esferas subnacionais contam com margem de atuação própria, sobretudo no processo de implementação. Assim, o governo federal passou a reconhecer a necessidade de estabelecer uma cultura de negociação, buscando legitimidade junto aos governos subnacionais no processo de implementação da política de saúde. A institucionalização de espaços de negociação intergestores – com representação das três esferas de governo (âmbito nacional) e das esferas estaduais e municipais (âmbito estadual) – teve papel fundamental, tornando a

experiência do SUS uma das mais avançadas com relação à articulação interfederativa<sup>28</sup>. Apesar disso, a literatura que trata do papel dos estados identifica inúmeros impasses na execução de suas funções<sup>23</sup>.

Entende-se que as regras atuais não impedem a atuação dos estados em políticas como a saúde, a educação e a assistência, mas não os induzem a efetivar suas responsabilidades<sup>29</sup>. O desenho institucional e fiscal pós-Constituição Federal de 1988 influenciou a participação relativamente baixa dos estados na governança das políticas sociais. Na prática, foram ‘contornados’ pela União, processo facilitado pelas políticas de caráter universal e pela ausência de alinhamento partidário entre os presidentes eleitos e os governadores<sup>30</sup>.

Lima et al.<sup>23</sup> analisaram as competências e atribuições dos governos estaduais na regulamentação do SUS, a partir das funções de formulação de políticas e planejamento, financiamento, regulação e prestação de serviços. Destacam que a priorização da descentralização de cunho municipalista e o caráter tardio da regionalização, que demanda maior protagonismo estadual, impactaram a realização da coordenação pelos estados, cujo papel permaneceu inespecífico e restrito a algumas áreas.

Em emergências, calamidades públicas ou epidemias, as três esferas, nos seus respectivos âmbitos administrativos, devem responder e planejar ações, podendo requisitar bens e serviços privados, conforme estabelecido na Lei nº 8.080/1990. O Ministério da Saúde deve apoiar os entes federados, sendo da Secretaria de Vigilância em Saúde a competência para a coordenação da preparação e resposta das ações nas emergências de saúde pública de importância nacional e internacional, em articulação com autoridades sanitárias internacionais, como a OMS.

Dos nove pilares descritos no Plano Estratégico de Resposta à Covid-19 da OMS<sup>21</sup> – documento de referência internacional para planejamento operacional dos países –, o primeiro é ‘coordenação nacional, planejamento e

monitoramento'. A partir desse documento, os países foram orientados a desenvolver planos de contingência ou adaptar seus planos para influenza. Nesse primeiro pilar, são consideradas medidas como o estabelecimento de mecanismos de gestão e coordenação de emergências em saúde, envolvendo autoridades relevantes e níveis de governo; definição da resposta a ser tomada por cenário de transmissão e nível de governo; implementação de ações para conter a transmissão do vírus; mitigação das consequências sociais e econômicas; estabelecimento de plataforma de informações atualizada e comunicação assertiva junto às populações afetadas; e garantia de logística, equipamentos, equipe treinada e porta-vozes designados. Esses são exemplos de iniciativas a serem tomadas no âmbito da coordenação da resposta na saúde, que se expressam nos planos de contingência nacionais e locais.

Anexada ao Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, de fevereiro de 2020, foi publicada a primeira versão do Plano Nacional de Contingência para a covid-19<sup>31</sup>. Nele, recomendou-se que as secretarias de saúde dos estados e municípios elaborassem seus respectivos planos de contingência. No entanto, a falta de alinhamento político no nível nacional dificultou a integração entre atores e coordenação da resposta, especialmente nos meses iniciais de 2020.

Em contrapartida, as iniciativas dos conselhos nacionais de secretarias municipais e de secretários estaduais de saúde (Conasems e Conass, respectivamente) e da Organização Pan-americana da Saúde (Opas) foram marcantes no período, sendo destaque a publicação do 'Guia Orientador para o Enfrentamento da Pandemia'<sup>32</sup>. Esse material foi publicado, inicialmente, em maio de 2020, e, apenas um ano depois, na quarta edição, o Ministério da Saúde passou a constar na autoria. Mesmo premidos pelas pressões e crises postas no contexto da pandemia, os gestores estaduais e municipais responderam à covid-19 em seus âmbitos de administração e por meio de suas representações nacionais.

Com base nesse referencial, este artigo priorizou a análise das diferentes dimensões da coordenação estadual do SUS expressas nos planos de contingência da covid-19.

## Material e métodos

Trata-se de estudo exploratório com base em pesquisa documental<sup>33</sup> que utilizou como fonte os planos estaduais de contingência da covid-19. Entende-se que os documentos possibilitam a realização de reconstruções de processos vividos, pois retratam o período e o conhecimento disponível, sendo de grande importância para a análise de políticas. No caso desta pesquisa, são instrumentos fundamentais para a compreensão do modo como as esferas estaduais de gestão do SUS coordenaram ações de resposta à covid-19.

Na primeira etapa da análise, realizou-se um exame crítico preliminar dos planos, considerando os elementos de contexto, autores, autenticidade, confiabilidade, natureza, conceitos-chave e lógica interna do texto. Para garantir a representatividade, foram selecionados os planos de contingência dos vinte e seis estados, publicados no período de fevereiro de 2020 a outubro de 2021. Considerando a autenticidade e a confiabilidade, foram coletadas as versões finais dos planos disponíveis em acesso público, tanto nas páginas oficiais das secretarias estaduais de saúde quanto do Ministério da Saúde. Nos estados nos quais havia mais de uma edição do plano, foi considerada a mais atual, dentro do período do estudo, pois os planos com mais atualizações apresentaram mais informações. O Distrito Federal não foi incluído por não apresentar relações intergovernamentais com os municípios.

Por serem instrumentos de planejamento que se adequam às diferentes realidades político-institucionais e à dinâmica da pandemia, a estrutura e o conteúdo dos planos de contingência se diferenciaram. Por exemplo, a frequência de atualização dos planos variou em cada estado, identificando-se que 20 dos

26 planos selecionados informaram ter sido atualizados, sendo possível verificar planos com até 15 atualizações. Tais ajustes foram justificados considerando a incorporação de novos conhecimentos e protocolos sobre a covid-19 e a situação epidemiológica e assistencial do estado.

Após a análise preliminar, procurou-se ‘reunir todas as partes’<sup>33</sup>, articulando-as com os elementos teóricos e a problemática de estudo, tendo em vista a interpretação dos resultados. Para orientar o agrupamento e a análise das informações, foi elaborado o *quadro 1*, que teve por base referências que tratam do papel da esfera estadual na política de saúde<sup>23,29</sup>, as orientações nacionais aos

estados e municípios para o enfrentamento da covid-19<sup>32</sup>, assim como as diretrizes da OMS para o planejamento operacional<sup>21</sup>.

Os planos foram lidos em sua totalidade por três vezes, e cada leitura permitiu a concretização de uma etapa da análise. A primeira leitura permitiu o levantamento e a sistematização das informações gerais dos planos. Na segunda, houve a categorização, e, na terceira, a interpretação das categorizações, resultando na descrição das ações encontradas por dimensão e alimentação de um quadro com as evidências de cada estado. As etapas de leitura, levantamento e sistematização do material foram realizadas pelo mesmo autor.

Quadro 1. Dimensões e ações da coordenação estadual do SUS em resposta à covid-19

Dimensões	Ações
Coordenação da emergência sanitária	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Estruturação de centros de operações de emergências, comitês de crise ou equivalentes, exclusivos do setor saúde ou intersetoriais, deliberativos ou consultivos, com liderança da secretaria estadual de saúde.</li> <li>b) Composição de comitês ou gabinetes de crise no âmbito do governo do estado.</li> <li>c) Integração com o controle social do SUS.</li> <li>d) Reconhecimento do papel estadual na coordenação.</li> </ul>
Articulação federativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Participação de representantes dos conselhos de secretarias municipais de saúde (Cosems) estaduais em grupos técnicos e comitês de crise.</li> <li>b) Articulação com o Cosems referida amplamente.</li> <li>c) Contribuição do Cosems na elaboração do plano de contingência.</li> <li>d) Discussão e pactuação das medidas em fóruns deliberativos do SUS.</li> <li>e) Destaque para a atuação conjunta das três esferas de governo.</li> </ul>
Regulação	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Orientações às centrais de regulação estaduais e aos serviços envolvidos.</li> <li>b) Definição dos fluxos de acesso aos serviços do SUS e divulgação de informações sobre a rede de atenção disponível.</li> <li>c) Uso de ferramentas e sistemas de informação próprios para a regulação.</li> <li>d) Uso de ferramentas para cálculo da necessidade de leitos.</li> <li>e) Grupos para gestão de leitos de covid-19.</li> <li>f) Experiências de regulação com países de fronteira.</li> </ul>
Apoio técnico	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Assessoramento e orientação de técnicos(as) e gestores(as) municipais nas ações de resposta à pandemia.</li> <li>b) Realização de visitas técnicas.</li> <li>c) Oferta de capacitações.</li> <li>d) Ações educativas em parceria com instituições de ensino.</li> <li>e) Atuação das unidades regionais das secretarias de saúde estaduais.</li> <li>f) Atuação de apoiadores(as) institucionais.</li> <li>g) Uso de sistemas de informação próprios ou ferramentas para o monitoramento da covid-19.</li> <li>h) Elaboração de resumos, tradução e síntese de achados de artigos científicos.</li> </ul>

Quadro 1. Dimensões e ações da coordenação estadual do SUS em resposta à covid-19

Dimensões	Ações
Comunicação	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Disponibilização de páginas e painéis eletrônicos para transparência das ações.</li> <li>b) Oferta de meios de comunicação, como linhas telefônicas, aplicativos de mensagens, plantões de atendimento e centrais de atendimento.</li> <li>c) Uso das mídias sociais institucionais.</li> <li>d) Parcerias com a imprensa local.</li> <li>e) Medidas de comunicação com os municípios.</li> <li>f) Divulgação de sites confiáveis.</li> <li>g) Monitoramento de mídias e de notícias falsas.</li> <li>h) Divulgação de resultados de indicadores em plataformas.</li> <li>i) Alinhamento entre as assessorias de comunicação dos órgãos envolvidos.</li> </ul>
Planejamento integrado	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Planejamento das ações considerando a capacidade instalada e situação epidemiológica.</li> <li>b) Planejamento das ações considerando o desenho regional.</li> <li>c) Apoio e disponibilização de materiais norteadores para a elaboração dos planos municipais.</li> <li>d) Apresentação do plano de contingência estadual como norteador dos planos municipais.</li> <li>e) Referência à articulação com os gestores municipais na implementação dos planos.</li> <li>f) Monitoramento dos planos municipais.</li> <li>g) Elaboração de planos de contingência por macrorregião de saúde.</li> <li>h) Alinhamento entre o plano estadual e os planos de contingência municipais.</li> </ul>
Prestação de serviços	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Atuação de serviços de saúde sob gestão estadual, como centros de informações estratégicas em vigilância em saúde, centrais de regulação, laboratórios centrais de saúde pública, unidades de farmácia de medicamentos especiais e unidades assistenciais.</li> <li>b) Enfoque nas medidas de contenção da doença e do aumento das internações, apoio logístico na disponibilização de insumos, equipamentos e medicamentos e apoio complementar ao transporte de alta complexidade.</li> </ul>
Financiamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Aquisições de equipamentos de proteção individual, insumos e medicamentos, pagamento de diárias de leitos hospitalares e contratação de profissionais.</li> <li>b) Realização de investimentos, como compra de equipamentos, transporte sanitário, estruturação de unidades, reformas, ampliação de espaços físicos e construção de estruturas temporárias.</li> <li>c) Cofinanciamento estadual para indução de ações nos municípios.</li> <li>d) Investimentos seguindo diretriz de regionalização.</li> </ul>
Cooperação	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Articulação com o Consórcio Interestadual de Desenvolvimento Sustentável do Nordeste para a aquisição de vacinas.</li> <li>b) Atuação de consórcios na prestação de serviços assistenciais.</li> </ul>

Fonte: elaboração própria.

## Resultados

A análise dos planos buscou elementos das dimensões da coordenação estadual do SUS, cujas principais ações estão sistematizadas no *quadro 2*, por estado.

Na dimensão de ‘coordenação da emergência sanitária’, foram encontrados diversos arranjos de condução estadual do enfrentamento à covid-19. Entre os planos, 21 referiram estruturas coordenadas pelas secretarias estaduais de saúde; em geral, denominadas centros de

operações de emergências ou comitês de crise, exclusivos do setor saúde ou integrando outras áreas da política pública. Concomitantemente a esses espaços, cinco estados mencionaram outros comitês ou equivalentes no âmbito do governo do estado, com participação do governador e de órgãos estaduais implicados. Ressalta-se que o papel de coordenação estadual foi assumido em todos os planos, assim como a importância de estruturar as ações no âmbito das esferas estadual e municipal de gestão.

Na dimensão de ‘articulação federativa’ houve detalhamento variado sobre a participação dos municípios e a integração com as instâncias intergestores do SUS. Em 14 planos, foi referida a participação do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) – órgão de representação dos municípios nos estados – nos centros de operações de emergências ou equivalentes. Outros sete estados mencionaram a participação e articulação com os municípios de forma ampla. A necessidade de promover ações integradas entre as três esferas de gestão foi destacada em 15 planos de contingência. A pactuação das medidas de resposta à pandemia em fóruns deliberativos do SUS (comissões intergestores bipartite e regionais) foi mencionada em 14 planos. Especialmente, foi identificada a atuação desses fóruns com determinados temas, como: pactuação regional de serviços; garantia da logística e insumos; habilitação de leitos; alocação de recursos; organização da vacinação; e retomada gradual das atividades. Nesse sentido, a maioria dos planos enfatizou a importância da fundamentação das decisões em orientações técnicas considerando o avanço do conhecimento científico sobre a doença.

Destacou-se, na dimensão de ‘regulação’, o fato de que todos os planos trouxeram orientações para os diferentes atores envolvidos na regulação de serviços de saúde. A descrição dos fluxos de acesso, a definição de protocolos e as informações sobre a rede de referência disponível se apresentaram em 16 planos. A utilização de ferramentas e sistemas de informação próprios para a regulação foi abordada por três estados.

Na dimensão de ‘apoio técnico’, todos os estados apresentaram medidas de assessoramento aos municípios, considerando as necessidades de adaptação impostas pela pandemia, especificamente, nas áreas de vigilância em saúde e atenção primária. Os planos apresentaram sugestões de estratégias para execução das ações nos municípios e divulgaram materiais de orientação aos serviços de saúde. Especificamente, destacaram-se

ações de educação permanente voltadas aos municípios, mencionadas em 19 planos, e a atuação das unidades regionais da secretaria de saúde, apontada em nove planos.

A dimensão de ‘comunicação’ evidenciou que todos os estados desenvolveram ou adaptaram páginas específicas e painéis informativos para promoção da transparência das ações. As medidas de comunicação com os municípios foram apresentadas em 22 dos planos, como através da divulgação de informes, relatórios e notas técnicas. Além disso, a maioria dos planos mostrou estratégias para fortalecer os canais de comunicação oficiais. Dos planos analisados, 20 apontaram parcerias com a imprensa, oito disseram monitorar mídias e notícias falsas, e três divulgaram sites confiáveis.

Considerando o ‘planejamento integrado’, todos demonstraram haver o planejamento das ações considerando elementos como capacidade instalada e a situação epidemiológica. Por sua vez, o desenho regional se destacou nos planos de 19 estados. O apoio aos planos municipais foi marcante, sendo que 19 apresentaram medidas para a construção dos planos e dez afirmaram monitorá-los. A integração e o alinhamento das prioridades entre os instrumentos estaduais e municipais constaram em 7 planos.

A dimensão da ‘prestação de serviços’ se apresentou em todos os planos, nas mais diversas áreas da rede de atenção à saúde, da execução direta de serviços ao apoio logístico, complementando a oferta municipal e fornecendo serviços de alta complexidade. Ao mesmo tempo que havia a ênfase nos serviços de vigilância em saúde, a assistência hospitalar se destacou. Todos os estados demonstraram ampla atuação das unidades assistenciais sob gestão estadual, que, em muitos casos, foram referência para o atendimento de casos graves. Com vistas a conter o aumento das internações, destacaram-se atividades como o monitoramento da ocupação de leitos, projeção de casos, suspensão das cirurgias eletivas, implantação da telemedicina, abertura de leitos e instalação de hospitais de campanha.

Na dimensão de ‘financiamento’, foi possível identificar ações em todos os planos, seja com relação às funções do ente estadual ou em cooperação junto aos municípios. No custeio, foi relevante a aquisição de medicamentos e insumos, especialmente, materiais de testagem e equipamentos de proteção individual, assim como a contratação de leitos e o pagamento de pessoal. Foram abordados investimentos na rede própria, com a aquisição de bens, como ambulâncias, e equipamentos permanentes, como os usados para a ampliação de leitos. Foram relatadas construções e reformas, seja de estruturas temporárias, como hospitais de campanha e centros de testagem, ou permanentes, como a ampliação dos laboratórios centrais de análise de amostras. Cabe apontar que, embora houvesse dois planos com ampla menção à priorização de investimentos na rede

própria e seguindo a diretriz de regionalização, esse foi ponto pouco abordado no conjunto dos estados. No âmbito do apoio financeiro aos municípios, quatro estados informaram haver cofinanciamento, com foco na melhoria dos serviços da atenção primária e no complemento do custeio dos leitos.

Por fim, somente três planos de contingência referiram medidas de cooperação horizontal, sendo que o estado do Acre relatou a articulação com o Consórcio Interestadual de Desenvolvimento Sustentável do Nordeste para a aquisição de vacinas, quando se iniciavam as negociações no País para a compra do imunizante, e o estado de São Paulo mencionou a atuação de consórcios na prestação de serviços assistenciais. O plano de contingência da Bahia não descreveu a forma de atuação dos consórcios do estado.

Quadro 2. Ações da coordenação estadual da resposta à covid-19, segundo dimensões de análise dos planos de contingência

Dimensões / Ações	Norte							Nordeste							Centro-Oeste			Sudeste				Sul			
	AC	AM	AP	PA	RO	RR	TO	AL	BA	CE	MA	PB	PE	PI	RN	SE	GO	MS	MT	ES	MG	RJ	SP	PR	RS
Coordenação da Emergência Sanitária	a																								
	b																								
	c																								
	d																								
Articulação Federativa	a																								
	b																								
	c																								
	d																								
	e																								
Regulação	a																								
	b																								
	c																								
	d																								
	e																								
	f																								



## Discussão

A análise dos planos de contingência evidenciou uma resposta marcada pela consolidação das funções preconizadas ao ente estadual e o fortalecimento dos dispositivos institucionais do SUS, ainda que as diferenças interestaduais e regionais se apresentem.

A composição ampliada das estruturas de coordenação da emergência sanitária sugere a busca de alinhamento, cooperação e agilidade nas medidas, envolvendo diferentes segmentos na resposta estadual, assim como de unicidade das mensagens transmitidas à população, ainda que não tenha sido avaliado o nível de articulação setorial ou de centralização das decisões. O reconhecimento, em todos os planos, do papel de coordenação estadual indica uma inflexão da trajetória histórica da coordenação federativa no SUS, direcionada pelo nível federal, sobretudo em demandas de cunho nacional. Assim, reforça o protagonismo dos governos estaduais, especificamente dos governadores, na condução das ações de combate à pandemia<sup>13,34</sup>.

Segundo reflexão de Freeman e Maybin<sup>35</sup> sobre a análise documental, a característica-chave do documento de política é a forma como é produzido e usado coletivamente, sendo fonte para refletir o posicionamento da autoridade pública e veículo para comunicar compromissos oficiais. Nesse sentido, especificamente com relação à articulação federativa, ressalta-se a colaboração intergovernamental presente nas diferentes medidas, como na participação dos municípios na elaboração dos planos de contingência estaduais ou na ampla atuação das comissões intergestores do SUS.

Ainda que não seja possível precisar o grau de participação dos municípios ou a efetividade dos espaços colegiados, os planos mostraram a relação da tomada de decisões compartilhada com temas relevantes, como na definição das estratégias de vacinação. Tais aspectos reforçam as instâncias de pactuação como espaços

fundamentais para formalizar ações de cooperação e construção de consensos, na promoção de respostas alinhadas. Também demonstram que os planos foram instrumentos técnicos para respaldar posicionamentos dos gestores do SUS, como, por exemplo, sobre o uso de medicamentos para a covid-19. Esses achados convergem com estudos que verificaram que os governadores atuaram de forma autônoma no tocante às medidas de contenção da covid-19, mesmo aqueles que apoiaram politicamente o então Presidente Jair Bolsonaro, seguindo as recomendações técnicas e evidências fornecidas pelas secretarias estaduais de saúde<sup>15</sup>.

A regulação, historicamente estabelecida como uma função estadual, sofreu os impactos da pandemia, uma vez que as evidências científicas, ainda no início de 2020, apontavam para o esgotamento da capacidade de atendimento hospitalar e para a necessidade de redução da velocidade de propagação da doença, reorganização da oferta e expansão do número de leitos, principalmente nas regiões de vazios assistenciais<sup>36</sup>. Verificou-se que os planos de contingência trouxeram informações técnicas para orientação dos serviços envolvidos, mas, principalmente, deram transparência sobre os procedimentos e critérios na logística e na destinação de leitos. Cabe apontar que, nesse contexto, os estados eram pressionados a dar respostas à população e, ao mesmo tempo, lidavam com altas ocupações hospitalares, além dos históricos déficits de leitos<sup>36</sup>.

A regulação nos estados levanta aspectos da ausência de coordenação nacional, como na organização de uma possível fila única, tema que se tornou pauta do Poder Legislativo federal em 2020, em várias proposições de projetos, mas que pouco avançou<sup>37</sup>. Embora o Ministério da Saúde tenha promovido – mediante mobilização e autorização do Legislativo – a expansão das habilitações de leitos e o aumento dos valores pagos pelas diárias, sabe-se que a distribuição desigual da oferta de recursos hospitalares no País não foi alterada, além de

ter havido resistência às propostas de integração entre serviços públicos e privados<sup>38,39</sup>.

Destacaram-se, no apoio técnico, a amplitude de temas que os estados atenderam durante a emergência sanitária e as estratégias utilizadas, sobretudo, para conter o avanço da doença e a sobrecarga dos serviços. Os resultados sugerem que estados com estrutura institucional desenvolvida e desconcentrada nas regiões de saúde, possivelmente, promoveram ações de maneira próxima e integrada aos municípios. Destaca-se a experiência exitosa da Bahia no apoio institucional e na coordenação da atenção primária junto aos municípios<sup>40</sup>. Por outro lado, análise sobre os planos de contingência estaduais identificou a superficialidade nas ações propostas para a educação permanente, apontando a necessidade de inclusão de medidas de qualificação dos trabalhadores do SUS nas agendas estratégicas<sup>41</sup>. Cabe ponderar que, embora as evidências deste estudo apontem para a oferta de apoio aos municípios em todos os estados, houve variações na descrição do tipo e da complexidade do suporte oferecido – aspectos não avaliados neste estudo.

Na comunicação, a atenção especial às estratégias de divulgação de informações oficiais e combate à disseminação de notícias falsas dialoga com avaliação sobre a transparência das informações dos estados, que mostrou haver maior ênfase na publicação de informações sobre dados da pandemia e para o auxílio à tomada de decisão do que informações financeiro-orçamentárias<sup>42</sup>. Em contrapartida, análise sobre a adequação das estratégias de comunicação desenvolvidas pelos três entes na pandemia apontou fragilidades e a necessidade de maior articulação interfederativa e superação de práticas comunicativas autoritárias<sup>43</sup>.

A situação encontrada no planejamento integrado e o amplo apoio dado aos planos de contingência municipais exemplificam a busca de alinhamento das ações e o reconhecimento da necessária colaboração com os municípios no sentido de alcançar o objetivo comum de salvar vidas, por meio de medidas

de contenção do vírus e redução da gravidade dos casos. Por outro lado, a integração efetiva entre os instrumentos estaduais e municipais foi pouco referida, sugerindo a fragilidade do planejamento ascendente e integrado. Houve referência ao relato da experiência do estado do Paraná no apoio e na avaliação dos planos de contingência municipais, verificando limitações na capacidade de organização no território, mas, também, ao potencial do processo de qualificação dos instrumentos<sup>44</sup>.

Na prestação de serviços, os planos relacionaram medidas para promover a prevenção e a detecção de casos, reduzindo a velocidade de transmissão da doença. A literatura que trata sobre a atuação dos governos estaduais apontou o protagonismo nas medidas preventivas e de contenção do vírus, a partir dos decretos estaduais<sup>45</sup>, e destacou que foram fundamentais nos esforços do Brasil para desacelerar a taxa de transmissão<sup>46</sup>. Por outro lado, foi marcante na análise dos planos a ênfase nas ações para aumentar a capacidade de atendimento hospitalar e evitar a falta de leitos, evidenciando o peso da assistência hospitalar nos serviços estaduais.

No financiamento, o pouco destaque à priorização de despesas seguindo a diretriz de regionalização remete à falta de diretrizes nacionais, que poderiam conduzir investimentos que atendessem a critérios conforme prioridades sanitárias, buscando reduzir disparidades em saúde. Influenciaram, ainda, tal cenário as dificuldades fiscais sofridas pelos governos estaduais desde 2014. Estudo mostrou que a descoordenação federativa na pandemia implicou resultados desiguais, insuficientes e ineficientes nas políticas de apoio financeiro federal aos estados<sup>17</sup>. Nesse sentido, o uso do instrumento de cofinanciamento se mostrou pouco expressivo nas ações de coordenação estadual.

Por fim, embora com menor expressão nos documentos analisados, sabe-se que os consórcios exerceram papel de grande importância no plano das relações intergovernamentais e da cooperação horizontal<sup>16</sup>.

## Considerações finais

Este estudo mostrou como se estruturou a coordenação estadual do SUS em resposta à pandemia, a partir dos planos de contingência da covid-19. Os resultados sugerem o protagonismo dos governos estaduais no plano da gestão do SUS. Embora com variações, os estados assumiram o papel de coordenação, buscando integração, alinhamento e cooperação entre os setores implicados. Houve atenção à necessidade de comunicação e transparência das ações, assim como à tomada de decisões baseada em orientações e evidências científicas. Ressalta-se o papel das comissões intergestores do SUS, como espaços que legitimaram as medidas empreendidas e fomentaram a colaboração intergovernamental. Por outro lado, a ausência federal na coordenação nacional, explorada pela literatura, refletiu nas funções do ente estadual e nas situações encontradas. Conclui-se que, num contexto macropolítico de polarização, disputa federativa e de descoordenação nacional, os planos foram usados pelos estados como instrumentos de direcionamento das ações e cooperação em torno de objetivos comuns.

Em que pese a maioria das dimensões ter sido contemplada nos planos, aponta-se a necessidade de estudos que analisem o estágio de desenvolvimento de cada uma delas nos estados. Nesse sentido, cabe registrar que incidem sobre os estados distintos condicionantes macroestruturais, evidenciando a existência de estados assimétricos, social e economicamente, e em diferentes estágios de desenvolvimento de capacidades institucionais; aspectos que certamente refletiram nas experiências analisadas.

Os resultados deste estudo corroboram o entendimento de que há um conjunto de ações

acessíveis no plano da coordenação estadual que precisa ser explorado. Dessa forma, outros estudos são necessários para elucidar, por exemplo, que tipos de coordenação se conformaram e como se efetivaram as ações previstas nos planos.

Registra-se, por fim, que este estudo se limitou às informações das edições dos planos selecionados, entendendo que esses documentos sofreram atualizações no decorrer do tempo. Portanto, as medidas definidas por cada estado não puderam ser comparadas linearmente ao longo do tempo.

Em uma conjuntura que combinou a complexidade e a urgência da pandemia com condições político-institucionais adversas, a experiência de coordenação estadual mostrou a importância de fortalecer a autonomia federativa, o caráter cooperativo e as capacidades institucionais no SUS.

## Agradecimentos

O artigo é um dos produtos da tese de doutorado de Ferreira ACC, desenvolvida no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Ensp/Fiocruz. Lima LD é bolsista produtividade em pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Cientista do Nosso Estado da Faperj, e conta com o apoio dessas agências para o desenvolvimento de estudos sobre o tema.

## Colaboradoras

Ferreira ACC (0000-0003-2524-5234)\* e Lima LD (0000-0002-0640-8387)\* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

1. Chattopadhyay R, Knüpling F, Chebenova D, et al. Federalism and the response to Covid-19: a comparative analysis [Internet]. New York: Routledge; 2021 [acesso em 2021 nov 22]. 341 p. Disponível em: <https://www.taylorfrancis.com/books/9781003251217>
2. Greer SL, King EJ, Fonseca EM, et al. Coronavirus politics: The comparative politics and policy of COVID-19. Michigan: University of Michigan Press; 2021. DOI: <https://doi.org/10.3998/mpub.11927713>
3. Machado CV, Pereira AMM, Freitas CM, organizadores. Políticas e sistemas de saúde em tempos de pandemia: nove países, muitas lições. Série Informação para ação na Covid-19. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2022. DOI: <https://doi.org/10.7476/9786557081594>
4. Peters BG, Grin E, Abrucio FL. American Federal Systems and COVID-19: Responses to a Complex Intergovernmental Problem [Internet]. 2021 [acesso em 2021 nov 22]. Disponível em: <http://public.eblib.com/choice/PublicFullRecord.aspx?p=6730047>
5. Steytler NC, organizador. Comparative federalism and Covid-19: combating the pandemic. Abingdon, Oxon; New York, NY: Routledge; 2022.
6. Peters BG. Pursuing horizontal management: the politics of public sector coordination. Kansas: University Press of Kansas; 2015. 197 p.
7. Bouckaert G, Peters BG, Verhoest K. The coordination of public sector organizations: shifting patterns of public management. Basingstoke [England]; New York: Palgrave Macmillan; 2010. 326 p.
8. Souza CM. Coordenação de políticas públicas [Internet]. Brasília, DF: Escola Nacional de Administração Pública, ENAP; 2018 [acesso em 2021 maio 1]. 72 p. Disponível em: [https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/3329/1/Livro\\_Coordena%20a7%20a3%20de%20pol%20adticas%20p%20bablicas.pdf](https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/3329/1/Livro_Coordena%20a7%20a3%20de%20pol%20adticas%20p%20bablicas.pdf)
9. Avritzer L, Kerche F, Marona MC, organizadores. Governo Bolsonaro: retrocesso democrático e degradação política. Belo Horizonte, MG: Autêntica; 2021. 571 p.
10. Abrucio 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):663-677. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-761220200354>
11. Vieira FS, Servo LMS. Covid-19 e coordenação federativa no Brasil: consequências da dissonância federal para a resposta à pandemia. Saúde debate. 2020;44(esp4):100-113. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E406>
12. Lima LD, Pereira AMM, Machado CV. Crise, condicionantes e desafios de coordenação do Estado federativo brasileiro no contexto da COVID-19. Cad Saúde Pública. 2020;36(7):e00185220. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00185220>
13. Carvalho ALB, Rocha E, Sampaio RF, et al. Os governos estaduais no enfrentamento da Covid-19: um novo protagonismo no federalismo brasileiro? Saúde debate. 2022;46(esp1):62-77. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E104>
14. Ramos EMB, Ramos PRB, Costa LLS. Pandemia e Federalismo: reflexões sobre as decisões do Supremo Tribunal Federal na apreciação de conflitos de competência entre os entes federativos no enfrentamento à COVID-19. CJSIURJ [Internet]. 2020 [acesso em 2023 maio 30];1(1):46-61. Disponível em: <https://revista.institutouniversitario.com.br/index.php/cjsiurj/article/view/7>
15. Pereira AK, Oliveira MS, Sampaio TS. Heterogeneidades das políticas estaduais de distanciamento social diante da COVID-19: aspectos políticos e técnico-administrativos. Rev Adm Pública. 2020;54(4):678-696. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-761220200323>
16. Clementino MLM, Queiroz JVR, Almeida LSB, et al. A colaboração em tempos de pandemia e o protagonismo do Consórcio Nordeste. Consórcio Nordeste

- [Internet]. 2020 maio 7 [acesso em 2021 maio 10]. Disponível em: <https://www.observatoriodasmetropoles.net.br/a-colaboracao-em-tempos-de-pandemia-e-o-protagonismo-do-consorcio-nordeste/>
17. Peres UD, Santos FP. Descoordenação e desigualdades federativas no Brasil com a Covid-19: Análise da situação fiscal dos estados em 2020. *CGPC*. 2021;26(85):1-23. DOI: <https://doi.org/10.12660/cgpc.v26n85.83742>
  18. Camargo M, Lisboa E, Mota S, et al. Recomendações para o fortalecimento da resposta do sistema de saúde à COVID-19: análise dos planos de contingência de oito estados brasileiros. *Nota Técnica / Rede CoVida – Ciência, Informação e Solidariedade* [Internet]. 2020 [acesso em 2021 abr 10];26. Disponível em: <https://redecovida.org/main-site-covida/wp-content/uploads/2020/09/NT-Recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-o-fortalecimento-na-resposta-do-sistema-de-sa%C3%BAde-%C3%A0-COVID-19-1.pdf>
  19. Machado MF, Quirino TRL, Souza CDF. Vigilância em Saúde em tempos de pandemia: análise dos planos de contingência dos estados do Nordeste. *Visa em Debate* [Internet]. 2020 [acesso em 2023 mar 27];8(3):70-77. Disponível em: <https://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/1626>
  20. Santos TBS, Andrade LR, Vieira SL, et al. Contingência hospitalar no enfrentamento da COVID-19 no Brasil: problemas e alternativas governamentais. *Ciênc saúde coletiva*. 2021;26(4):1407-1418. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.43472020>
  21. Organização Mundial da Saúde. COVID-19 Strategic Preparedness and Response Plan: operational planning guidelines to support country preparedness and response [Internet]. Geneva: OMS; 2020 [acesso em 2020 jul 10]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m>
  22. Mello GA, Viana ALd'Á. Uma história de conceitos na saúde pública: integralidade, coordenação, descentralização, regionalização e universalidade. *Hist Ciênc Saúde – Manguinhos*. 2012;19(4):1219-1239. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702012000400007>
  23. Lima LD, Machado CV, Baptista TWF, et al. O Pacto Federativo Brasileiro e o papel do gestor estadual no SUS. In: Ugá MAD, Sá MC, Martins M, et al., organizadores. *A gestão do SUS no âmbito estadual: o caso do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010. p. 27-58. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788575415924.0003>
  24. Arretche M. *Democracia, federalismo e centralização no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788575415665>
  25. Arretche M. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. *São Paulo Perspec*. 2004;18(2):17-26. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-88392004000200003>
  26. Lotta GS, Gonçalves R, Bitelman M. A Coordenação Federativa de Políticas Públicas: uma análise das políticas brasileiras nas últimas décadas. *Cadernos GPC*. 2014;19(64). DOI: <https://doi.org/10.12660/cgpc.v19n64.5817>
  27. Souza CM. Instituições e mudanças: reformas da Constituição de 1988, federalismo e políticas públicas. In: Hochman G, Faria CAP. *Federalismo e políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2013. p. 113-156.
  28. Sano H, Abrucio FL. Federalismo e articulação intergovernamental: os conselhos de secretários estaduais. In: Hochman G, Faria CAP. *Federalismo e políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2013. p. 272-314.
  29. Lício EC, Palotti PLM, Meneses AFP, et al. O que fazem – ou deveriam fazer – os governos estaduais na gestão das políticas sociais. *Texto para Discussão n. 2695* [Internet]. Brasília, DF; Rio de Janeiro: Ipea; 2021 [acesso em 2022 jan 10]. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&id=38530](https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&id=38530)
  30. Borges A. Eleições presidenciais, federalismo e políticas sociais. In: Hochman G, Faria CAP. *Federalismo e políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2013. p. 157-193.

31. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública. Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV). Boletim Epidemiológico 01 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020 [acesso em 2021 jan 10]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/04/Boletim-epidemiologico-SVS-04fev20.pdf>
32. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (BR); Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde [Internet]. Brasília, DF: Conasems, Conass; 2020 [acesso em 2020 maio 25]. Disponível em: [https://www.conasems.org.br/orientacao\\_ao\\_gestor/guia-orientador-para-o-enfrentamento-da-pandemia-covid-19-na-rede-de-atencao-a-saude/](https://www.conasems.org.br/orientacao_ao_gestor/guia-orientador-para-o-enfrentamento-da-pandemia-covid-19-na-rede-de-atencao-a-saude/)
33. Cellard A. A análise documental. In: Poupart J, Deslauries JP, Groulx LH, et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. 4. ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2014. p. 295-316.
34. Sodré F. Epidemia de Covid-19: questões críticas para a gestão da saúde pública no Brasil. *Trab Educ Saúde*. 2020;18(3):e00302134. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00302>
35. Freeman R, Maybin J. Documents, practices and policy. *Evid Policy* [Internet]. 2011 [acesso em 2022 nov 4];7(2):155-170. Disponível em: <https://bristoluniversitypressdigital.com/view/journals/evp/7/2/article-p155.xml>
36. Noronha KVMS, Guedes GR, Turra CM, et al. Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(6):e00115320. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00115320>
37. Rodrigues APN, Alves SMC, Delduque MC. Fila única de leitos e a pandemia de COVID-19: atuação do Poder Legislativo Federal no ano de 2020. *Ciênc saúde coletiva*. 2023;28(3):685-697. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023283.13822022>
38. Costa DCAR, Bahia L, Carvalho EMCLD, et al. Oferta pública e privada de leitos e acesso aos cuidados à saúde na pandemia de Covid-19 no Brasil. *Saúde debate*. 2020;44(esp4):232-247. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023283.13822022>
39. Santos PPGV, Oliveira RAD, Albuquerque MV. Desigualdades da oferta hospitalar no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil: uma revisão integrativa. *Saúde debate*. 2022;46(esp1):322-337. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E122>
40. Aleluia ÍRS, Vilasbôas ALQ, Pereira GE, et al. Gestão estadual da atenção primária à saúde em resposta à COVID-19 na Bahia, Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2023;28(5):1341-1353. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.12732022>
41. Vieira SL, Souza SG, Figueiredo CF, et al. Ações de educação permanente em saúde em tempos de pandemia: prioridades nos planos estaduais e nacional de contingência. *Ciênc saúde coletiva*. 2023;28(5):1377-1386. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.11252022>
42. Almada MP, Aggio C, Amorim PK, et al. A transparência das informações epidemiológicas e financeiro-orçamentárias sobre a pandemia da COVID-19 nos governos estaduais brasileiros. *Galáxia (São Paulo)*. 2021;(46):e53076. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-2553202153076>
43. Santos MOSD, Peixinho BC, Cavalcanti AMC, et al. Estratégias de comunicação adotadas pela gestão do Sistema Único de Saúde durante a pandemia de Covid-19 – Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2021;25(sup1):e200785. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.200785>
44. Oliveira ECV, Souza MG, Silva PR, et al. Planos de contingência para enfrentamento da COVID-19: Análise da resposta no estado do Paraná. *Rev Saú-de Públ Paraná*. 2021;3(2):147-157. DOI: <https://doi.org/10.32811/25954482-2020v3n2p147>
45. Schaefer BM, Resende RC, Epitácio SSF, et al. Ações governamentais contra o novo coronavírus: evidências dos estados brasileiros. *Rev Adm*

Pública. 2020;54(5):1429-1445. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-761220200503>

46. Barberia LG, Cantarelli LGR, Oliveira MLCF, et al. The effect of state-level social distancing policy stringency on mobility in the states of Brazil. *Rev Adm Pública*. 2021;55(1):27-49. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-761220200549>

---

Recebido em 08/01/2024

Aprovado em 23/05/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: a publicação contou com apoio do Programa de Fomento ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico Aplicado à Saúde Pública da Ensp/Fiocruz. A pesquisa contou com os seguintes auxílios: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq, processo n. 309295/2021-1; Faperj - Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro, processo SEI E-26/201.123/2021; Faperj - Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro, processo n. E-26/010.002257/2019, Edital n. 14/2019 - Apoio a grupos Emergentes de Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro

**Editora responsável:** Jamilli Silva Santos

## Trabalho na pandemia da covid-19: estratégias de enfrentamento e repercussões entre os profissionais da saúde

*Working in the COVID-19 pandemic: coping strategies and repercussions among health professionals*

Anderson da Silva Sousa<sup>1</sup>, João Vitor Gomes Guilherme<sup>2</sup>, Roberta Letícia Pimentel da Costa<sup>2</sup>, José Mateus Bezerra da Graça<sup>1</sup>, Nalma Alexandra Rocha de Carvalho Poty<sup>3</sup>, Elisângela Franco de Oliveira Cavalcante<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/2358-289820241429320P

**RESUMO** Este estudo objetivou desenvolver um modelo analítico teórico-descritivo sobre o trabalho realizado na linha de frente assistencial durante a pandemia da covid-19, considerando as formas de enfrentamento e as repercussões na saúde dos profissionais envolvidos. Trata-se de uma pesquisa qualitativa com referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados na abordagem estruturalista de Strauss e Corbin, realizada em um hospital universitário. Com amostragem da população e formação de dois grupos amostrais, participaram 24 profissionais, entre enfermeiros, fisioterapeutas, médicos e técnicos de enfermagem. Realizou-se a coleta de dados com entrevistas em profundidade. A análise dos dados ocorreu por meio da codificação aberta, axial e seletiva, com uso do software Atlas Ti 22.0. Os resultados alcançados permitiram elucidar o modelo teórico com a categoria central ‘Trabalhando em linha de frente assistencial na pandemia da COVID-19’, sustentado por cinco categorias, conforme as circunstâncias paradigmáticas das condições de ação/interação e suas consequências. O modelo teórico desenvolvido poderá contribuir para o planejamento e desenvolvimento de estratégias institucionais de enfrentamento a períodos críticos, caracterizados por aumento da demanda por serviços de saúde, presença de agente etiológico de alta transmissibilidade e, principalmente, impacto na saúde dos profissionais, com sofrimentos e adoecimentos nos envolvidos na linha de frente assistencial.

**PALAVRAS-CHAVE** Estratégias de enfrentamento. Profissionais de saúde. Infecções por coronavírus. Pandemias. Doenças profissionais.

**ABSTRACT** *This study aimed to develop a theoretical model about frontline care work during the COVID-19 pandemic, considering the ways of coping and the repercussions on the health of the professionals involved. This is a qualitative research with a methodological reference of Grounded Theory in the structuralist approach of Strauss and Corbin, carried out in a university hospital. With theoretical sampling of the population and formation of two sample groups, 24 professionals participated, including nurses, physiotherapists, doctors and nursing technicians. Data collection was carried out with in-depth interviews. Data analysis occurred through open, axial and selective coding, using the Atlas Ti 22.0 software. The results achieved made it possible to elucidate the theoretical model with the central category ‘Working on the care frontline in the COVID-19 pandemic’, supported by five categories, according to the paradigmatic circumstances of the conditions; action/interaction; and the consequences. The theoretical model developed may contribute to the planning and development of institutional strategies for coping with critical periods, characterized by increased demand for health services, the presence of a highly transmissible etiological agent and, mainly, impact on the health of professionals, with suffering and illnesses among those involved in the care front line.*

**KEYWORDS** *Coping skills. Health professionals. Coronavirus infections. Pandemics. Professional diseases.*

<sup>1</sup>Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSCol) – Natal (RN), Brasil.  
elisangela.franco@ufrn.br

<sup>2</sup>Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Departamento de Enfermagem (Denf) – Natal (RN), Brasil.

<sup>3</sup>Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA), Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) – São Luís (MA), Brasil.



## Introdução

O trabalho em saúde é essencial para a preservação e manutenção da vida humana, possui características especiais e acontece de forma bastante peculiar, quando comparado a outros ramos da atividade econômica, no setor de serviço. Esta peculiaridade decorre do fato de as relações ocorrerem durante o ato de produção do serviço, envolvendo os trabalhadores da área e aqueles que são assistidos por eles<sup>1</sup>. Com a chegada da pandemia pela covid-19, doença causada pelo vírus Sars-CoV-2 (*Severe Acuterespiratory Syndromecoronavirus-2*), trabalhar na área da saúde se transformou em desafio ainda maior, visto tratar-se de atuar de frente do maior problema de saúde pública mundial dos últimos tempos.

A covid-19 foi identificada inicialmente em meados de dezembro, no ano de 2019, mediante um surto de pneumonia de causa e etiologia desconhecida na cidade chinesa de Wuhan, passando a ser classificado, a priori, como um surto epidêmico<sup>2</sup>.

Em março de 2020, diante da alta taxa de transmissibilidade da doença e sua propagação para outros continentes, a Organização Mundial da Saúde (OMS) elevou o status de epidemia de covid-19 para pandemia. Em países da Europa, onde os casos da doença já eram presentes e a transmissão local ativa, a inércia na tomada de decisões, aliada à expectativa da não chegada do vírus e do desconhecimento acerca das dimensões catastróficas que a doença poderia causar, contribuíram para que a população em geral não adotasse práticas preventivas com antecedência, tampouco o poder público encontrasse meios de conscientização para se iniciar campanhas<sup>3</sup>.

O primeiro caso da doença no Brasil foi registrado em 25 de fevereiro de 2020, pelo Ministério da Saúde<sup>4</sup>. Em seguida, em pouco menos de 3 meses (14 de maio de 2020) foram confirmados 4.248.389 de casos e 292.046 mortes pela doença no mundo. No Brasil, na mesma data, foram confirmados 177.589 casos e 12.400 mortes, segundo o boletim diário da OMS<sup>5</sup>.

Por conseguinte, foi necessária a adoção de condutas combativas que possibilitassem a diminuição da propagação da doença. A princípio, recorrer a medidas não farmacológicas, como o distanciamento social, ecoava como alternativa benéfica, já que há quebra da cadeia de transmissão viral e, conseqüentemente, diminuição do quantitativo de indivíduos infectados<sup>6</sup>. Por sua vez, o Governo Brasileiro atribuiu aos Estados e Municípios a prerrogativa de adotar o *lockdown*, conforme seus anseios políticos e sociais, sem uma ação coordenada da federação<sup>7</sup>.

Vale destacar que os profissionais da saúde estão diretamente propensos ao risco de contágio da doença, visto que em todos os ambientes de assistência à saúde aos doentes a geração de aerossóis é ativa, tornando estes locais insalubres, a exemplo da cidade de Wuhan, onde dos primeiros 138 casos, 40 foram entre profissionais da saúde<sup>8</sup>.

Nesse ínterim, as estratégias de enfrentamento da pandemia realizadas pelos profissionais de saúde ainda estavam pouco elucidadas na literatura, apesar dos mais diversos tipos de estudos que já haviam sido realizados acerca do tema. Sendo assim, descrevê-las e entendê-las, em uma perspectiva qualitativa e não previamente determinada, revela-se fundamental e se faz necessária para compreensão do que ocorreu, bem como para o levantamento de estratégias preventivas e de proteção dos profissionais diante do adoecimento, da perda da qualidade de vida e da capacidade laborativa durante o período pandêmico, além de suas repercussões a curto e longo prazo, considerando, ainda, as conseqüências para os serviços de saúde e a para a população.

Diante disso, o estudo teve como objetivo principal desenvolver um modelo teórico sobre o trabalho em linha de frente assistencial na pandemia da covid-19, considerando as estratégias de enfrentamento e as repercussões na saúde dos profissionais envolvidos.

## Material e métodos

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, que teve como referencial metodológico a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) na abordagem estruturalista proposta por Strauss e Corbin. Ao descreverem as concepções da TFD, os autores referem que com o tema de estudo bem definido, os dados obtidos de forma sistemática e análise destes por meio de um processo de pesquisa, é possível o surgimento de uma teoria que forneça discernimento e entendimento das ações de forma mais fiel à realidade<sup>9</sup>.

O estudo foi desenvolvido durante o contexto epidemiológico da pandemia de covid-19 em um Hospital Universitário de uma capital do nordeste brasileiro, vinculado à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh). A escolha da instituição se deu em virtude de o hospital ser referência terciária em várias especialidades e, no início do período pandêmico, manteve-se como retaguarda para todo o estado, com parte de sua estrutura direcionada para o atendimento aos pacientes acometidos pela covid-19.

Na TFD, o número de participantes não é antecipadamente definido, visto que a seleção destes é baseada na aproximação deles com o tema pesquisado, à medida que o processo de investigação avança<sup>9</sup>.

A amostragem inicial foi constituída levando em consideração o adoecimento dos trabalhadores da saúde, com destaque para as categorias de enfermeiros, fisioterapeutas, médicos e técnicos de enfermagem, de onde emergiram dois grupos amostrais: profissionais de saúde de linha de frente que atuaram diretamente na assistência aos pacientes com covid-19 dentro da instituição e outro grupo composto pelos gestores hospitalares, os quais guiaram o funcionamento da instituição durante o período pandêmico.

A amostragem dos participantes seguiu-se mediante os seguintes critérios de inclusão: ser profissional enfermeiro, fisioterapeuta, médico ou técnico de enfermagem que prestavam

assistência direta aos pacientes com covid-19; e gestores escalados por, no mínimo, um mês nos setores covid-19. Já os critérios de exclusão foram: profissionais que não atuam ou atuaram nos setores covid-19 e profissionais em formação, acadêmicos ou residentes.

O hospital em tela contava com 2.221 profissionais de saúde atuantes em todo estabelecimento. A quantidade de participantes, inicialmente não definida, foi contabilizada na medida em que a pesquisa se desenvolveu, considerando, especialmente, o critério de saturação dos dados, ou seja, quando a coleta de dados novos não evidencia novos insights teóricos, tampouco mostra novas propriedades dessas categorias centrais<sup>10</sup>.

Participaram do estudo 24 profissionais da saúde. A média de idade foi de 38,3 anos, sendo 31 anos o mais novo e 54 anos os dois mais velhos da amostra. Quanto ao sexo, foram 11 do sexo masculino e 13 do sexo feminino. Quando questionados sobre o setor de trabalho, cabe salientar que estes profissionais já atuavam na instituição antes da pandemia e foram remanejados dos seus setores prévios para os setores covid-19 durante o período de atuação na linha de frente. Quanto ao grau de escolaridade, 21 profissionais e gestores afirmaram possuir pós-graduação em alguma área. Em relação ao tempo de trabalho, obteve-se uma média de 13,3 anos de experiência no atual cargo/profissão que atua, com um tempo médio de trabalho no hospital em estudo de 5,6 anos, com extremos divergentes entre atores com menos de um ano de trabalho na instituição, contrastando com outro atores com mais de 32 anos de atuação.

A coleta de dados ocorreu entre outubro de 2021 a setembro de 2022. Houve a participação de 24 profissionais de saúde da instituição, sendo nove enfermeiros, quatro médicos, quatro técnicos de enfermagem, um fisioterapeuta e seis gestores.

Para a produção dos dados, utilizou-se da técnica de entrevista em profundidade, ou intensiva. Nas entrevistas, tanto no grupo de profissionais assistenciais quanto de gestores,

foi utilizada uma pergunta inicial, solicitando que os profissionais falassem sobre o tema: ‘fale como foi para você trabalhar na assistência aos pacientes com coronavírus (para os enfermeiros, fisioterapeutas, médicos e técnicos de enfermagem)’ e ‘fale como foi para você atuar como gestor do setor onde há pacientes internados com covid-19 (para os gestores)’. As entrevistas foram conduzidas por meio de um roteiro semiestruturado, com duração média de 30 minutos e gravadas em gravadores digitais, com armazenamento em pen drives e HD externo.

A partir dessas perguntas condutoras, exploraram-se os conceitos que foram surgindo, na perspectiva de compreender o enfrentamento e o adoecimento destes profissionais. Logo no início da entrevista, coletaram-se dados de caracterização dos participantes. Devido ao contexto da pandemia da covid-19, a pesquisa se propôs a realizar as entrevistas de duas maneiras distintas, de acordo com a preferência do participante, podendo ser presencial ou pelo ambiente virtual, via Google Meet. Na realização das entrevistas presenciais, foram respeitadas todas as medidas de prevenção à covid-19, conforme as orientações da OMS.

De forma simultânea à coleta de dados, ocorreram as entrevistas, observações e produções dos memorandos. À medida que as entrevistas ocorreram, estas foram transcritas, então realizadas leituras minuciosas, conforme pressupostos metodológicos da TFD, e processou-se a análise, com a marcação das próximas entrevistas e redação dos memorandos e conceitos de forma sequencial.

Para análise dos dados, as primeiras informações coletadas foram conceituadas, iniciou-se a separação, classificação e síntese dos dados por meio da codificação. Dessa forma, foram gerados códigos e as ideias oriundas guiaram os campos a serem investigados durante as coletas de dados seguintes.

Foram empregados os procedimentos de codificação aberta, axial e seletiva, possibilitando

a formação de categorias e subcategorias. Esses processos evidenciam a construção de conceitos e dimensões derivados dos dados, seguindo a abordagem de Strauss e Corbin<sup>9</sup>.

Durante esse processo analítico, redigiram-se anotações preliminares sobre os códigos e levantaram-se as comparações e qualquer outra ideia surgida sobre os dados coletados. Essas anotações são conhecidas por memorandos, cuja redação extensiva sobre os códigos significativos permite ao pesquisador desenvolver as próprias ideias<sup>10</sup>. Para sistematizar os procedimentos de análise, utilizou-se o software para análise qualitativa de dados Atlas Ti 22.0, permitindo a organização e o tratamento dos dados.

Durante a codificação aberta, os conceitos, junto com suas propriedades e dimensões, foram identificados a partir dos dados. Em seguida, foram examinadas as diferenças e semelhanças entre os dados previamente codificados das entrevistas anteriores, agrupando-se aos conceitos provisionais. Esse processo de codificação viabilizou a transição para a etapa de codificação axial, onde se deu início ao reagrupamento dos dados previamente fragmentados na codificação aberta. Ao longo desse processo de reorganização, a etapa da codificação seletiva foi desenvolvida, refinando as categorias com conceitos mais abstratos e integrando as subcategorias originadas dos conceitos/códigos das entrevistas. Esse refinamento culminou na formação da categoria central. Dessa forma, emergiu o modelo teórico com categorias/componentes de ações-interações, condições e consequências.

Esta pesquisa seguiu as diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde (CNS)<sup>11,12</sup>, com parecer favorável pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUOL-UFRN, com o CAAE nº 49473421.4.0000.5292 e Parecer nº 4.985.240. Da mesma forma, a pesquisa atendeu à Lei nº 18.853/2019 – Lei Geral de Proteção de Dados<sup>13</sup>.

## Resultados

A partir da análise dos dados e da elucidação das categorias paradigmáticas, elaborou-se o modelo teórico, a fim de representar ilustrativamente o fenômeno deste estudo, advindo da categoria central ‘Trabalhando em linha de frente assistencial na pandemia de covid-19’. As circunstâncias ou condições do fenômeno foram representadas pela categoria ‘Trabalhando na assistência durante a pandemia por uma agente de alta transmissibilidade’. Ademais, as ações e interações do fenômeno foram representadas pelas categorias: ‘Enfrentando as adversidades de trabalhar na assistência durante a pandemia da covid-19’ e ‘Relacionando-se com pessoas envolvidas no cuidado aos pacientes por covid-19’. Assim, as consequências do fenômeno foram representadas pelas categorias ‘Lidando com o impacto do trabalho na própria saúde’ e ‘Alcançando ensinamentos e vencendo as adversidades do trabalhar na pandemia’. Essas categorias foram formadas a partir do refinamento de 21 subcategorias.

A categoria central, ou fenômeno, englobou todas as categorias que se relacionam entre si, por meio de ligações diretas e de sentido de ir e vir, assim como indiretamente, mediante as relações pontilhadas, ambas representam que em todo o período de elaboração do estudo, as interações se deram de forma contínua entre as situações, vivências e experiências dos participantes da pesquisa.

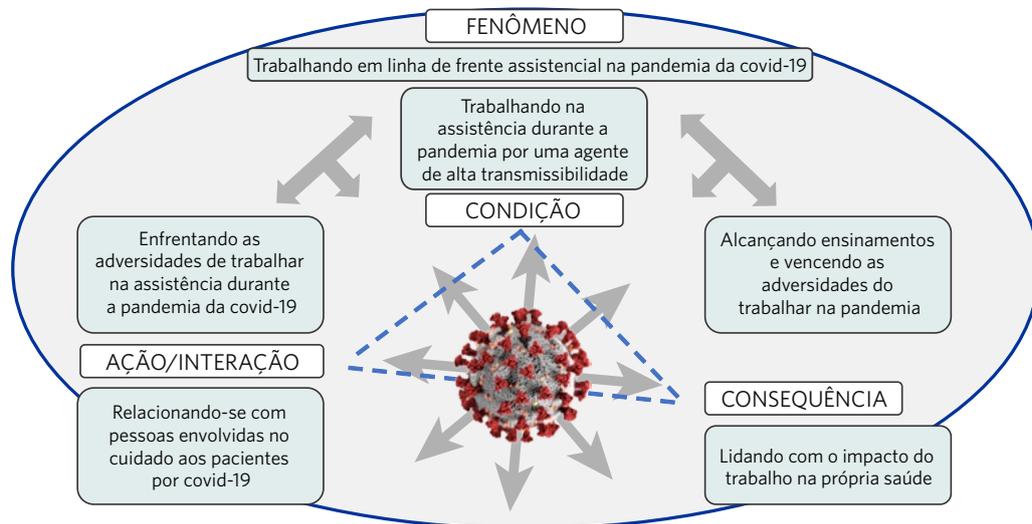
Dessa forma, a ilustração elaborada e representada pela *figura 1* traz as relações entre as categorias do estudo, de forma didática e mais fidedigna possível ao materializar a apresentação gráfica do modelo teórico integrador

que é um dos pressupostos da TFD. Assim, na primeira visão, o fenômeno está representado pelo grande círculo onde estão incluídas as categorias representativas do paradigma central, com o objetivo de representar que o trabalho em linha de frente assistencial desenvolvido pelos profissionais de saúde e gestores foi, para estes, um grande desafio influenciado por vários aspectos e situações advindas de um período pandêmico. No interior deste círculo, estão representadas as categorias de condições, ações/interações e consequências, estas interligadas entre si por muitos pontos (setas cheias e pontilhadas) que representam as ligações entre as situações vivenciadas, as quais foram descritas nos resultados, com destaque para a linha temporal, assim como para a diferença no enfrentamento vivido pelos participantes da pesquisa durante a pandemia.

Ao centro do círculo, têm-se duas imagens sobrepostas, sendo uma delas a caosfera, correspondendo a uma estrela com várias setas que apontam para um lugar inespecífico e remete à representação do ‘Caos’, que significa o vazio primordial em que os elementos do mundo não tinham nenhuma ordem, padrão ou organização<sup>14</sup>. Na segunda imagem, localizada ao centro da estrela, está a foto microscópica do vírus Sars-CoV-2, devido este ter sido o agente causador da pandemia, período que, em muitos momentos, foi reportado como um caos e de extrema desordem pelos profissionais de saúde, gestores e, de maneira geral, para toda a sociedade.

O esquema paradigmático ilustrado na *figura 1* representa o período pandêmico vivenciado pelos participantes, desde o momento mais crítico ao momento pós-vacinação e a consequente diminuição dos casos graves.

Figura 1. Modelo teórico do fenômeno 'Trabalhando na linha de frente assistencial na pandemia da covid-19', 2022



Fonte: elaboração própria com base na pesquisa de campo, 2022.

Exposta a imagem, trabalhar na linha de frente assistencial na pandemia da covid-19 teve como condição causal e interveniente a categoria ‘Trabalhando na assistência durante a pandemia por um agente de alta transmissibilidade’, o que provocou as ações e interações que foram representadas pelo enfrentamento das adversidades desse trabalhar na linha de frente, assim como provocou mudanças nos relacionamentos entre os atores, entre estes e os pacientes e familiares, entre os atores e os próprios familiares e até destes com as notícias veiculadas na mídia. Tais condições e interações tiveram como consequências uma série de aprendizados que contribuíram para superar as adversidades provocadas pelo trabalho, da mesma forma que desenvolveram estratégias que diminuíram os impactos na própria saúde advindos de trabalhar na linha de frente assistencial.

## Discussão

O fenômeno ‘Trabalhando na linha de frente assistencial na pandemia da covid-19’ traz imensa variedade de significados, experiências e representações que, em grande maioria,

são negativas, mas também algumas situações positivas, as quais englobam aspectos assistenciais, gerenciais e de âmbito individual que perpassam pelas condições, ações e interações e consequências para os autores do estudo. De maneira geral, a pandemia da covid-19 foi a causa de uma quebra de paradigma na vida cotidiana das pessoas (encadeando uma série de sofrimento físico e mental) e nos sistemas de saúde, este último de forma mais grave, nunca vista na sociedade contemporânea, assim como na economia global<sup>15</sup>.

De antemão, a pandemia representou quebra da ‘normalidade’ e escancarou inúmeros problemas já vivenciados nas instituições de saúde brasileiras, incluindo a ausência de estrutura adequada, a escassez de materiais, equipamentos, recursos humanos, de capacitações permanentes e demais fatores advindos do baixo investimento e do planejamento e avaliações não resolutivas. Destacou-se assim a insuficiência de medidas capazes de oferecer segurança no trabalho nos serviços de saúde<sup>16</sup>.

Nesse âmbito, treinar as equipes assistenciais para atuarem na linha de frente com o conhecimento que era gerado a cada momento foi um ponto de partida desafiador para os gestores e profissionais, tanto o estudo aqui

realizado evidenciou este desafio quanto um estudo presente na literatura científica<sup>17</sup>, onde os autores afirmam que este desafio foi uma das maiores fragilidades do período pandêmico. Contudo, em nosso estudo, esse processo foi representado pelos participantes em divergentes visões. Por um lado, alguns profissionais relataram que os treinamentos supriram as necessidades do momento, ao passo que para outros eles fizeram pouca diferença, não sendo suficientes para gerar segurança durante a atuação. Um estudo desenvolvido com 200 participantes em um grande hospital do Paquistão, revelou que 144 (72%) relataram não ter recebido treinamento sobre as medidas de prevenção e de enfrentamento aos casos de pacientes com covid-19<sup>18</sup>.

Nessa perspectiva, a pandemia foi marcada pelo colapso dos sistemas de saúde em vários lugares do mundo. No Brasil, também houve situações críticas, como a crise de Manaus-AM, com a falta generalizada de oxigênio terapêutico nas unidades de saúde, fazendo o governo transferir pacientes para diversas instituições de saúde em outras regiões, sendo o hospital cenário desta pesquisa uma dessas instituições. Porém, logo no início da pandemia, como retratam os participantes deste estudo, dentro da própria instituição, houve muita dificuldade em relação à organização dos fluxos assistenciais para os pacientes covid-19 positivos, no tocante à disponibilização de leitos de isolamento necessários para estes pacientes, assim como a escassez de leitos de terapia intensiva quando estes apresentavam sinais de gravidade, principalmente no início da pandemia. Esse impacto nos sistemas de saúde vai de encontro com o estudo ecológico realizado no Ceará, em que, nos primeiros 45 dias após o aparecimento de casos no estado, 58% dos pacientes internados com covid-19 necessitavam de leito de UTI, estas, de modo geral, estavam com taxa de ocupação média de 81%<sup>19</sup>.

A gravidade dos pacientes e a demanda assistencial intensa que estes necessitavam foram fatores estressantes para os profissionais

assistenciais da linha de frente aqui entrevistados, visto que atendiam a pacientes que demandavam cuidados diferenciados e, em maioria, cuidados intensivos, em especial na parte respiratória, tendo alta morbimortalidade justificada pelo elevado número de óbitos. Em estudo retrospectivo das primeiras 250 mil internações por covid-19 registradas no Brasil, a mortalidade intra-hospitalar foi de 38%, o que representou 87.515 óbitos entre 232.036 pacientes no geral, sendo 79.687 pacientes internados na UTI, com taxa de mortalidade em torno de 59%. Não obstante, o índice de mortalidade entre os pacientes que estavam em ventilação mecânica invasiva foi de 80%<sup>20</sup>. Outrossim, uma pesquisa desenvolvida na China também foi de encontro com esses números; nela, a letalidade foi maior na primeira onda em relação à segunda, 7,3% e 2,8%, respectivamente<sup>21</sup>.

Ainda sobre as demandas assistenciais, a desorganização dos serviços de saúde também afetou pacientes acometidos por outras patologias, como os pacientes oncológicos que sofreram com atraso na realização de exames diagnósticos, no acompanhamento e tratamento. Da mesma forma, com a suspensão de realização de cirurgias e aumento da carga de rádio e quimioterapia pré-operatória, bem como dificuldade no acesso ao tratamento, pelo fechamento das unidades de origem e transferências para outras instituições de saúde<sup>22</sup>.

Os profissionais da linha de frente assistencial participantes da pesquisa em tela, tiveram divergentes opiniões sobre os Equipamentos de Proteção Individual (EPI). Inicialmente, estes geraram incertezas sobre a segurança no uso, justificada pela falta de conhecimento acerca da doença. Em relação à qualidade destes, alguns relataram que eram de boa qualidade e outros que não. Outrossim, a distribuição dos EPI constituiu mais um fator divergente nas falas dos participantes, visto que alguns se mostraram favoráveis à quantidade de materiais disponibilizados para a assistência, ao passo que outros relataram haver falta na distribuição em determinados momentos,

principalmente em relação à máscara N-95, além do racionamento na disponibilização destas, fazendo-os utilizá-las além das recomendações dos protocolos assistenciais.

Conforme dados de um estudo realizado na China, um dos motivos de estresse emocional entre os profissionais de saúde e trabalhadores em geral foi a luta por EPI no enfrentamento da covid-19<sup>23</sup>. Essa realidade também foi vivenciada por profissionais da atenção básica, corroborando que a falta de EPI, assim como a má qualidade e até a inadequação destes constituíram fatores estressores aos profissionais<sup>17</sup>.

Ao fim do segundo ano de pandemia, houve o advento das primeiras doses da vacina contra o coronavírus, em alguns países do mundo. Após muitas divergências políticas entre os governos estaduais e o governo federal, no início do ano de 2021, iniciou-se a vacinação no Brasil. Prioritariamente, alguns grupos foram imunizados com as primeiras doses, sendo estes os profissionais de saúde e os idosos, seguidos por pacientes com comorbidades que eram listadas com fatores de risco para a doença.

A princípio, alguns fatores foram relevantes para a boa aceitação da vacina, como histórico de outras campanhas e reflexo no combate às doenças, o nível de confiança na ciência e o receio do contágio ou infecção por covid-19. Por outro lado, a hesitação em aderir ao esquema vacinal contra a covid-19 também esteve presente e ocorreu, sobretudo, devido a questões políticas e à veiculação de notícias falsas em redes sociais, as quais buscavam deslegitimar as organizações de saúde, a eficácia das vacinas e os riscos da pandemia<sup>24</sup>. A vacinação por sua vez permitiu redução na taxa de letalidade, com associação mais forte em países com governos eficazes no combate à pandemia<sup>25</sup>.

Muitas dificuldades foram relatadas pelos participantes do presente estudo, representando uma subcategoria bem densa, visto que essas perpassam muitos aspectos inter-relacionados entre si (pessoal, profissional, institucional e gerencial). No aspecto pessoal,

as falas representaram a dificuldade de ser profissional da linha de frente, de adaptar-se à pandemia vivenciada, de afastar-se do trabalho por causa adoecimento pela doença direta ou indiretamente, de manter-se informado por notícias confiáveis sobre a pandemia e de cuidar da própria saúde. No aspecto profissional, as falas desses participantes representaram as dificuldades por não estarem preparados para prestar a assistência complexa necessária a estes pacientes, bem como de cuidar de pacientes de clínicas diferentes, no mesmo setor de trabalho.

A instituição, segundo os participantes do nosso estudo, representou agente dificultador para os profissionais que estavam atuando na linha de frente, bem como para os gestores, pois apesar de fisicamente prover uma ótima estrutura e capacidade instalada, em alguns momentos, estas não foram utilizadas de maneira adequada. Outros aspectos também foram relatados, como dificuldade de manter um dimensionamento adequado de equipe de enfermagem e multiprofissional e de manter o fornecimento dos EPI com qualidade e quantidade satisfatória. O desafio de ser profissional assistencial e gestor no período da pandemia foi representado pelos participantes deste estudo de muitas maneiras, por se tratar de uma situação totalmente diferente e nova, com muito desconhecimento sobre o que se estava enfrentando, ser 'linha de frente' foi literalmente um dos mais densos desafios descritos nessa dimensão conceitual. Além deste, outros como saber lidar com situações estressantes, estar em ambiente hostil, manter-se firme frente à equipe, sendo para esta referência e elo de confiança, conscientizar os pacientes sobre a doença, manter-se atualizado constantemente sobre a evolução do vírus, sobre os protocolos assistenciais e promover o treinamento da equipe, a fim de manter todos atualizados e encorajados frente a toda situação vivenciada.

A dimensão conceitual representada pelos sentimentos foi uma das mais densas da amostra do estudo, representada por falas

que miscigenaram essa subcategoria pelos mais diversos sentimentos da compreensão humana. Em grande maioria, foram representações negativas, como a sensação de estar vivenciando um caos, uma guerra, medo, apreensão, angústia, revolta, tristeza, impotência e sofrimento. Contudo, alguns foram de sentimentos positivos, como a satisfação pessoal e profissional, sentindo-se importante e com o dever cumprido frente ao paciente e à sociedade, o alívio ao voltar para casa após uma jornada de trabalho, o sentimento de empatia frente aos pacientes assistidos, assim como com toda a situação causada pela pandemia.

O medo foi o sentimento representado de forma densa nas falas dos participantes, este foi relatado sendo causado, já de início, pela doença em si e tudo o que ela estava provocando na sociedade. Então, corroborando, em estudo descritivo realizado em Alagoas com dez enfermeiras, revelaram-se facetas do medo semelhantes às falas dos participantes do estudo, como o medo do desconhecido, do novo, da necessidade de enfrentamento do estado pandêmico, tanto no âmbito pessoal quanto profissionalmente, bem como o medo de ser veículo de transmissão da covid-19 para familiares<sup>26</sup>.

Atuar na linha de frente assistencial provocou impacto nos participantes desta pesquisa, os quais tiveram que lidar com este a todo o momento, pois se apresentavam de diversas maneiras, com destaque negativo para as repercussões diretas e indiretas na saúde física e/ou mental, desencadeando diversas situações que provocaram afastamento das atividades laborais.

O adoecimento dos profissionais pela covid-19 foi um deles, potencializado por estarem em constante contato com o vírus por meio da assistência direta aos pacientes, sendo fator de risco biológico aumentado, tanto para os profissionais quanto para seus familiares. Boa parte dos profissionais relataram continuar dividindo o domicílio com familiares, tomando medidas cautelares como o banho após o expediente no setor covid-19, troca de roupas ao chegar em casa, além de deixar vestimentas e calçados no setor de trabalho.

Nosso estudo evidenciou que, além do impacto causado pelo adoecimento em si, a não enfermidade também foi motivo de estresse emocional, pois o medo e receio de serem meios de transmissão da doença para os colegas, pacientes e próprios familiares constituíram fatores que os preocupavam a cada momento. Estudo realizado na cidade de Wuhan, epicentro da pandemia, com 994 médicos e enfermeiros da linha de frente, evidenciou que 34,4% da amostra apresentaram algum distúrbio de saúde mental leve, 22,4% distúrbios moderados e 6,2% distúrbios graves<sup>27</sup>. No mesmo sentido, um estudo com 801 profissionais de saúde da linha de frente constatou que 27,4% da amostra apresentou depressão moderada e 25,2% sintomas de depressão grave<sup>15</sup>.

A exaustão física e mental foi uma das repercussões citadas por muitos dos participantes da pesquisa, pois o estresse emocional por ser linha de frente, a adaptação ao uso intenso dos EPI, as demandas assistenciais intensas exigidas no cuidado aos pacientes internados nos setores covid-19 e a alta carga de trabalho em alguns casos foram fatores que contribuíram para o desencadeamento dessas exaustões.

Como consequência da exaustão física e mental, alguns participantes relataram o diagnóstico de Síndrome do Burnout, repercussão presente também em muitos estudos<sup>23,28</sup>.

A dificuldade de cuidar da própria saúde também representou um ponto importante na amostra deste estudo, pois o sedentarismo, o ganho de peso, a insônia e a dificuldade de manter um padrão de alimentação saudável foram persistentes nos relatos dos participantes.

Mediante esse cenário, algumas estratégias protetoras foram postas em prática durante a pandemia pelos participantes desta pesquisa, de forma que representaram tentativa de diminuir os impactos causados por ser linha de frente, junto a si e às pessoas do convívio, evitando o adoecimento. Nesse sentido, em um estudo transversal, desenvolvido através de mídias digitais, com amostra de 7.027

profissionais de saúde, constatou-se que 98,2% praticavam a higienização das mãos rotineiramente, 94,8% utilizavam máscara de forma contínua, 93% utilizavam o álcool em gel e 70,7% praticaram o isolamento social como estratégias protetoras durante a pandemia. Tais práticas estiveram presentes nas falas dos participantes do nosso estudo, bem como praticar hobbies pessoais, aprender coisas novas, como tocar instrumento, ficar com a família nas horas de descanso, diminuir a carga de trabalho, realizar atividades físicas e melhorar os cuidados com a alimentação<sup>29</sup>.

Contudo, o trabalho na linha de frente também representou aprendizagens profissionais reveladas em algumas falas de grande impacto dos profissionais assistenciais participantes deste estudo, os quais a representavam por descrições de sentimentos positivos em relação a toda aquela situação adversa. Corroborando um estudo analítico da literatura, o qual aplicou uma escala de sofrimento e prazer no ambiente de trabalho, revelando que o sentimento de satisfação profissional esteve presente de forma satisfatória na amostra estudada<sup>30</sup>.

## Considerações finais

O trabalho na linha de frente assistencial durante a pandemia da covid-19 representou, para os profissionais de saúde e gestores, um desafio em vários aspectos da atuação profissional e dimensão pessoal, visto que tiveram que se adaptar à situação pandêmica, enfrentando sentimentos como medo, angústia, impotência e vivenciando situações que impactaram de forma positiva e negativa na assistência aos pacientes e na forma de se relacionar.

Após o enfrentamento dos piores momentos da pandemia e tendo sofrido repercussões diretas e indiretas na saúde, os profissionais adotaram estratégias protetoras diversas, aprendendo a lidar com a emergência em saúde pública, ressignificando as situações

vivenciadas e alcançando aprendizagem profissional propulsora de novas perspectivas de trabalho.

Sendo assim, o modelo teórico desenvolvido poderá contribuir para o planejamento e desenvolvimento de estratégias institucionais de enfrentamento a períodos críticos, caracterizado pelo aumento da demanda por serviços de saúde, presença de agente etiológico de alta transmissibilidade e, principalmente, impacto na saúde dos profissionais da saúde, com sofrimentos e adoecimentos nos envolvidos na linha de frente assistencial.

Destaca-se, ainda, como limitação do estudo a diminuição do público-alvo após a demissão de grande número dos profissionais linha de frente que tinham contrato temporário com a instituição; estes poderiam contribuir significativamente com a pesquisa, relatando suas vivências e experiências de estarem atuando frente a pandemia da covid-19.

## Agradecimentos

À equipe multiprofissional do Hospital Universitário envolvida neste estudo pelo auxílio para que a coleta de dados ocorresse e pela disponibilidade em relatar vivências acerca do processo de trabalho no período pandêmico. Agradecemos também ao vínculo institucional com a Universidade Federal do Rio Grande do Norte, por meio da Pró-Reitoria de Pesquisa (Propesq) e dos bolsistas Pibic/ UFRN que auxiliaram na pesquisa e na construção e formatação deste artigo.

## Colaboradores

Sousa AS (0000-0003-3818-3247)\*, Guilherme JVG (0000-0003-4616-2008)\*, Costa RLP (0000-0003-4606-0028)\*, Graça JMB (0000-0002-0401-2987)\*, Poty NARC (0000-0003-2545-1636)\* e Cavalcante EFO (0000-0002-3578-0153)\* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

---

## Referências

1. Franco TB, Merhy EE. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. *Tempus*. 2012;6(2):151-163. DOI: <https://doi.org/10.18569/tempus.v6i2.1120>
2. Sifuentes-Rodríguez E, Palacios-Reyes D. COVID-19: The outbreak caused by a new coronavirus. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2020;77(2):47-53. DOI: <https://doi.org/10.24875/bmhim.20000039>
3. Correia T. A gestão política da Covid-19 em Portugal: contributos analíticos para o debate internacional. *Saúde debate*. 2021;44(esp4):62-72. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E403>
4. Ministério da Saúde (BR). Coronavírus: Brasil confirma primeiro caso da doença [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020 [acesso em 2023 dez 18]. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/coronavirus-brasil-confirma-primeiro-caso-da-doenca#:~:text=O%20Minist>
5. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic [Internet]. Genebra: WHO; 2020 [acesso em 2024 fev 4]. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
6. Silva LLS, Lima AFR, Polli DA, et al. Medidas de distanciamento social para o enfrentamento da COVID-19 no Brasil: caracterização e análise epidemiológica por estado. *Cad Saúde Pública*. 2020;36:e00185020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00185020>
7. Supremo Tribunal Federal (BR). STF reconhece competência concorrente de estados, DF, municípios e União no combate à Covid-19. STF [Internet]. 2020 abr 15 [acesso em 2023 dez 17]. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticia-Detalhe.asp?idConteudo=441447&ori=1>
8. Castro RT, Vilaro JURV. COVID-19: the risk of respiratory techniques in healthcare workers. *Spinal Cord*. 2020;58(6):724-725. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41393-020-0472-0>
9. Strauss A, Corbin J. Pesquisa qualitativa - técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada [Internet]. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008 [acesso em 2023 dez 20]. Disponível em: <https://pagotto.files.wordpress.com/2018/09/pesquisa-qualitativa-tecnicas-e-procedimentos.pdf>
10. Charmaz K. A Construção da Teoria Fundamentada: guia prático para análise qualitativa [Internet]. Tradução: Joice Elias Costa. Porto Alegre: Artmed; 2009 [acesso em 2023 dez 20]. Disponível em: <https://pdfcoffee.com/download/a-construcao-da-teoria-fundamentada-kathy-charmaz-5-pdf-free.html>
11. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nos. 196/96, 303/2000 e 404/2008. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2013 jun 13; Seção I:549.
12. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2016 maio 24; Seção I:44.
13. Presidência da República (BR). Lei nº 13.853, de 8 de julho de 2019. Altera a Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, para dispor sobre a proteção de dados pessoais e para criar a Autoridade Nacional de Proteção de Dados; e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2019 jul 9; Seção I:1.
14. Grimal P. Diccionario de mitología griega y romana [Internet]. Barcelona: Paidós; 1981 [acesso em 2023 dez 20]. Disponível em: <https://atirolimpo>.

files.wordpress.com/2017/01/pierre-grimal-diccionario-de-la-mitologc3ada-griega-y-romana.pdf

15. Oliver TL, Shenkman R, Diewald LK. A year in the life of US frontline health care workers: impact of COVID-19 on weight change, physical activity, lifestyle habits, and psychological factors. *Nutrients*. 2022;14(22):4865. DOI: <https://doi.org/10.3390/nu14224865>
16. Corrêa MJM, Campos AS, Amaral ICC, et al. Exposição ocupacional ao Sars-CoV-2: investigação das condições de saúde/segurança dos trabalhadores essenciais para subsidiar ações de mitigação de risco da Covid-19. *Saúde debate*. 2023;47(139):758-775. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313903>
17. Biscarde DGS, Souza EA, Pinto KA, et al. Atenção Primária à Saúde e COVID-19: desafios para universidades, trabalhadores e gestores em saúde. *Rev Baiana Enferm*. 2022;36:e37824. DOI: <https://doi.org/10.18471/rbe.v36.37824>
18. Malik S, Rehman N, Naz F, et al. Covid-19 pandemic-knowledge, perception, anxiety and depression among frontline healthcare workers of Ayub Teaching Hospital Abbottabad, Pakistan. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2022;34(3). DOI: <https://doi.org/10.55519/JAMC-03-S1-10650>
19. Lemos DRQ, Angelo SM, Farias LABG, et al. Health system collapse 45 days after the detection of COVID-19 in Ceará, Northeast Brazil: a preliminary analysis. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2020;53:e20200354. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0354-2020>
20. Ranzani OT, Bastos LS, Gelli JGM, et al. Characterisation of the first 250 000 hospital admissions for COVID-19 in Brazil: a retrospective analysis of nationwide data. *Lancet Respir Med*. 2021;9(4):407-418. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30560-9](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30560-9)
21. Matsunaga N, Hayakawa K, Asai Y, et al. Clinical characteristics of the first three waves of hospitalized patients with COVID-19 in Japan prior to the widespread use of vaccination: a nationwide observational study. *Lancet Reg Health West Pac*. 2022;22:100421. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2022.100421>
22. Castellanos PC, Cruz EO, Méndez JIS, et al. Impacto de la primera ola de la pandemia de COVID-19 en la atención a pacientes oncológicos en un hospital terciario. *Rev Esp Patol*. 2022;55(2):77-84. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.patol.2021.12.001>
23. Matsuo T, Yoshioka T, Okubo R, et al. Burnout and its associated factors among healthcare workers and the general working population in Japan during the COVID-19 pandemic: a nationwide cross-sectional internet-based study. *BMJ Open*. 2022;12(11):e064716. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2022-064716>
24. Cardoso JB, Pereira AV, Santos MV, et al. Decisão de profissionais de saúde sobre sua vacinação anti-Covid-19: revisão integrativa. *Saúde debate*. 2023;47(138):677-692. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313822>
25. Liang LL, Kuo HS, Ho HJ, et al. COVID-19 vaccinations are associated with reduced fatality rates: Evidence from cross-county quasi-experiments. *J Global Health*. 2021;11:05019. DOI: <http://dx.doi.org/10.7189/jogh.11.05019>
26. Acioli DMN, Santos AAP, Santos, JAM, et al. Impactos da pandemia de COVID-19 para a saúde de enfermeiros. *Rev Enferm UERJ*. 2022;30(1):63904. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2022.63904>
27. Kang L, Ma S, Chen M, et al. Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. *Brain Behav Immun*. 2020;87:11-17. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.028>
28. Ghahramani S, Lankarani KB, Yousefi M, et al. A systematic review and meta-analysis of burnout

among healthcare workers during COVID-19. *Frontiers in psychiatry*. 2021;12:758849. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.758849>

29. Santos GN, Guedes MCC, Rocha HDS, et al. Medidas de prevenção contra a covid-19 adotadas entre profissionais de saúde no contexto da pandemia. *Braz J Infect Dis*. 2022;26:102547. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2022.102547>

30. Baptista PCP, Lourenção DCDA, Junior JSS, et al. Distress and pleasure indicators in health care

workers on the COVID-19 front line. *Rev Latinoam Enferm*. 2022;30:e3555. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5707.3555>

---

Recebido em 27/02/2024

Aprovado em 15/05/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior Brasil (Capes)

**Editor responsável:** Ronaldo Teodoro



## Construção e validação de um Modelo Lógico para implementação da prescrição farmacêutica no Brasil

*Construction and validation of a Logical Model for the implementation of pharmacist prescribing in Brazil*

Diego Carneiro Ramos<sup>1</sup>, Lorena Ferreira<sup>2</sup>, Genival Araujo dos Santos Júnior<sup>3</sup>, Lorena Rocha Ayres<sup>4</sup>, Carolina Dutra Degli Esposti<sup>2</sup>

DOI: 10.1590/2358-289820241428323P

**RESUMO** Este estudo teve como objetivo construir e validar o Modelo Lógico (ML) da prescrição farmacêutica no Brasil. Caracteriza-se como um estudo de avaliabilidade, com utilização de técnicas quantitativas e qualitativas. Para a construção da primeira versão do ML, utilizaram-se informações disponibilizadas em documentos oficiais, literatura científica e informantes-chave. Para validação, empregou-se a técnica de Delphi, com 19 especialistas que analisaram a pertinência e a relevância dos itens propostos, no período entre março e outubro de 2022. O ML apresentou, ao final, oito itens do elemento estrutura, 13 itens do elemento atividades, oito itens do elemento resultados intermediários e quatro itens do elemento impacto. Da versão original à final, houve relativamente poucas modificações realizadas a partir da contribuição dos especialistas, resultado dos altos níveis de consenso alcançados nas análises de pertinência e relevância. O ML validado apresenta plausibilidade de execução nas relações estabelecidas entre os elementos de atividades e de resultados, identificação da essencialidade no campo da estrutura e vislumbre dos resultados de sua execução em longo prazo, que incluem a promoção do uso racional de medicamentos, a expansão da atividade do farmacêutico no cuidado à saúde, melhoria da qualidade de vida do paciente e racionalização de custos ao Sistema Único de Saúde.

**PALAVRAS-CHAVE** Assistência farmacêutica. Prescrições de medicamentos. Avaliação em saúde.

**ABSTRACT** *This study aimed to build and validate the Logical Model (LM) of pharmacist prescribing in Brazil. It is characterized as an evaluability study, using quantitative and qualitative techniques. To construct the first version of the LM, information made available by official documents, scientific literature and key informants was used. For validation, the Delphi technique was used, with 19 experts who analyzed the pertinence and relevance of the proposed items, in the period between March and October 2022. The LM presented, in the end, eight items from the structure element, 13 items from the activities element, eight items from the intermediate results element and four items from the impact element. From the original to the final version, there were relatively few modifications made based on the contributions of experts, a result of the high levels of consensus achieved in the pertinence and relevance analyses. The validated LM presents plausibility of execution in the relationships established between the elements of activities and results, identification of the essentiality in the field of structure and a glimpse of the results of its long-term execution, which include the promotion of the rational use of medicines, the expansion of the pharmacist's activity in health care, improving the patient's quality of life and rationalizing costs for the Unified Health System.*

**KEYWORDS** *Pharmaceutical services. Drug prescriptions. Health evaluation.*

<sup>1</sup>Universidade Federal do Oeste da Bahia (Ufob) - Barreiras (BA), Brasil. [diegocarneiroamos@gmail.com](mailto:diegocarneiroamos@gmail.com)

<sup>2</sup>Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) - Vitória (ES), Brasil.

<sup>3</sup>Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) - Alegre (ES), Brasil.

<sup>4</sup>Universidade Federal de Catalão (Ufcat) - Catalão (GO), Brasil.



## Introdução

O acesso aos medicamentos é um componente indispensável para uma cobertura universal e equânime de cuidados em saúde. Garantir esse acesso depende de uma complexa rede de atores públicos e privados que desempenham diferentes papéis em função do contexto econômico, político e social, devendo haver trabalho conjunto e união de esforços políticos, sociais e multiprofissionais em direção a soluções<sup>1</sup>.

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Brasil passou por um intenso processo de organização do seu sistema de saúde, sendo o medicamento considerado uma ferramenta essencial no processo de atenção à saúde<sup>2</sup>. Para garantir o direito a uma assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, ação prevista na Lei nº 8.080/90, que regulamenta o SUS, foram formuladas diversas políticas públicas, com destaque para a Política Nacional de Medicamentos (PNM) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF). Somadas, essas políticas apontaram uma necessária reorientação da assistência farmacêutica no País, de modo que ela englobasse atividades clínicas conduzidas por farmacêuticos<sup>3-5</sup>.

O aprimoramento dos papéis dos profissionais de saúde, com aumento do escopo de atuação, é considerado, portanto, fundamental para garantir o acesso e melhorar a qualidade da atenção à saúde<sup>6</sup>. A ideia de expandir para profissionais não médicos maior responsabilidade no manejo clínico dos pacientes, intensificando o processo de cuidado, tem propiciado alterações nos marcos de regulação das atividades de diversas categorias profissionais em vários países. Dentro desse aumento de escopo, está incluída a prescrição não médica, que vem oportunizando ao farmacêutico produzir novas formas de agir<sup>7,8</sup>.

Modelos de prescrição farmacêutica foram estabelecidos com sucesso nos Estados Unidos, Reino Unido, Nova Zelândia e Canadá<sup>9</sup>, com vários outros países buscando regularizar a atividade, a exemplo de Nigéria, Quênia e Catar<sup>10,11</sup>.

Apesar da diversidade de modelos utilizados nos diferentes países, de maneira geral, pode-se apontar duas modalidades de prescrição: a prescrição dependente e a prescrição independente. Na dependente, há um diagnóstico prévio e um plano de manejo clínico. Já na independente, o farmacêutico inicia a terapia, sem precisar de outro profissional ou de um protocolo para direcionar a decisão clínica<sup>12</sup>.

A prescrição farmacêutica no Brasil, regulamentada por meio da Resolução do Conselho Federal de Farmácia (CFF) nº 586/2013<sup>7</sup>, completou dez anos em 2023. Pode ser considerada uma inovação na prática profissional e representa mudança de paradigmas, o que requer observação e análise. Stewart e colaboradores<sup>13</sup> consideram que dois elementos são cruciais na implementação de novas práticas de prescrição por profissionais não médicos: desenvolvimento de modelos sustentáveis de atendimento; e pesquisa de avaliação robusta e rigorosa. Os autores afirmam, ainda, que não é incomum, na área da saúde, a existência de projetos-piloto bem-sucedidos que acabam não se sustentando ao serem expandidos. Seria, assim, extremamente importante considerar a base teórica para a implementação de qualquer grande desenvolvimento ou mudança na prestação de serviços, como é o caso da prescrição farmacêutica. Considera-se, portanto, necessária a avaliação da implementação dessa intervenção e de seus possíveis resultados e impactos, construindo um quadro sobre a prática por meio de pesquisas avaliativas.

Os estudos de avaliação baseiam-se na emissão de um juízo de valor sobre uma intervenção, fornecendo informações científicas legítimas, e podem contribuir para identificar se os objetivos definidos inicialmente são adequados para resolver o problema e se os responsáveis pela intervenção estão agindo conforme o previsto<sup>14,15</sup>. O Estudo de Avaliabilidade (EA) é um tipo de estudo de avaliação que tem como finalidade determinar se programas ou intervenções estão prontas para serem avaliadas<sup>16</sup>. Em seu processo, é

capaz de identificar as necessidades de conhecimento das partes interessadas nesses programas ou intervenções, a fim de recomendar um enfoque e métodos de avaliação. Como método, pode ser realizado em quatro etapas: a) esclarecimento dos objetivos e metas da intervenção; b) desenvolvimento e pactuação do Modelo Lógico (ML) com os interessados; c) análise e comparação entre a realidade da intervenção e o ML; e d) apresentação de recomendações<sup>17</sup>.

O ML pode ser definido como uma ferramenta que resume o funcionamento de uma intervenção, apresentando-a na forma de um esquema visual. Utilizado para sistematizar e comunicar as relações causais existentes entre os recursos disponíveis, as atividades realizadas e os resultados esperados de uma intervenção, o ML descreve a sequência de eventos que levam a esses resultados<sup>18,19</sup>. Nesse sentido, um ML da prescrição farmacêutica no Brasil pode contribuir para a produção de informações qualificadas e a compreensão da atividade.

Apesar da grande relevância dessa nova atividade farmacêutica, a prescrição, há escassez de estudos no Brasil sobre a incorporação dessa intervenção, assim como a respeito de uma avaliação sistematizada de seus resultados e impactos em serviços de saúde ou com populações específicas<sup>12</sup>. Dessa forma, um EA pode ajudar a atender a essa demanda, ao verificar a viabilidade da realização de uma avaliação, gerando, no processo, a modelização da intervenção, visando a contribuir para a criação de instrumentos que ofereçam suporte teórico à avaliação da prática nas farmácias públicas e privadas do País. Considerando que um estudo avaliativo da incorporação de novas práticas na rotina dos profissionais e do impacto das ações implementadas pelos serviços de saúde sobre o estado de saúde da população pode contribuir para a reorientação dessas ações e serviços<sup>20</sup>, objetiva-se, neste estudo, descrever o processo de elaboração e validação do ML da prescrição farmacêutica no Brasil.

## Material e métodos

Trata-se de um EA da prescrição farmacêutica no Brasil, a partir de uma abordagem mista (qualitativa e quantitativa), com o objetivo de desenvolver um ML da prescrição farmacêutica no Brasil validado por especialistas no tema.

O modelo construído baseou-se nos objetivos da intervenção, a prescrição farmacêutica no Brasil, e na literatura que a fundamenta. Foi estruturado levando-se em consideração a tríade estrutura, processo e resultado<sup>21</sup>. Nesse contexto, para este trabalho, o ML foi desenhado com os seguintes elementos: componentes, estruturas, atividades, resultados intermediários e impactos.

Os componentes são as palavras-chave que agregam um conjunto de atividades do ML. O elemento estrutura é o conjunto de recursos (financeiros, humanos etc.), de regulamentos e de regras que definem como os recursos são repartidos e trocados e de valores que permitem aos atores envolvidos na intervenção se comunicarem entre si e darem sentido a suas ações. As atividades são todas as ações realizadas na intervenção para atingir os resultados esperados. Os resultados intermediários são os resultados de curto e médio prazos que a intervenção pretende propiciar. E os impactos são os resultados de longo prazo<sup>22</sup>.

Por fim, a organização espacial dos itens e dos elementos do ML deste trabalho foi inspirada nos modelos lógicos construídos por Medeiros et al.<sup>23</sup>, Ferreira et al.<sup>24</sup> e Baratieri, Natal e Hartz<sup>25</sup>.

Para a elaboração da primeira versão do ML, foram utilizadas: a) informações disponíveis em documentos oficiais (análise documental); b) informações na literatura científica sobre o tema da prescrição farmacêutica; e c) consulta a informantes-chave. A análise documental levou em consideração os seguintes documentos oficiais: Resolução CFF nº 586, de 2013<sup>7</sup>; Política Nacional de Medicamentos<sup>4</sup>; Política Nacional de Assistência Farmacêutica<sup>5</sup>; Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade – contextualização e arcabouço conceitual<sup>26</sup>.

A seleção dos informantes-chave foi feita por conveniência. Na elaboração da versão inicial do ML, colaboraram dois sujeitos: um participante atuava como farmacêutico na Atenção Primária à Saúde (APS) no município de Vitória-ES, e o outro como pesquisador em uma universidade federal no estado de Minas Gerais, ambos com experiência com o tema da prescrição farmacêutica.

Com a primeira versão do ML concluída, o passo seguinte foi realizar sua validação utilizando a técnica de Delphi. Trata-se de uma técnica de consulta a especialistas, de maneira individual e anônima, realizada por meio de questionários repassados continuadas vezes até que seja obtida uma convergência de respostas, gerando um consenso. É amplamente utilizada na pesquisa em saúde, sobretudo por ser acessível, requerer poucos gastos e permitir que um grande grupo de especialistas participe do estudo<sup>27,28</sup>.

Os sujeitos considerados especialistas, convidados a participar da etapa de validação da pesquisa, eram farmacêuticos com conhecimento teórico e/ou prático sobre a temática da prescrição farmacêutica. Foram convidados 19 especialistas, que faziam parte de pelo menos um dos três grupos de ocupações seguintes: a) consultores do CFF na elaboração da Resolução CFF nº 586/13; b) integrantes do Grupo de Trabalho de Farmácia Clínica e Prescrição Farmacêutica, do Conselho Regional de Farmácia do Espírito Santo (CRF-ES); c) pesquisadores em Instituições de Ensino Superior (IES) brasileiras na área de assistência farmacêutica. As consultas aos especialistas foram realizadas via correio eletrônico e aconteceram em duas rodadas.

Em ambas as rodadas, o instrumento de pesquisa utilizado foi organizado em seis blocos de análise, dispostos da seguinte maneira: itens do elemento estrutura (bloco 1); itens do elemento atividades (bloco 2 ao 4); itens do elemento resultados intermediários (bloco 5); e itens do elemento impacto (bloco 6). Esse instrumento de pesquisa foi inspirado no instrumento desenvolvido por Ferreira<sup>29</sup>.

Na primeira rodada, foi realizada a análise de pertinência dos itens constituintes do ML. Para isso, os autores enviaram, no primeiro contato, realizado em julho de 2022, os seguintes documentos: a) o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; b) uma carta de apresentação explicando aos sujeitos o objetivo do estudo, a importância da modelização da intervenção dentro da pesquisa avaliativa, as orientações para o preenchimento do instrumento de pesquisa e de como devolvê-lo; e c) o instrumento de pesquisa, contendo a primeira versão do ML, as questões a serem respondidas para análise de pertinência dos itens do modelo e um espaço para discorrerem livremente sobre cada item do ML caso não concordem com o que lhes for apresentado.

Em todos os blocos, os especialistas foram convidados a analisar todos os itens quanto à sua pertinência e a responder, quando afirmativamente, marcando a opção 'SIM', ou negativamente, com a opção 'NÃO'. Ao final de cada bloco, havia um espaço em branco, com um convite para que o participante emitisse livremente a sua opinião sobre a necessidade de inclusão de aspectos não considerados no ML.

A partir do retorno dos instrumentos de pesquisa da primeira rodada pelos especialistas, as respostas sobre a pertinência de cada item foram analisadas por meio de estatística descritiva, sendo o item considerado com alto nível de consenso quando recebesse pelo menos 80% de votos 'SIM' no quesito pertinência – do contrário, seriam reformulados ou excluídos. O percentual de consenso considerado em estudos de validação pelo método Delphi não encontra regra na literatura científica, sendo definido, geralmente, um valor arbitrário, decidido pelo pesquisador<sup>30</sup>. Porém, há autores que consideram valores acima de 75% adequados para busca de consenso de grupos na aplicação do método Delphi para a elaboração de constructos teóricos<sup>31,32</sup>.

Já as sugestões dadas pelos especialistas foram analisadas pelos pesquisadores, por meio de análise de conteúdo temática<sup>33</sup> e

avaliadas para modificações no ML, levando a uma nova versão. Essa nova versão do ML foi utilizada na segunda rodada com os participantes da pesquisa.

Na segunda rodada da validação pelo método Delphi, realizada em setembro de 2022, foram encaminhados, apenas aos respondentes da primeira rodada, os seguintes materiais: uma nova versão do ML; e um novo instrumento de pesquisa autoaplicável. Nessa rodada, foi realizada, por parte dos especialistas, a análise de relevância dos itens constituintes da segunda versão do ML. Com esse propósito, o instrumento de pesquisa oferecia, para cada item, uma escala do tipo Likert de quatro pontos para determinar seu valor de relevância, a saber: (0) nada relevante; (1) pouco relevante; (2) relevante; (3) muito relevante. A análise levou em consideração os pontos atribuídos às respostas, para cálculo da soma, da mediana e do intervalo interquartil. Nessa etapa, foram considerados com alto nível de consenso, quanto à relevância, os itens cujas pontuações finais alcançaram mais de 80% do valor máximo disponível (17 pontos de 21 possíveis) e que apresentaram alto nível de concordância, confirmado pela análise da mediana das respostas e do intervalo interquartil. Para os itens serem considerados muito

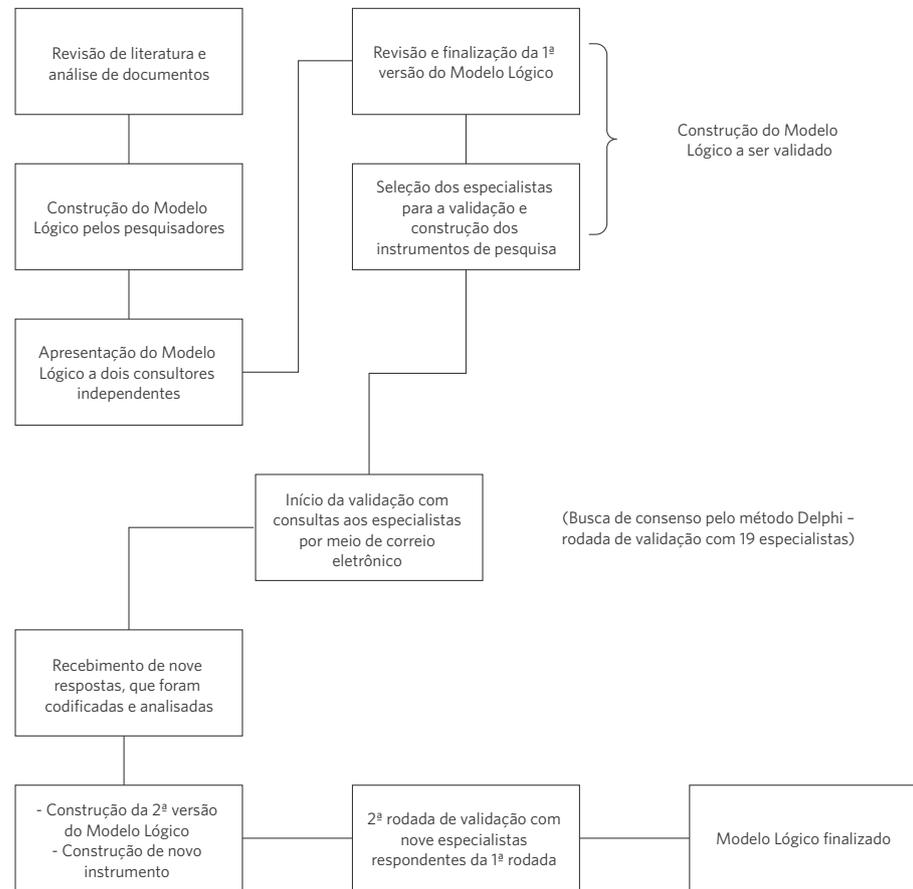
relevantes, o valor desejável de mediana (mas não obrigatório) foi 3, e o intervalo interquartil necessariamente deveria ser igual ou inferior a 1.

O número total de rodadas do processo de validação depende do nível de consenso alcançado. Quanto menos discordância entre os itens avaliados, mais rapidamente o processo pode ser concluído<sup>34</sup>. Como neste trabalho foi observado um alto nível de consenso desde a primeira rodada, foram necessárias apenas duas rodadas para se atingir o objetivo proposto. O resultado desse processo é um ML final, validado por especialistas.

Apesar de, na primeira rodada, o prazo estabelecido para a devolução do material ter sido de 20 dias, muitos respondentes solicitaram extensão do tempo para responder às perguntas, a qual foi concedida com vistas a alcançar um número razoável de respostas. Assim, o tempo decorrido na primeira rodada foi de 58 dias. Já na segunda rodada, o tempo decorrido entre o envio do material e o recebimento de todas as respostas foi de 37 dias.

O processo de desenvolvimento e validação do ML ocorreu de março de 2022 a outubro de 2022. A esquematização das etapas desse processo está sintetizada na *figura 1*.

Figura 1. Processo de construção e validação do Modelo Lógico de implementação da prescrição farmacêutica no Brasil



Fonte: elaboração própria.

Este estudo cumpriu com os princípios éticos estabelecidos nas Resoluções de nº 466/2012<sup>35</sup> e nº 510/2016<sup>36</sup>, do Conselho Nacional de Saúde. E foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Espírito Santo, sob CAAE nº 58364622.3.0000.5060 e parecer nº 5.439.309.

## Resultados

O ML validado foi construído almejando uma aplicabilidade nacional, sem especificidades locais e visou a abranger as possibilidades da prática, abarcando variados estabelecimentos farmacêuticos e as duas modalidades de

prescrição possíveis (independente e dependente). O modelo proposto buscou: apresentar plausibilidade de execução nas associações estabelecidas entre os elementos de atividades e de resultados; racionalidade para identificar o que é essencial no campo da estrutura; e visão do contexto no qual a prescrição farmacêutica pode se situar no campo da saúde para medir a sua potencialidade, vislumbrando os resultados de sua execução em curto, médio e longo prazos junto aos interessados.

Para alcançar o objetivo de gerar um ML que fosse uma representação conceitual esquemática do que a prescrição farmacêutica representa, os autores elencaram 32 itens, assim distribuídos: sete itens do elemento estrutura; 13 itens do elemento atividades; oito itens do

elemento resultados intermediários; e quatro itens do elemento impacto. Para se atingir o objetivo de validação do ML, duas rodadas junto aos especialistas foram suficientes. E, ao fim, foi possível obter a análise da pertinência e da relevância de cada item do ML da prescrição farmacêutica no Brasil.

O maior desafio foi conquistar a participação dos especialistas. Todo o contato de convite foi feito por correio eletrônico. Além do e-mail inicial, com a apresentação do material e o convite formal para participação na pesquisa, e-mails adicionais foram enviados com os objetivos de: notificar a proximidade do encerramento do prazo de resposta; e, após o encerramento do prazo, perguntar se o especialista desejava mais prazo para responder. Essas estratégias se mostraram efetivas, angariando novas colaborações para o processo de validação, a partir da resposta ao instrumento de pesquisa.

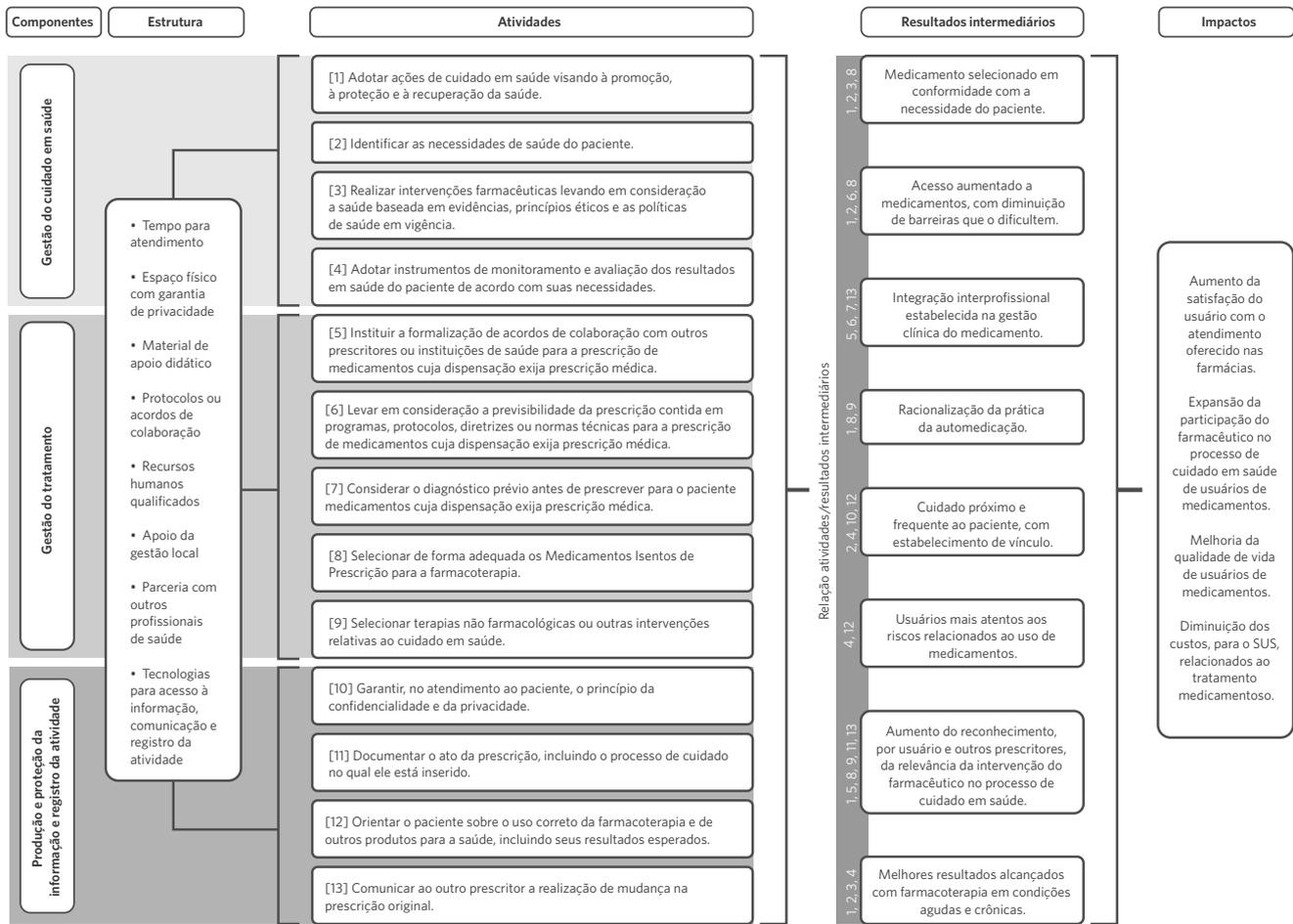
Dos 19 especialistas convidados para a validação, nove participaram da primeira rodada e sete da segunda rodada, com representação de todos os grupos previstos no critério de seleção (consultores, farmacêuticos do CRF-ES e pesquisadores em IES). Esses nove participantes, todos farmacêuticos, exercem suas atividades profissionais em sete diferentes unidades federativas do Brasil (DF, ES, MG, PR, RJ, SE e SP). Dos participantes, 55% eram do sexo feminino e 45% masculino. A titulação máxima dos participantes era, por ordem decrescente de frequência: doutorado (45%); pós-doutorado (33%); e especialização *lato sensu* (22%). Os campos de atividades dos participantes (sendo possível pertencer a mais de um campo) eram, em ordem decrescente de frequência: a pesquisa (66%); o ensino (66%); a gestão (44%); a atenção à saúde (44%); e, por fim, outros (11%). São profissionais experientes, que em média possuíam 21 anos decorridos desde a finalização da graduação em Farmácia. Esse tempo é distribuído da seguinte forma: menos de 10 anos (um participante); de 10 a

19 anos (três participantes); de 20 a 30 anos (quatro participantes); mais de 30 anos (um participante).

Após as duas rodadas de validação, o ML final apresenta 33 itens e a seguinte configuração: oito itens do elemento estrutura; 13 itens do elemento atividades; oito itens do elemento resultados intermediários; e quatro itens do elemento impacto. Entre as modificações realizadas a partir da contribuição dos especialistas, estão: acréscimo de um item de estrutura; sete alterações na redação de itens, para maior clareza e precisão do texto; quatro mudanças em correlações entre atividades e resultados; e alteração de um item do elemento impacto. A pouca necessidade de alterações foi coerente com os resultados alcançados de consenso quanto à pertinência e à relevância dos itens observados. Quanto à pertinência, todos os 32 itens originais tiveram consenso, sendo que 24 deles (75%) alcançaram consenso no nível máximo (100%), o que é possível quando todos concordam que o item é pertinente. Já na análise de relevância, todos os itens tiveram alto nível de consenso, sendo que 13 itens (39%) alcançaram consenso acima de 95% sobre o item ser muito relevante.

A *figura 2* apresenta o ML da prescrição farmacêutica no Brasil validado por especialistas por meio da técnica de Delphi, estruturado segundo a tríade estrutura, processo e resultados. Apresenta três componentes: Gestão do cuidado em saúde; Gestão do tratamento; e Produção e proteção da informação e registro da atividade. Cada componente relaciona-se a determinados itens de atividades. Essa relação está marcada pelas diferentes tonalidades de cinza da figura, em que cada tonalidade corresponde a um componente específico. No ML apresentado, cada atividade foi identificada por uma numeração, a qual foi reapresentada ao lado de cada resultado intermediário ao qual a atividade se relacionava, apontando, assim, a relação de causalidade entre os itens referidos.

Figura 2. Modelo lógico validado da prescrição farmacêutica no Brasil



Fonte: elaboração própria.

Os resultados da análise realizada na segunda rodada estão descritos na *tabela 1*, e incluíram, para cada item, o somatório total de

pontos alcançados na análise de pertinência, além dos valores da mediana e do intervalo interquartil.

Tabela 1. Descrição da análise da relevância dos itens de estrutura, atividades, resultados intermediários e impacto da Prescrição Farmacêutica, distribuídos de acordo com o total de pontos, a mediana e o intervalo interquartil

Item	Total de pontos	Mediana	Intervalo interquartil
<b>Elemento estrutura</b>			
Tempo para atendimento	20	3	0
Espaço físico com garantia de privacidade	18	3	1
Material de apoio didático	18	3	1
Protocolos ou acordos de colaboração	18	3	1
Recursos humanos qualificados	20	3	0
Apoio da gestão local	18	3	1
Parceria com outros profissionais da saúde	18	3	1
Tecnologias para acesso à informação, comunicação e registro da atividade	18	3	1
<b>Elemento atividade</b>			
Adotar ações de cuidado em saúde visando à promoção, à proteção e à recuperação da saúde.	20	3	0
Identificar as necessidades de saúde do paciente.	21	3	0
Realizar intervenções farmacêuticas levando em consideração a saúde baseada em evidências, os princípios éticos e as políticas de saúde em vigência.	19	3	1
Adotar instrumentos de monitoramento e avaliação dos resultados em saúde do paciente de acordo com suas necessidades.	20	3	0
Instituir a formalização de acordos de colaboração com outros prescritores ou instituições de saúde para a prescrição de medicamentos cuja dispensação exija prescrição médica.	19	3	1
Levar em consideração a previsibilidade da prescrição contida em programas, protocolos, diretrizes ou normas técnicas para a prescrição de medicamentos cuja dispensação exija prescrição médica.	17	2	1
Considerar o diagnóstico prévio antes de prescrever para o paciente medicamentos cuja dispensação exija prescrição médica.	20	3	0
Selecionar de forma adequada os Medicamentos Isentos de Prescrição para a farmacoterapia.	20	3	0
Selecionar terapias não farmacológicas ou outras intervenções relativas ao cuidado em saúde.	20	3	0
Garantir, no atendimento ao paciente, os princípios da confidencialidade e da privacidade.	21	3	0
Documentar o processo de prescrição, incluindo o processo de cuidado no qual ele está inserido.	21	3	0
Orientar o paciente sobre o uso correto da farmacoterapia e de outros produtos para a saúde, incluindo seus resultados esperados	20	3	0
Comunicar ao outro prescritor a realização de mudança na prescrição original.	18	3	1
<b>Elemento resultados intermediários</b>			
Medicamento selecionado em conformidade com a necessidade do paciente.	19	3	1
Acesso aumentado a medicamentos, com diminuição de barreiras que o dificultem.	19	3	1
Integração interprofissional estabelecida na gestão clínica do medicamento.	18	3	1
Racionalização da prática da automedicação.	19	3	1
Cuidado próximo e frequente ao paciente, com estabelecimento de vínculo.	19	3	1
Usuários mais atentos aos riscos relacionados ao uso de medicamentos.	19	3	1

Tabela 1. Descrição da análise da relevância dos itens de estrutura, atividades, resultados intermediários e impacto da Prescrição Farmacêutica, distribuídos de acordo com o total de pontos, a mediana e o intervalo interquartil

Item	Total de pontos	Mediana	Intervalo interquartil
Aumento do reconhecimento, por usuário e outros prescritores, da relevância da intervenção do farmacêutico no processo de cuidado em saúde.	18	3	1
Resultados melhores alcançados da farmacoterapia em condições agudas e crônicas.	20	3	0
<b>Elemento impacto</b>			
Promoção do uso racional de medicamentos.	19	3	1
Expansão da participação do farmacêutico no processo de cuidado em saúde de usuários de medicamentos.	18	3	1
Melhoria da qualidade de vida de usuários de medicamentos.	21	3	0
Diminuição dos custos, para o SUS, relacionados ao tratamento medicamentoso.	19	3	1

Fonte: elaboração própria.

## Discussão

A pesquisa avaliativa corresponde ao julgamento que é feito sobre as práticas sociais (intervenções) a partir da formulação de uma pergunta ainda não respondida na literatura especializada sobre as características dessas práticas, em geral, ou em um contexto particular, empregando metodologias científicas<sup>37</sup>. É nesse esteio que o EA da prescrição farmacêutica no Brasil se fez necessário.

A história da profissão farmacêutica é de profunda transformação. A função tradicional de produzir o medicamento para o paciente deu lugar à direção de tratar o paciente como o foco principal da atenção, em um esforço de proporcionar a ele resultados satisfatórios na saúde, melhorando sua qualidade de vida<sup>12</sup>. A participação ativa do farmacêutico na atenção à saúde, com atendimento ao público dentro dos estabelecimentos de saúde, sejam públicos ou privados, é uma posição necessária e que precisa ser estimulada, com especial atenção para as farmácias comunitárias públicas e privadas.

Para buscar esses avanços no campo da atuação clínica da profissão farmacêutica no Brasil, um importante passo foi a publicação

das Resoluções CFF nº 585/13 e CFF nº 586/13, que regulam, respectivamente, as atribuições clínicas do farmacêutico e a prescrição farmacêutica<sup>7,38</sup>.

Porém, o processo de consolidação de novas práticas profissionais pode se mostrar demorado por ser de difícil internalização, devido à complexidade inerente às inovações em saúde<sup>39</sup>. Por essa razão, apesar de ter completado dez anos de sua regulamentação no ano de 2023, a prescrição farmacêutica ainda é um ato profissional pouco difundido no Brasil. Um sinal dessa ainda incipiente expansão da prática é o cenário de ausência de estudos publicados em periódicos ou eventos da área no País<sup>40</sup>.

A formulação de intervenções, seguida pela implementação em si, pode não ser um processo naturalmente harmonioso. Isso pode ocorrer por discordâncias que envolvem as partes (a formulação e a execução), como, por exemplo: a implementação insuficiente ou inadequada por mau planejamento (ou baixa capacidade gerencial); um contexto político desfavorável; ou mesmo a pouca capacidade técnica daqueles que aplicam a intervenção. Dessa situação de conflito, emerge o valor do EA<sup>41</sup>.

A produção de um estudo avaliativo é útil, pois oferece suporte às transformações necessárias para responder às pressões por melhoramento, resolutividade e eficiência, que fazem parte do cotidiano da gestão em saúde<sup>42</sup>. A construção do ML, etapa prevista para os EA, pode ser considerada como de grande contribuição para a compreensão da intervenção, uma vez que define o que deve ser realizado e qual será a estrutura necessária para que os objetivos da intervenção sejam alcançados<sup>43</sup>. A produção do ML acaba por conferir sentido e racionalidade a uma intervenção (aqui no caso representado pela prática da prescrição farmacêutica), ao conseguir esclarecer suas ideias (problemas e pressupostos) e suas hipóteses (estratégias, lógica e resultados esperados)<sup>44</sup>.

A análise documental realizada durante a construção deste trabalho permitiu definir claramente os objetivos da intervenção, ancorando-se em literatura que contextualiza a atividade da prescrição farmacêutica, indo além da resolução do CFF que a regulamenta. Ademais, foi ratificada por especialistas no tema. Esse entendimento comum quanto aos objetivos da intervenção é primordial para sua operacionalização lógica, levando ao alcance dos resultados esperados<sup>25</sup>.

A construção desse ML arregimentou atores importantes da área profissional farmacêutica no Brasil, com especial participação de sujeitos que contribuíram para a discussão e a elaboração da Resolução CFF nº 586/13, que regulamentou a prática da prescrição farmacêutica. A possibilidade de a validação ser realizada de forma remota favoreceu a inclusão de participantes que atuam em diferentes localidades do Brasil (sete unidades federativas de quatro regiões do País). Diante da característica de envolvimento dos *experts* com o tema, e de atuarem em diferentes localidades brasileiras, é possível esperar que o ML elaborado seja mais representativo de um cenário nacional e da prática corrente dos farmacêuticos nos estabelecimentos farmacêuticos.

O processo de validação pela técnica Delphi tem como vantagem a possibilidade de permitir o intercâmbio de ideias e percepções sobre um tema bem específico entre pessoas distantes geograficamente e com diferentes vivências e experiências sobre o objeto, o que confere uma maior credibilidade ao estudo<sup>34,45</sup>.

A modelização com nível de detalhamento adequado contribui para o entendimento comum entre os interessados na intervenção a respeito do problema que se quer resolver, dos objetivos e dos resultados esperados<sup>46</sup>. O ML, assim, pode ser utilizado como uma ferramenta para apresentar aos profissionais de saúde o que foi previsto e será realizado. É o conhecimento desses atores sobre esses aspectos que vai promover seu envolvimento no processo de implementação e, doravante, o sucesso da intervenção. E, por isso, é papel dos gestores nos serviços de saúde democratizar a informação, a fim de viabilizar uma participação ativa dos profissionais no SUS<sup>43</sup>.

A construção e a divulgação do ML da prescrição farmacêutica são passos importantes para angariar apoio e comprometimento das partes interessadas (farmacêuticos, gestores na saúde, outros profissionais de saúde e pacientes) na implementação da prescrição farmacêutica em diferentes espaços que a oportunizam.

No ML, os objetivos da intervenção estarão apresentados, com a vantagem de o modo de atingi-los estar visualmente esquematizado. Assim, entre os interessados, o ML poderá ser utilizado para: a) acompanhar a aplicação dos recursos e seus resultados; b) melhorar o processo de gestão; c) esclarecer os resultados possíveis da intervenção; d) identificar facilitadores e obstáculos para o processo de implementação; e) ampliar a compreensão dos interessados sobre a prescrição farmacêutica; f) visualizar os impactos que a prática da intervenção pode provocar na atenção à saúde das populações e na sua qualidade de vida; g) ser um

instrumento capaz de esclarecer todas as atividades possíveis a serem desenvolvidas no exercício da prescrição farmacêutica.

Como o ML pode ser encarado como uma ferramenta funcional para o planejamento, a implementação e a definição da pesquisa avaliativa<sup>47</sup>, este ML traz, ainda, contribuições à literatura científica sobre esse campo de atividade e conhecimento e tem potencial para servir de referência a futuros estudos avaliativos para a prática da prescrição farmacêutica. Quanto maior a necessidade de medir a adesão e a implementação da prática nos diferentes cenários farmacêuticos, mais relevante será a existência de estudos avaliativos.

Este modelo avaliativo apresenta potencialidades e fragilidades que podem ser numeradas. Como potencialidades, destaca-se o ineditismo da proposta desenvolvida. Sua introdução representa um acréscimo ao corpo teórico sobre a temática da prescrição farmacêutica no Brasil e pode contribuir para suscitar novos estudos sobre o tema, capilarizando-o no espaço acadêmico e profissional. Soma-se a isso a abrangência do ML, que não possui restrições de uso em realidades específicas de ambiente de execução ou região do País, possuindo, portanto, aplicabilidade nacional. Outra vantagem que pode ser citada é o perfil variado dos participantes envolvidos na validação e a sua qualificação técnica, evidenciada pelo alto grau de titulação dos sujeitos e por seu envolvimento com o tema em diferentes e relevantes cenários da área farmacêutica.

Como limitações do estudo, o mais importante é a dependência do engajamento dos participantes para a produção de respostas úteis para o trabalho coletivo de aperfeiçoamento do ML proposto. Esse engajamento torna-se desafiador devido à ausência de contato físico entre pesquisadores e participantes da pesquisa, que fez com que toda a comunicação do processo de validação fosse realizada por meio de correio eletrônico. A demora no aceite e a dificuldade em explicar a relevância do estudo foram características em comum deste estudo com os de outros autores<sup>45</sup>.

## Considerações finais

O ML da prescrição farmacêutica no Brasil exhibe uma intervenção em saúde relativamente complexa ao se apresentar com uma quantidade significativa de itens de atividades, correlacionadas a uma variedade de resultados intermediários possíveis. Ao esquematizar com clareza os componentes da intervenção e as relações entre eles, o ML aqui apresentado elucida o tema da prescrição farmacêutica. Para farmacêuticos e gestores, serve como um instrumento importante (legitimado por diversos atores que compuseram as etapas de construção e validação deste estudo) para o planejamento e a implementação da intervenção nos espaços desejados.

Indubitavelmente, é, também, um instrumento de apoio para estudos mais aprofundados sobre o tema em questão. O que se espera, especialmente, é que a apresentação deste ML auxilie futuros estudos de avaliação sobre a prática da prescrição farmacêutica, sobremaneira estudos de avaliação de implantação. Considera-se que o presente ML contribuirá para fornecer uma estrutura capaz de apoiar futuros estudos avaliativos, auxiliando na interpretação dos resultados, bem como na identificação de novas perguntas avaliativas e áreas nas quais mais evidências são necessárias.

Importante acrescentar que o modelo construído neste estudo não é um material definitivo ou perpétuo. Pode ser revisado a qualquer momento, à medida que as diretrizes sobre a prática da prescrição farmacêutica sejam inovadas ou que novos olhares sejam necessários para definir que caminhos a prescrição farmacêutica deve seguir no Brasil.

## Colaboradores

Ramos DC (0000-0003-0024-3259)\* contribuiu para concepção e planejamento da pesquisa, coleta, análise e interpretação dos dados, escrita e aprovação final do manuscrito. Ferreira L (0000-0001-5707-5677)\*, Santos

Júnior GA (0000-0002-5618-1846)\*, Ayres LR (0000-0003-4346-5281)\* e Esposti CDD (0000-0001-8102-7771)\* contribuíram

igualmente para planejamento da pesquisa, revisão crítica do conteúdo e colaboração na redação da versão final do manuscrito. ■

## Referências

1. Álvares J, Guerra Junior AA, Araújo VE, et al. Acesso aos medicamentos pelos usuários da atenção primária no Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública*. 2017;51:20s. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007139>
2. Barros RD, Costa EA, Santos DB, et al. Acesso a medicamentos: relações com a institucionalização da assistência farmacêutica. *Rev Saúde Pública*. 2017;51:8s. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007138>
3. Presidência da República (BR). 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] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF. 1990 set 20; Edição 182; Seção I:18055-18059.
4. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Medicamentos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF. 1998 nov 10; Edição 215-E; Seção I:18-22.
5. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2004 maio 20; Edição 96; Seção I:52-53.
6. Lim RHM, Courtenay M, Fleming G. Roles of the non-medical prescribing leads within organisations across a Strategic Health Authority: perceived functions and factors supporting the role. *Int. J. Pharm. Pract.* 2013;21(2):82-91. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.2042-7174.2012.00224.x>
7. Conselho Federal de Farmácia (BR). Resolução nº 586, de 29 de agosto de 2013. Regula a prescrição farmacêutica e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2013 set 26; Edição 187; Seção I:136-138.
8. Zhou M, Desborough J, Parkinson A, et al. Barriers to pharmacist prescribing: a scoping review comparing the UK, New Zealand, Canadian and Australian experiences. *Int J Pharm Pract.* 2019;27(6):479-489. DOI: <https://doi.org/10.1111/ijpp.12557>
9. Ogundipe A, Sim TF, Emmerton L. Health information communication technology evaluation frameworks for pharmacist prescribing: A systematic scoping review. *Res Social Adm Pharm.* 2023;19(2):218-234. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2022.09.010>
10. Mills T, Patel N, Ryan K. Pharmacist non-medical prescribing in primary care. A systematic review of views, opinions, and attitudes. *Int J Clin Pract.* 2021;75(3):e13827. DOI: <https://doi.org/10.1111/ijcp.13827>
11. Diab MI, Ibrahim A, Abdallah O, et al. Perspectives of future pharmacists on the potential for development and implementation of pharmacist prescribing in Qatar. *Int J Clin Pharm.* 2020;42(1):110-123. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11096-019-00946-9>

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

12. Ramos DC, Ferreira L, Santos Júnior GA, et al. Prescrição farmacêutica: uma revisão sobre percepções e atitudes de pacientes, farmacêuticos e outros interessados. *Ciênc saúde coletiva*. 2022;27(9):3531-3546. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022279.19972021>
13. Stewart D, Jebara T, Cunningham S, et al. Future perspectives on nonmedical prescribing. *Ther Adv Drug Saf*. 2017;8(6):183-197. DOI: <https://doi.org/10.1177/2042098617693546>
14. Lemos LMA, Prado NMBL, Medina MG. Modelização do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade em um município baiano. *Saúde debate*. 2020;44(125):297-309. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012501>
15. Champagne F, Contandriopoulos A, Brousselle A, et al. A Avaliação no Campo da Saúde: conceitos e métodos. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos A, et al., organizadores. *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. p. 41-60.
16. Natal S, Samico I, Oliveira LGD, et al. Estudo de avaliabilidade da rede de formação de Recursos Humanos da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. *Cad Saúde Colet*. 2010;18(4):560-571.
17. Leviton LC, Collins CB, Laird BL, et al. Teaching evaluation using evaluability assessment. *Evaluation*. 1998;4(4):389-409.
18. Centers for Disease Control and Prevention. Framework for program evaluation in public health. *MMWR Recomm Rep*. 1999;48(RR-11):1-40.
19. Champagne F, Brousselle A, Hartz Z, et al. Modelizar as intervenções. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos A, et al., organizadores. *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. p. 61-74.
20. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. *Avaliação na atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005.
21. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*. 1988;260:1743-1748. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>
22. Bezerra, LCA, Alves CKA, Reis YAC, et al. Identificação e caracterização dos elementos constituintes de uma intervenção: pré-avaliação da política Participa-SUS. *Ciênc saúde coletiva*. 2012;17(4):883-900. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000400011>
23. Medeiros PFP, Bezerra, LCA, Santos NTV, et al. Um estudo sobre a avaliabilidade do Programa + Vida: política de redução de danos em álcool, fumo e outras drogas do município de Recife, Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2010;10:s209-217. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292010000500018>
24. Ferreira L, Ribeiro MS, Oliveira LZ, et al. Validação do modelo lógico de implementação da Política de Educação Permanente em Saúde na Atenção Primária. *Trab Educ saúde*. 2020;18(2):e0026294. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00262>
25. Baratieri T, Natal S, Hartz ZMA. Cuidado pós-parto às mulheres na atenção primária: construção de um modelo avaliativo. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(7):e00087319. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00087319>
26. Conselho Federal de Farmácia (BR). *Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual*. Brasília, DF: CFF; 2016.
27. Wright JTC, Giovinazzo RA. DELPHI – uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. *Cad Pesq Adm*. 2000;1(12):54-65.
28. Revorêdo LS, Maia RS, Torres GV, et al. O uso da técnica Delphi em saúde: uma revisão integrativa de estudos brasileiros. *Arq Ciênc Saúde*. 2015;22(2):16-21.
29. Ferreira L. *Avaliação de Implementação da Política de Educação Permanente em Saúde na Atenção Primária no município de Vitória, Espírito Santo [tese]*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2019.

30. Faro ACME. Técnica Delphi na validação das intervenções de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 1997;31(2):259-273. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62341997000200008>
31. Pereira RDM, Alvim NAT. Técnica Delphi no diálogo com enfermeiros sobre a acupuntura como proposta de intervenção de enfermagem. *Esc Anna Nery*. 2015;19(1):174-180. DOI: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150024>
32. Borel MGC, Thofehrn MB, Arreguy-Sena C, et al. Teoria dos vínculos profissionais: descrição e análise teórica com base no modelo de Meleis com estratégia Delphi. *Rev Esc Enferm USP*. 2022;56:e20220054. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0054en>
33. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
34. Vitorino SAS, Cruz MM, Barros DC. Validação do modelo lógico teórico da vigilância alimentar e nutricional na atenção primária em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(12):e00014217. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00014217>
35. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2013 jun 13; Seção I:549
36. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2016 maio 24; Seção I:44
37. Vieira-da-Silva LM. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: Hartz ZMA, Vieira-da-Silva LM, organizadoras. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 15-39.
38. Conselho Federal de Farmácia (BR). Resolução nº 585, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2013 set 25; Edição 186; Seção I:186-188.
39. Cane J, O'Connor D, Michie S. Validation of the theoretical domains framework for use in behaviour change and implementation research. *Implement Sci*. 2012;7:37. DOI: <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-37>
40. Ramos DC, Ayres LR, Esposti CDD. Produção científica nacional sobre prescrição farmacêutica de 2013 a 2022. O que tem sido publicado em periódicos nacionais? In: *Anais do 13º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; 2022 nov 21-24; Salvador*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva; 2022.
41. Mendes MFM, Cazarin G, Bezerra LCA, et al. Avaliação ou pré-avaliação de um programa. In: Samico A, Felisberto E, Figueiró AC, et al., organizadores. *Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais*. Rio de Janeiro: MedBook; 2010. p. 57-64.
42. 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.
43. Pereira NC, Luíza VL, Cruz MM. Serviços farmacêuticos na atenção primária no município do Rio de Janeiro: um estudo de avaliabilidade. *Saúde debate*. 2015;39(105):451-468. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002013>
44. Silva RR, Gasparini MFV, Barboza M. Avaliação sob medida – produzir estudos relevantes em serviços de saúde reais. In: Tanaka OY, Ribeiro EL, Almeida CAL. *Avaliação em saúde: contribuições para incorporação no cotidiano*. Rio de Janeiro: Atheneu; 2017. p. 11-27.

45. Fabriz LA, Oliveira VC, Zacharias FCM, et al. Construction and validation of a matrix for normative evaluation of the integrated health system of the borders. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2021;29:e3433. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4141.3433>
46. Bezerra LCA, Cazarin G, Alves CKA. Modelagem de Programas: da teoria à operacionalização. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, et al., organizadores. *Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais*. Rio de Janeiro: Medbook; 2010. p. 65-78.
47. Mendes CSS, Souza PR, Rabelo A, et al. Logical model of telenursing program of a high complexity oncology care center. *Rev Esc Enferm USP*. 2022;56:e20220067. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0067en>

---

Recebido em 08/02/2023

Aprovado em 10/06/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

**Editora responsável:** Maria Lucia Frizon Rizzotto

## Itinerário terapêutico da pessoa com Artrite Reumatoide e sua repercussão na produção do cuidado

*Therapeutic itinerary for people with Rheumatoid Arthritis and its impact on the production of care*

Graciano Almeida Sudré<sup>1,2</sup>, Silvia Matumoto<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/2358-289820241428826P

**RESUMO** A falta de intervenção em momento oportuno para pessoas com Artrite Reumatoide pode acarretar dores, processos inflamatórios e incapacidades, fato que motivou a investigação, cujo objetivo foi analisar o itinerário terapêutico da pessoa com Artrite Reumatoide e sua repercussão para produção do cuidado. Abordagem qualitativa, com deslocamento *in-mundo* para construção de uma pesquisa-interferência, apoiada em alguns conceitos da análise institucional. A produção dos dados ocorreu por meio de entrevista com uma pessoa acometida pela Artrite Reumatoide para construção de seu itinerário terapêutico, posteriormente apresentado a grupos de trabalhadores da Atenção Primária à Saúde. Como resultado, o itinerário terapêutico concentrou-se no percurso assistencial, busca pelo diagnóstico e possíveis soluções para controle da dor. Nos grupos, os profissionais da Atenção Primária à Saúde manifestaram perda de autonomia e repasse da responsabilidade do acompanhamento e do cuidado longitudinal para a atenção especializada. Dessa forma, a não banalização da dor, a necessidade de debate acerca das garantias para o acesso aos serviços com acompanhamento adequado e a existência de novos investimentos para resgate das ações de matriciamento, além de elaboração de protocolos para melhoria do acesso são pistas para o combate à insuficiência dos serviços públicos na garantia do direito universal à saúde.

**PALAVRAS-CHAVE** Artrite Reumatoide. Itinerário terapêutico. Análise institucional. Necessidades e demandas de serviços de saúde. Integralidade em saúde.

**ABSTRACT** *The lack of timely intervention for people with Rheumatoid Arthritis can lead to pain, inflammatory processes and disabilities, a fact that motivated the investigation, whose objective was to analyze the therapeutic itinerary of people with Rheumatoid Arthritis and its impact on the production of care. Qualitative approach, with in-world travel to construct interference research, supported by some concepts of institutional analysis. Data production occurred through an interview with a person affected by Rheumatoid Arthritis, to construct their therapeutic itinerary, later presented to groups of Primary Health Care workers. As a result, the therapeutic itinerary focused on the care pathway, search for diagnosis and possible solutions for pain control. In the groups, Primary Health Care professionals expressed a loss of autonomy and transferred responsibility for monitoring and longitudinal care to specialized care. In this way, the non-trivialization of pain, the need for debate about guarantees for access to services with adequate monitoring and the existence of new investments to rescue matrix support actions, in addition to the development of protocols to improve access are clues for the combating the insufficiency of public services in guaranteeing the universal right to health.*

**KEYWORDS** *Arthritis, rheumatoid. Therapeutic itinerary. Institutional analysis. Health services needs and demand. Integrality in health.*

<sup>1</sup>Universidade de São Paulo (USP), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) – Ribeirão Preto (SP), Brasil.  
gracianosudre@ufr.edu.br

<sup>2</sup>Universidade Federal de Rondonópolis (UFR), Faculdade de Ciências da Saúde (FCS) – Rondonópolis (MT), Brasil.



## Introdução

A Artrite Reumatóide (AR) constitui-se como uma doença de longa duração, autoimune, que ocupa a quadragésima segunda colocação na lista das condições que causam deficiência global. Incide até três vezes mais em mulheres com mais de 40 anos e atinge, aproximadamente, 1% da população mundial<sup>1,2</sup>.

Para a pessoa acometida pela AR, a busca por cuidados no início da doença é motivada principalmente pela necessidade de diminuição da dor e descoberta do diagnóstico. Nessa busca, o encontro entre o trabalhador da saúde e a pessoa com AR é permeado por ações disparadoras de distintos caminhos que interferem no contexto e vida dessas pessoas.

O atraso em estabelecer o diagnóstico precocemente e o uso do medicamento adequado em tempo oportuno para impactar no curso da doença acarreta danos, com sintomas mais frequentes e necessidade maior de acesso<sup>3-5</sup>. Durante esse período, os problemas e as dificuldades para o acompanhamento da pessoa com AR relacionam-se à ausência de informações para entender sobre a doença, seu impacto e cronicidade<sup>3</sup>.

Desenvolver estudos com pessoas acometidas pela AR e observar a produção de cuidado possibilita colocar em análise as ações profissionais, as relações entre trabalhador e a pessoa acometida pela AR, os múltiplos e diversos processos que permeiam o manejo dessa doença que causa dor, dependência e sofrimento, além de possibilitar um debate sobre direito, acesso universal e mercantilização da saúde.

Nesse último, o enfoque da biomedicalização ganha espaço<sup>6</sup>, visto que pessoas passam a colocar o medicamento como objeto central e único nas práticas de produção de cuidado, como também os profissionais: a enfermagem centra-se, assim, na manutenção dessa máquina ao controlar a agenda, o acesso e as questões burocráticas; a medicina produz prescrições, pedidos de exame e laudos técnicos;

e a farmácia garante as ações protocolares conforme as normativas técnicas definidas pelos gestores.

Todos com foco na aquisição do medicamento e com pouca projeção do olhar para outras práticas criativas que poderiam surgir, mesmo que complementares a todo esse processo. Práticas que, por sua vez, poderiam alcançar formas mais significativas e eficazes de produzir cuidado, com projeções de olhares para vida e para as singularidades apresentadas a cada encontro – isento das normativas mercadológicas e centradas no medicamento.

No Brasil, pesquisas direcionadas à gestão do cuidado e fluxo da pessoa com AR pelos diferentes serviços são incipientes. No entanto, um estudo problematiza o fluxo da pessoa pelos serviços de saúde e aponta que as fragilidades estão presentes, naquele mesmo processo de aquisição de medicamentos e nos gastos públicos para manutenção do tratamento<sup>3</sup>, uma vez que pessoas se tornaram consumidoras e não produtoras de suas próprias estratégias de cuidado<sup>6</sup>. Nessa vertente, pessoas com AR bem acompanhadas passaram a ser aquelas que conseguiram entrar no circuito de aquisição do medicamento de ‘alto custo’, cumprindo todos os padrões estabelecidos pelo Estado para aquisição do medicamento.

Ao considerar o cenário de análise, cabe particularizar o contexto das pessoas vinculadas à regional de saúde sul, do estado de Mato Grosso, que tem como polo o município de Rondonópolis, MT, cidade que possui 203.080 mil habitantes<sup>7</sup> e que congrega, ao todo, 19 municípios.

Rondonópolis é referência para alta e média complexidade e atualmente está subdividido administrativamente em cinco distritos de saúde. Compreende o Hospital Regional Irmã Elza Giovanella, o Hospital e Maternidade Santa Casa de Rondonópolis e o Centro de Nefrologia e Serviço de Atendimento Especializado<sup>8</sup>, além de contar com 54 Unidades de Saúde da Família (USF)<sup>9</sup>.

Em Rondonópolis, as pessoas com AR são inseridas no cenário das pessoas com

condições crônicas, acompanhadas pelo médico reumatologista. Os serviços com maiores fluxos para essa condição de saúde, sem linhas de cuidado estabelecidas, são: Centro de Especialidades e Apoio Diagnóstico Albert Sabin – ambulatório de reumatologia; Unidade de Pronto Atendimento (momentos de agudização); Farmácia Central (protocolo de aquisição de medicamento). No sistema municipal de saúde em destaque, as unidades da Atenção Primária à Saúde (APS) transferem a vinculação, a responsabilização e a função de organização do cuidado para o serviço especializado.

Após particularizar os serviços desse sistema, considerando a produção do cuidado, as ações são influenciadas pela concepção de saúde dos envolvidos e pela finalidade que se deseja alcançar, o que por sua vez, determina a escolha das tecnologias de saúde a serem empregadas no processo de cuidar.

A lógica centrada no medicamento sugere uma linha de investimento (aquisição do medicamento) e diminui outras estratégias que advêm de outros saberes, não farmacológicos, ofertados por diferentes profissionais não prescritores e até mesmo pelo saber popular. A engrenagem da manutenção do corpo medicado não é interrompida e repete-se trimestralmente, com protocolos e práticas muito bem definidos, burocratizantes, mas que ceifam qualquer outro tipo de investimento.

A vida não caminha por linhas pré-definidas ou pré-determinadas; os protocolos existem, mas o caminhar depende muito das dificuldades e facilidades que surgem durante a trajetória, posto que o cuidado é produzido no encontro. No entanto, a influência para as ações prescritivas agora se faz via usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) que têm no medicamento a única alternativa terapêutica. Assim, emerge uma nova subjetividade para o processo saúde-adoecimento-cuidado, em que se imprime a lógica do mercado<sup>6</sup>, na qual novas linhas, ações e serviços passam a figurar como requisitos mínimos para funcionamento de toda engrenagem.

Diante do cenário exposto, um efeito colateral surge: a transferência de responsabilidade. No município em questão, as linhas de cuidado às pessoas com condições crônicas, em especial da reumatologia, não estão definidas fazendo com que o especialista detentor dos mecanismos de superação dos obstáculos para o alcance do medicamento ganhe destaque, valendo-se para tanto de tecnologias duras e leve-duras, que passam a ser as mais empregadas, com baixíssimo investimento nas tecnologias leves.

As tecnologias em saúde podem ser caracterizadas como duras, sendo aquelas que utilizam instrumentos do tipo material; tecnologias leve-duras, aquelas que se configuram como saberes e todo conjunto de conhecimentos que operam o processo de trabalho; e tecnologias leves, aquelas que são produzidas no encontro entre trabalhador e sujeito sob cuidados, no âmbito das relações<sup>10</sup>.

As distintas formas de manejar esse conjunto de tecnologias do trabalho em saúde são orientadas por intencionalidades e finalidades, que na produção em ato, conformam diferentes modelos tecnoassistenciais<sup>10</sup>.

Nesse caminho, é possível identificar um processo de busca de satisfação das necessidades de saúde, principalmente por meio de um conceito ampliado desse termo que permite uma aproximação da realidade e a contraposição com as distintas formas de acesso aos serviços de saúde que estão estabelecidas.

Nos processos de busca por cuidado, à pessoa interessa o atendimento de suas necessidades de saúde, tais como: garantia de boas condições de vida, acesso irrestrito, produção de uma relação de vínculo e responsabilização, geradora de autonomia e de múltiplas estratégias de cuidado<sup>11,12</sup>.

Aos profissionais, cabe particularizar as distintas necessidades de saúde que são apresentadas, sendo necessário para tanto reformular as próprias práticas para fortalecer e reorganizar os serviços de saúde. Neste momento, como possibilidade revolucionária, cabe considerar, em especial, duas políticas transversais:

Política Nacional de Humanização (PNH) e Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), por influenciarem historicamente, de forma positiva, o processo de trabalho de diferentes equipes<sup>13</sup>.

Sob essa ótica, olhar para a produção do cuidado oportuniza um debate que possibilita compreender objeto, instrumentos, agentes e finalidade do trabalho em saúde, assim como desafios presentes nas diferentes formas de acesso e estratégias utilizadas no processo de gestão do cuidado<sup>14,15</sup>. Não obstante, possibilita a adoção de mudanças com ferramentas e práticas históricas de transformação da realidade<sup>13</sup>.

Diante dessa realidade, emerge o seguinte questionamento: como ocorre o processo de busca por cuidados da pessoa com AR e quais as repercussões da apresentação desse itinerário às equipes da APS?

O itinerário terapêutico possibilita compreender as experiências de cuidado no dia a dia e as diferentes formas de gestão do autocuidado, nuances importantes para (res)significação da busca por ações e serviços de saúde, sua produção e impactos individuais e coletivos<sup>16</sup>.

Nesse processo de busca pelo cuidado, o traçado das diferentes trajetórias não assume um padrão de repetição, mas uma singularidade, por expressar contradições não generalizáveis<sup>17</sup>. Cada percurso eleito é permeado pela criatividade, improvisação e está em constante modificação, permeável por escolhas e circunstâncias únicas, com imprevisibilidade de fluxos e trajetos, sendo tecidas de forma processual.

Torna-se prudente olhar para o itinerário como um emaranhado de múltiplas possibilidades para manejar o processo de produção de cuidado. Na perspectiva da reinvenção e transformação em cada percurso, surge o desafio de pensar o itinerário como um processo aberto, em permanente construção<sup>18</sup>.

A produção do cuidado expõe as dimensões das práticas de saúde, a centralidade (na pessoa, medicamento ou no procedimento), os estímulos à biomedicalização e investimentos para aquisição do melhor produto e droga

capaz de controlar ou modificar o curso da doença – situação imperativa, que não deve ser objetivo final e sim meio do processo terapêutico. O modo de operar o trabalho vivo e as disputas que se fazem presentes na tessitura de diferentes modelos de atenção<sup>19</sup> particularizam a produção do cuidado. Projetar o olhar para o itinerário terapêutico, no contexto da pessoa com AR, permite identificar como as diferentes linhas se articulam em direção a essas produções ‘vivas’ no cotidiano.

A utilização do itinerário terapêutico como ferramenta para fazer pensar a realidade propõe importantes deslocamentos que estimulam a capacidade reflexiva e possibilitam processos de autoanálise e autogestão. Diante desses aspectos, essa pesquisa objetivou analisar o itinerário terapêutico da pessoa com AR e sua repercussão para produção do cuidado.

## Material e métodos

Pesquisa de abordagem qualitativa em que foi possível o deslocamento do pesquisador *in-mundo* para construção de uma pesquisa-interferência, apoiada em alguns conceitos da análise institucional. Sobre esse último, adotou-se um referencial com diferentes intersecções com a saúde coletiva no SUS, inscrito como base que fundamenta a PNH e a PNEPS<sup>20</sup>.

A abordagem qualitativa possui como característica a interpretação e a investigação com pessoas em seu contexto, considerando os significados que elas produzem<sup>21</sup>. A pesquisa-interferência<sup>22,23</sup> possibilita ao pesquisador *in-mundo* se emaranhar, implicado com a realidade e agentes do campo, sujar-se de mundo e se diluir com objeto<sup>24</sup>. Ou seja, não há separação entre pesquisador e objeto, não existe neutralidade.

Pesquisa interferência é uma forma de deslizar pelos trajetos que dominam a produção de pesquisa, ativar alternativas inventivas para aproximar os participantes e potencializar seus encontros com pesquisador<sup>23</sup>.

Essas possibilidades, neste estudo, ocorreram em Rondonópolis, município do estado de Mato Grosso, e envolveram o ambulatório de reumatologia e os profissionais integrantes das equipes de saúde da família do mesmo município, ou seja, cenários do SUS.

Nessa trama, o município está organizado com uma estrutura híbrida entre o público e o privado, com uma gama de serviços públicos de APS, especializada e de média e alta complexidade; grandes operadoras de planos de saúde; rede privada e filantrópica, essa última com atendimento SUS.

Mesmo figurando como cidade polo de uma regional de saúde, Rondonópolis consiste em um município pequeno. Assim, o profissional SUS eventualmente também trabalha ou é próximo de alguém que trabalha em planos de saúde, filantropia ou iniciativa privada, situação que favorece deslizes como: solicitação do medicamento via plano e aquisição via SUS; consulta via consultório privado e receituário e exames via SUS.

Duas etapas compuseram a investigação: uma individual, em que se construiu o itinerário terapêutico de uma pessoa com AR e uma etapa coletiva, que envolveu a composição de grupos de trabalhadores da APS para análise e reflexão sobre o itinerário terapêutico produzido anteriormente.

Na primeira etapa de produção dos dados, o próprio pesquisador conduziu as entrevistas. A técnica escolhida foi entrevista aberta individual. Nessa modalidade, o investigador explica o propósito da conversa e entremeia perguntas considerando o que é dito pelo participante<sup>25</sup>.

A entrevista foi audiogravada, transcrita e teve duração de 90 minutos. A seleção da participante foi intencional, como critério de

inclusão: ser adulta, com diagnóstico de AR, acompanhada em ambulatório de reumatologia e receber indicação da equipe para que participasse da pesquisa.

A abordagem inicial à participante foi realizada em sala de espera, pelo pesquisador, e antecedeu a consulta médica. Após o aceite e o cumprimento de todos os aspectos éticos da pesquisa, realizou-se a entrevista.

A entrevista foi realizada em uma sala reservada do ambulatório de reumatologia, indicada pela equipe, climatizada, com poucos ruídos, com porta, mesa e cadeiras. Para preservar o sigilo da participante, seu nome foi substituído por outro, baseado na relação nacional de plantas medicinais de interesse ao SUS<sup>26</sup> – Vernônia, inspirado na planta *Vernonia condensata*.

Os grupos com os trabalhadores (G1, G2, G3 e G4) foram realizados em dois dias de outubro de 2022, no auditório do prédio da Secretaria Municipal de Saúde, ambiente climatizado, com projetor, boa acústica e cadeiras não fixas.

Os profissionais foram convidados e indicados por meio do Departamento de Atenção à Saúde. A proposta do pesquisador foi compor grupos de até 12 pessoas de distintas unidades de saúde. Assim, 48 pessoas foram convidadas, das quais 34 compareceram. Aqueles que não compareceram não compunham o mesmo grupo e, embora não tenham exposto os motivos, a gestão justificou tais ausências devido a férias, dificuldade na realocação da agenda, banco de horas ou outros compromissos com a gestão ou equipamentos sociais.

As características relacionadas ao tempo de formação e categoria profissional dos integrantes dos grupos estão apresentadas no *quadro 1*.

Quadro 1. Apresentação dos grupos de trabalhadores da Atenção Primária à Saúde segundo tempo de formação e categoria profissional. Rondonópolis, MT, 2022

Grupo	Tempo de Formação				Categoria Profissional			Total de participantes do grupo
	Até três anos de formação	Até cinco anos de formação	Até 10 anos de formação	Mais de 10 anos de formação	Nº de profissionais médicos(as)	Nº de profissionais enfermeiros(as)	Nº de profissionais com outra formação	
G1	2	2	3	3	3	7	0	10
G2	2	2	4	0	3	5	0	8
G3	1	3	4	3	3	7	1	11
G4	0	0	3	2	0	5	0	5

Fonte: elaboração própria com base em dados da pesquisa, 2022.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 500632214.0000.0126, Parecer nº 4.909.870, observando princípios e diretrizes para pesquisas com seres humanos<sup>27,28</sup>. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## Resultados

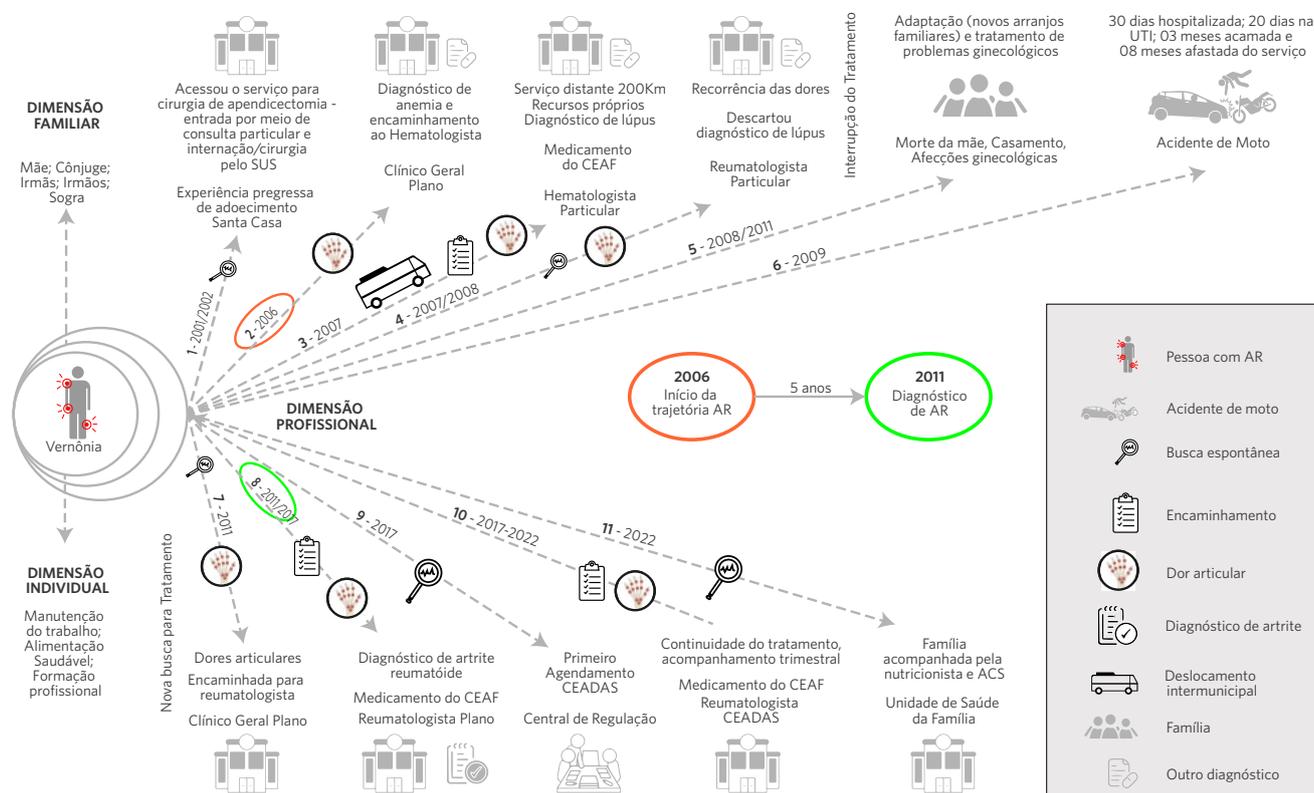
### Itinerário terapêutico de Vernônia

Vernônia – 55 anos, mulher preta, casada, heterossexual, autônoma, ensino superior

completo em tecnologia em design de interiores, escolheu não ser mãe, é a filha mais nova de uma família numerosa; seu esposo é jardineiro (pretendem abrir uma pequena empresa de jardinagem e design de interiores), residem juntos em casa própria e possuem um carro e uma moto.

No período de produção dos dados referiu pouca dor, sem perdas da capacidade funcional e remissão da atividade da doença. Durante a entrevista foi possível reconhecer elementos importantes do itinerário terapêutico da Vernônia (*figura 1*). O percurso abarcou três dimensões da gestão do cuidado: individual, profissional e familiar.

Figura 1. Itinerário terapêutico Vernônia



Fonte: elaboração própria com base em dados da pesquisa, 2023.

Na dimensão individual da gestão do cuidado, foi ressaltada por Vernônia a tentativa de manutenção do seu vínculo empregatício, visto que com o trabalho podia se sustentar e subsidiar a manutenção do tratamento (pagamento de atendimentos na rede privada e plano de saúde), seu estado de saúde produziu o medo de perder o emprego, e por consequência o plano de saúde. Quando não foi mais possível acompanhar a elevação dos gastos, para garantir o mínimo de acesso aos serviços de saúde de que precisava, necessitou redefinir a carreira para lidar com o desemprego e o alto custo do tratamento.

Ainda ao descrever a dimensão individual da gestão do cuidado, apresentou a relação

que havia construído com o trabalho, lugar em que conseguia experienciar uma outra função, além daquela de filha, irmã e depois esposa que vivenciava na sua rotina, demonstrando assim sua satisfação com seu vínculo funcional, evidenciada durante a entrevista quando deixou transparecer sentimento de pesar ao se referir ao período em que foi demitida.

Atualmente, conseguiu modificar seus hábitos alimentares e tem feito escolhas mais saudáveis, demonstrando satisfação em poder cuidar de si. Apesar desses investimentos, seu percurso assistencial demonstra captura por um modelo de atenção com foco na doença, medicalização do corpo, objetificação, dependência da figura do médico especialista com

seus pedidos de exames, laudos e encaminhamentos (dimensão profissional da gestão do cuidado).

Por sua vez, a dimensão familiar da gestão do cuidado foi demarcada por dificuldades com os cuidados da mãe, que a afastou do tratamento da AR. Além disso, o realinhamento de papéis na família, marcado por seu casamento, morte da mãe e rompimento das relações com alguns irmãos também repercutiram em abandono ao tratamento da AR. No entanto, foi na família que conseguiu apoio para lidar com algumas restrições causadas pela doença e por outras situações de adoecimento.

Relata que, por ser a filha mais nova, permaneceu em casa após a saída dos irmãos, durante o envelhecimento da mãe. Cronologicamente destacou alguns acontecimentos, relatou a morte de sua mãe no ano 2008 e a função de cuidadora familiar da mesma. Nessa época, enfrentou divergências com seus irmãos para inserir seu esposo na família. Relata que seus irmãos, na tentativa de protegê-la, não aceitavam seu relacionamento.

Vernônia foi vítima de um acidente automobilístico grave e no período em que ficou acamada foi cuidada por suas irmãs que faziam os cuidados no leito de higiene, hidratação, alimentação e cuidados com a pele. Refere que foi um período difícil, porque já estava casada, e ficou distante do marido, pois era mais fácil ficar sozinha na casa de uma de suas irmãs para evitar constrangimentos familiares, em decorrência da presença do marido.

Interessante destacar que, em seu itinerário, passou por períodos de não procura por serviços de saúde (dimensão profissional) em decorrência dos acontecimentos na dimensão familiar e que a afastaram do acompanhamento da AR.

Atualmente, sua autonomia de locomoção ficou limitada por ter habilitação apenas para pilotar motocicleta e não poder mais fazê-lo devido aos impactos do veículo e do peso do capacete, que podem prejudicar suas articulações (joelho, quadril, coluna cervical, ombros, cotovelos, punhos e mãos).

A família e os amigos produziram cuidado no sentido de ofertar o suporte necessário para controle da dor. Esse suporte envolveu auxílio na manutenção da limpeza da moradia, transporte, estímulo para busca de alternativas terapêuticas, acompanhamento em consultas e discussão de casos semelhantes para entender melhor o problema.

*Meu esposo e minhas irmãs sempre me ajudaram naquilo que eu precisei em decorrência da AR, por exemplo, os cuidados com a casa [...] minha sogra [...] quando ela está disponível, ela também me ajuda. (Vernônia).*

Ao retomar a dimensão profissional, os médicos foram mais acessados em relação aos demais trabalhadores da saúde, primeiro para investigação diagnóstica e depois para obtenção do medicamento para controle da dor, receita, laudo, pedidos de exame e encaminhamentos.

A motivação não era ter o diagnóstico médico, e sim controlar as dores. A gestão do autocuidado era produzida na medida em que buscava alternativas para cessar suas dores:

*[...] procurei atendimento desde que começaram as dores, [...] eu comecei a sentir muitas dores, principalmente nos ombros, não conseguia quase movimentar o braço e isso me incomodou, começou a me incomodar muito, foram dias de dores. (Vernônia).*

Em relação à AR, iniciou a busca por cuidados em 2006, devido às fortes dores que sentia nos ombros, o que mobilizou a procura por atendimento médico. Foi atendida por um clínico geral que diagnosticou anemia grave e a encaminhou ao hematologista. No final de 2006 e início de 2007, o hematologista tratou a anemia e diagnosticou lúpus. Estava em tratamento de lúpus quando voltou a sentir dores.

Devido à persistência das dores, procurou um reumatologista que atendia em consultório particular em Rondonópolis, o mesmo descartou o diagnóstico de lúpus e retirou aos

poucos os medicamentos. Quando iniciaria um processo de investigação diagnóstica no setor privado, ficou desempregada e perdeu a capacidade de arcar financeiramente com o tratamento.

Nessa época suas expectativas de atendimento foram ceifadas pela inexistência de especialistas vinculados ao SUS. Em 2009, Vernônia ficou acamada por três meses em decorrência de acidente automobilístico grave, precisou fazer cirurgias e no pós-operatório apresentou uma parada cardiorrespiratória que resultou em vinte dias na unidade de terapia intensiva.

Entre 2008-2011, houve uma lacuna terapêutica para as dores que sentia em decorrência da AR ainda não diagnosticada. Ao olhar para esse período, algumas situações estão demarcadas: morte da mãe; inserção do cônjuge na família; casamento; acidente grave e as complicações decorrentes; endometriose (fatores que precederam o diagnóstico de AR); e não acesso ao serviço que precisava em decorrência da perda de renda (após o diagnóstico). Situações da dimensão familiar que atravessaram a dimensão profissional e acabaram por redirecionar sua trajetória assistencial.

Em 2011, conseguiu retomar o atendimento com reumatologista, no entanto as dores articulares eram insuportáveis e não melhoravam. Ao retornar ao consultório e realizar outros exames, recebeu o diagnóstico de AR; desde então, nunca mais parou o tratamento.

Em 2013, retomou a regularidade das consultas médicas. Nesse período, em avaliação ginecológica descobriu miomatose. Como na ocasião estava com 47 anos e a gravidez não era mais uma prioridade, resolveu retirar o útero.

Dedicou-se ao trabalho, aos estudos e, no ano de 2017, perdeu o emprego e precisou realinhar o tratamento com acompanhamento bimestral para AR. Por intermédio da central de regulação municipal, conseguiu uma vaga para ser atendida pelo SUS e, devido à rapidez, foi possível continuar o tratamento com os medicamentos de alto custo.

Ter acompanhamento prévio no serviço privado, com diagnóstico e linha terapêutica estabelecida, facilitou o acesso ao atendimento no SUS, como um atalho. Desde então, engajou-se em uma rotina de acompanhamento trimestral pelo SUS. Esse formato de acompanhamento é um reflexo das atividades de consumo em que foi inserida – agora como cliente de um fluxo pré-estabelecido para acesso a medicamentos caros que produzem extrema vinculação ao serviço e ao especialista, fomentando o modelo de atenção centrado na doença, medicamento e na figura do especialista, visto que não ocorrem outros investimentos terapêuticos.

Ao transitar em busca de cuidado, a submissão à medicalização foi o principal investimento do setor de saúde, situação que diminuiu o grau de autonomia e de valorização de estratégias individuais e coletivas de existir, apesar das limitações impostas pela condição crônica.

No âmbito da saúde da família, no território onde reside, mantém contato com uma agente comunitária de saúde que lhe informa sobre as ações da USF, vacinas e questiona com frequência sobre seu estado de saúde, tudo pelo celular, com uso de aplicativo de mensagem. Nessa mesma unidade de saúde, acompanhou o cônjuge em consulta médica e foram orientados, após encaminhamento e atendimento com nutricionista, a adotarem hábitos alimentares saudáveis, situação que a fez modificar o preparo e o consumo dos alimentos.

Desde a primeira consulta com clínico geral, em 2006, até o diagnóstico de AR, foram cinco anos em que mesclaram acessos entre consultas particulares, plano de saúde e SUS, situação que reforça o entendimento de uma estrutura mista e com poucas garantias de continuidade terapêutica via SUS para essa condição de longa duração.

Durante a entrevista, relatou descontentamento em seu atendimento no ambulatório de reumatologia: forma de agendamento com abertura da agenda somente no dia 25 do mês que antecede o da consulta, situação que gera

fila na madrugada para disputa de vagas; longo tempo de espera para ser atendida; e dispersão dos locais para realização de exames, agendamento e requisição do medicamento.

### **Grupos com trabalhadores da Atenção Primária à Saúde**

No período do encontro, os trabalhadores foram liberados das suas atividades nas unidades de saúde. Como situação disparadora do processo reflexivo, foi apresentado pelo pesquisador, aos quatro grupos da APS (G1, G2, G3 e G4), o itinerário terapêutico da Vernônia que, após ter sido exposto, foi analisado por cada um dos grupos. Ao confrontarem o itinerário terapêutico com a prática, em processo reflexivo, os trabalhadores da saúde dos diferentes grupos avançaram em termos de autoanálise e autogestão.

No G1, surgiram debates acerca dos temas relacionados ao acesso e ao afunilamento causados pela perda da autonomia dos profissionais em decorrência da impossibilidade de investir de forma adequada e pretendida em busca do diagnóstico.

Os participantes referem que, para potencializar as intervenções, é necessário gerenciar o número de vagas, a escassez de vagas em outros dispositivos do sistema municipal de saúde e a fila de espera para atendimento especializado, implementar ações para continuidade na investigação diagnóstica devido às restrições que impedem o pedido de alguns exames no âmbito da APS.

Uma iniciativa que minimizou o problema foi a adoção, mesmo que por tempo limitado, de estratégias de matriciamento da atenção especializada para as equipes de saúde da família, com foco na reumatologia. A descontinuidade dessa estratégia causou impacto negativo para potencialização das ações da APS e minimização de investimentos para gerenciar e otimizar a fila de espera.

O debate do G2 foi demarcado por três linhas: responsabilização e acompanhamento; acesso aos diferentes serviços; e gestão e

comunicação. Foi debatida a necessidade de novas possibilidades de investigação na APS como algo imprescindível para gerar autonomia profissional e melhorar os processos de investigação diagnóstica.

O grupo percebeu a necessidade de olhar para o próprio território e para além das situações de saúde que estão estabelecidas, bem como dialogar com o serviço especializado para melhorar a comunicação e investir em autonomia para investigação diagnóstica.

Destoando dos demais grupos, no G3 imperou o medo como produto da relação entre ‘profissionais sobrecarregados’ e ‘população intolerante’, situação que tem afastado os profissionais da comunidade, dificultando assim a construção de vínculos, situação reveladora da ideia de transferência de responsabilidade. Estão presentes a mecanização das prescrições e encaminhamentos, ausentes outros investimentos terapêuticos – farmacológicos e não farmacológicos.

Por sua vez, o G4 demonstrou preocupação com a remodelação do agendamento para evitar filas e os atendimentos por ordem de chegada. O grupo refletiu sobre o acesso dificultado devido à fila de espera para agendamento com especialista e a desmotivação do atendimento por ordem de chegada nas USF e no serviço especializado, com críticas a modelos em que a pessoa necessita chegar muito cedo na unidade para conseguir uma vaga.

Os participantes demonstraram a necessidade de investimentos em processos de Educação Permanente em Saúde (EPS) para abordar com a equipe novas ferramentas de planejamento, gestão do território, gestão do acesso e acompanhamento.

Nos quatro grupos, foi unânime a necessidade de acompanhamento das unidades da APS pela equipe de gestão de forma participativa e no território para redirecionamento das ações da APS e da atenção especializada. Situação proporcionada pela pesquisa e avaliada como positiva pela possibilidade de diálogo frente às demandas e situações do cotidiano.

## Discussão

Na busca da satisfação em outros planos da vida, além do controle da doença, a dimensão individual presente no itinerário terapêutico articulou o manejo das diferentes possibilidades de lidar com as adversidades ao utilizar a inventividade na demarcação das diferentes estratégias de gestão do autocuidado<sup>29</sup>.

Considerar esse movimento em que o usuário define suas próprias escolhas, pressionado, de certa forma, por um processo macro de financeirização da saúde, provoca uma forte interferência em sua realidade, capaz de reorientar a busca pelo cuidado em saúde. Nesse processo, destacam-se as tentativas de redução do tempo de sofrimento por parte da pessoa com AR no encontro com o tempo do fazer profissional, na busca pelo bom atendimento e construção de uma rotina estável de cuidados<sup>12</sup>.

O modelo médico hegemônico, sustentado por uma base vinculada ao capital, tem suas apostas fortalecidas pela complexa indústria farmacêutica. As influências para as ações prescritivas constituem-se via usuários do SUS, que têm no medicamento a única alternativa terapêutica em decorrência da falta de outras estratégias não medicamentosas. Cria-se, dessa forma, uma nova subjetividade para o processo saúde-adoecimento-cuidado e o medicamento surge como biotecnologia de consumo massivo com consumidores passivos e reféns de insumos hipercomercializados<sup>6</sup>.

O itinerário terapêutico é carregado de potencial analítico para desvelar a realidade e as relações estabelecidas no cotidiano<sup>30</sup>. Essa ferramenta também está inserida no campo das práticas avaliativas com foco no usuário, na integralidade e como uma forma privilegiada de dar voz às pessoas nos seus processos de questionar os setores e a relação público e privado<sup>31</sup>.

Olhar para as diferentes dimensões da gestão do cuidado permitiu identificar que o itinerário terapêutico ilustra as diferentes trajetórias assistenciais que revelam a

imagem atual do SUS, fortemente delineada pelo avanço do capital e por influências biomedicalizantes, muitas vezes pela ausência de investimentos complementares que sugiram outras formas de viver.

Vernônia foi em busca de satisfazer suas necessidades de saúde, nos diferentes processos de itinação. As necessidades de boas condições de vida<sup>11</sup> refletiram na busca de uma melhor condição de saúde ao mobilizar pessoas que a auxiliaram nos afazeres de casa, inclusive por não conseguir manusear as ferramentas de limpeza pela repercussão da doença nas articulações das mãos.

Além de questões relacionadas à manutenção de um ambiente saudável e da aptidão ao mercado de trabalho, as necessidades de saúde também perpassaram pela garantia de acesso a todas as tecnologias para melhorar e prolongar a vida<sup>11</sup>.

Pela inexistência de responsabilização por parte da APS, assim como em outras ações de busca pelo cuidado no contexto das mulheres, ocorre uma fragmentação da mesma por diferentes programas, inclusive com fortes estratégias para medicalização e controle do corpo feminino. Faltam investimentos para alcance da integralidade que, por sua vez, deveria nortear as ações e os serviços disponíveis, uma vez que privilegiaria a singularidade, a complexidade e as múltiplas e distintas demandas e necessidades de saúde que são próprias das mulheres<sup>32</sup>.

No contexto da AR, por estar demarcada tão fortemente a presença do especialista na condução do acompanhamento das pessoas com AR, a necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipe<sup>11</sup> se estabeleceu na relação com o médico especialista e com a rotina do ambulatório, situação que acarretou uma peregrinação intensa para tentar achar respostas e justificativas para as dores e outras repercussões físicas da doença.

Ao se deparar com o especialista, foi estabelecida uma relação assimétrica, sem horizontalidade entre os envolvidos no processo de produção do cuidado, situação que prejudicou

a possibilidade de atingir a necessidade de graus crescentes de autonomia e autocuidado em suas escolhas terapêuticas<sup>11</sup>. A autonomia perdeu espaço para a rotina de aquisição de medicamentos de alto custo, situação que reforçou a objetivação do sujeito, a medicalização do corpo e a centralidade das ações no médico e na doença.

Cabe aos profissionais de saúde instigar e demonstrar que existem outras possibilidades além da medicalização para alcance de resultados efetivos<sup>19</sup>. Vernônia, após múltiplos investimentos no tratamento, conseguiu olhar para sua formação profissional para redefinição de carreira com objetivo de se inserir novamente no mercado de trabalho e passou a repensar a alimentação e fazer escolhas mais saudáveis.

O encontro entre trabalhadores da saúde com a pessoa acometida por alguma condição de saúde precisa possibilitar a construção da autonomia, com intervenções não só de reabilitação ou terapêuticas, mas com apoio para criação de projetos de vida<sup>19</sup>.

A dimensão familiar nesse contexto esteve presente na produção de cuidados personalíssimos, uma vez que as necessidades de saúde, quando reconhecidas por cuidadores familiares, ganham outros contornos; por estarem imersos na mesma realidade, torna-se possível o reconhecimento de aspectos ímpares para pessoa em situação de adoecimento<sup>34</sup>.

Na dimensão familiar, o itinerário terapêutico demonstra que a maioria das ações de cuidado geridas com a família motivou a procura por serviços de saúde, acompanhamento ou envolvimento nas atividades cotidianas. A pessoa estabelece conexões que refletem significativamente na sua busca e obtenção do cuidado que precisa.

O itinerário terapêutico da pessoa reflete a efetiva busca por cuidados, mas engloba dimensões espaciais, temporais e relacionais, ao mesmo tempo em que pode conter a trajetória assistencial, embora não se restrinja a ela<sup>35</sup>.

Com isso, no contexto do SUS, o sucesso na busca por cuidado será maior ou menor a depender da capacidade de resposta às

dificuldades de acesso – cada vez maiores em decorrência do subfinanciamento, da diminuição crescente dos recursos para o setor saúde e da mercantilização do princípio da universalidade como direito social<sup>36</sup>.

Na dimensão profissional, a maior utilização das tecnologias leve-duras, em detrimento das tecnologias leves, acarreta em um empobrecimento dos aspectos intersubjetivos, reforçando o modelo de atenção e o trabalho com foco no procedimento<sup>37</sup>.

Defende-se que as equipes de saúde, além das ações individuais, possam indicar fluxos seguros para as pessoas em investigação ou em tratamento, com isso incentivar a responsabilização e ocupar-se de um cuidado coletivo para mapear e indicar as novas possibilidades de intervenção<sup>33</sup>.

Além disso, para fortalecer as equipes diante das possibilidades de acompanhamento, estratégias de matriciamento podem beneficiar o itinerário terapêutico, visto que reformulam a organização dos serviços, com o potencial de redirecionar o processo de trabalho em saúde e fortalecer a produção do cuidado interdisciplinar para lançar novos olhares ao cotidiano dos serviços<sup>38</sup>.

Deflagrar o potencial de criticidade das equipes e apostar em estratégias da EPS pode ser um caminho que, além de possibilitar o reordenamento das ações e serviços, propicie estimular a produção do cuidado pela linha da humanização na saúde – com outras estratégias que, em vez de descontinuidade, proporcionem acolhimento, vínculo e responsabilização<sup>13</sup>.

Entende-se que a transformação coletiva do trabalho deva acontecer por meio de processos participativos de gestão via EPS, em que se estimule a ampliação da autonomia e o empoderamento dos profissionais para que consigam transformar a realidade de forma singular e criativa, nessa relação com o outro e a partir do outro<sup>13</sup>.

Nesse cenário, a EPS coloca-se como ferramenta potente, inclusive para mobilizar a implantação nos serviços das premissas de outras políticas, como ocorre, por exemplo, com a PNH<sup>13</sup>.

As unidades de saúde poderiam compor espaços de produção de vida e de cuidado de forma múltipla e compartilhada, potencializando o viver, retirando de cena a produção de insatisfação e a medicalização<sup>15</sup>. O ato de questionar possibilitado pelo itinerário, sua força mobilizadora e promotora de reflexões, provocou movimentos de autoanálise e autogestão nos grupos de trabalhadores da APS, reforçando assim sua singularidade como ferramenta para EPS.

É preciso expor na cena coletiva os modelos de atenção e causar rupturas nos direcionamentos que não centralizam as práticas nos usuários e suas necessidades. Provocar interferências permeáveis à mudança para prevalecer os interesses dos usuários são investimentos atuais que precisam ser levados em consideração para reorganização das práticas nos diferentes âmbitos da gestão do cuidado<sup>15</sup>.

No contexto da pesquisa, assim como em outros estudos<sup>20</sup>, o referencial teórico permitiu interrogar as práticas para melhor conhecê-las e dialogar com o campo da saúde coletiva.

## Considerações finais

No contexto de Vernônia, o extenso percurso assistencial representou o manejo da gestão do cuidado profissional, vinculado à possibilidade de ter o atendimento das suas necessidades. Imersa em um sistema de saúde insuficiente e com disparidades de acesso, o foco permanece no medicamento e na doença – situação que dificulta assegurar o direito à saúde, restringe as possibilidades de gestão do cuidado e autocuidado, além de fomentar a mercantilização.

No contexto dos diferentes grupos da APS, os distintos problemas que permeiam o acesso e o acompanhamento acarretam na ausência de estratégias que favoreçam o exercício da responsabilização por meio da construção de

vínculos. Apostar em processos de educação permanente para resgatar atitudes provenientes da PNH torna-se fundamental, inclusive para instituir novos fluxos e modificar o processo de trabalho das equipes.

No contexto da atenção especializada, é preciso ampliar o olhar para além da fila, diagnóstico, medicamento e buscar novas formas de se fazer saúde por meio de um diálogo com a APS, de maneira a garantir um apoio robusto na intervenção às diferentes condições que surgem no território. Com isso, é fundamental responsabilizar os diferentes trabalhadores para produção de um cuidado longitudinal e com múltiplos investimentos, tendo como orientação premissas da integralidade, construção de vínculo, dialogia e atenção em rede.

Em suma, é preciso viabilizar processos de reflexão sobre a prática, em movimentos de autoanálise e autogestão para que grupos de trabalhadores, imersos em processos reflexivos, consigam repensar as ações para reorganizar o processo de trabalho com foco central na pessoa a ser cuidada e, com isso, resgatar e aplicar as premissas históricas da PNEPS e a PNH para transformação da realidade.

Dessa forma, a não banalização da dor, a necessidade de debate acerca das garantias para o acesso aos serviços com acompanhamento adequado e a existência de novos investimentos para resgate das ações de matriciamento – além de elaboração de protocolos para melhoria do acesso – são pistas para o combate à insuficiência dos serviços públicos na garantia do direito universal à saúde.

## Colaboradores

Sudré GA (0000-0003-2837-8526)\* e Matumoto S (0000-0002-8590-5276)\* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

- Nagayoshi BA, Lourenção LG, Kobayase YNS, et al. Rheumatoid arthritis: profile of patients and burden of caregivers. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2018;21(1):44-52. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170103>
- Kiyomoto HD, Kiyomoto HD. Drogas modificadoras do curso da doença no tratamento da Artrite Reumatoide: sintéticos combinados versus agentes biológicos: revisão sistemática e estudo econômico [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2018.
- Oliveira SC. Itinerário terapêutico de pacientes com artrite reumatoide em uso de medicamentos modificadores do curso da doença biológicos [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2017.
- Mota LMH, Cruz BA, Brenol CV, et al. Safe use of biological therapies for the treatment of rheumatoid arthritis and spondyloarthritis. *Rev Bras Reumatol.* 2015;55(3):281-309. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rbr.2014.06.006>
- Suter LG, Fraenkel L, Holmboe ES. What factors account for referral delays for patients with suspected rheumatoid arthritis? *Arthritis Rheum.* 2006;55(2):300-305. DOI: <https://doi.org/10.1002/art.21855>
- Iriart C, Merhy EE. Disputas inter-capitalistas, biomedicalización y modelo médico hegemónico. *Interface (Botucatu).* 2017;21(63):1005-1016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0808>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Mapas: população residente [Internet]. [Rio de Janeiro]: IBGE; 2023 [acesso em 2020 nov 30]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>
- Pereira PS, Monteiro JLG. A consolidação da cidade de Rondonópolis como um polo de saúde na região geográfica intermediária de Rondonópolis – MT. *Rev InterEspaço.* 2020;5(19):1-28. DOI: <http://dx.doi.org/10.18764/2446-6549.e202023>
- Ministério da Saúde (BR), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Consulta Estabelecimento. Identificação [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, CNES; 2023 [acesso em 2023 jul 4]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>
- Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 4. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
- Cecílio LCO, Matsumoto NT. Uma taxonomia operacional das necessidades de saúde. In: Pinheiro R, Ferla AF, Mattos RA, editores. *Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde.* Rio Grande do Sul. Rio de Janeiro: EdUCS/UFRJ: IMS/UERJ: CEPESC; 2006. p. 112.
- Cecilio LCO, Carapineiro G, Andrezza R, et al. O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. *Cad Saúde Pública.* 2014;30(7):1502-1514. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00055913>
- Lopes MTSR, Labegalini CMG, Silva MEK, et al. Continuing education and humanization in the transformation of primary health care practices. *REME.* 2019;23:e-1161. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190009>
- Peduzzi M, Schraiber LB. Processo de trabalho em saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, editores. *Dicionário de Educação Profissional em Saúde [Internet].* 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ; 2008 [acesso em 2023 jul 4]. p. 320-328. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/143.pdf>
- Merhy EE, Feuerwerker LCM, Santos MLM, et al. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. *Saúde debate.* 2019;43(esp6):70-83. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S606>
- Bellato R, Araújo LFS, Maruyama SAT, et al. História de vida como abordagem privilegiada para compor itinerários terapêuticos. In: Gerhardt TE, Pinheiro R, Ruiz ENF, et al., editores. *Itinerários terapêuticos:*

- integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. Rio de Janeiro, RJ: Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco; 2016. p. 203-222.
17. Alves PCB, Souza IMA. Experiência de doença e narrativa. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz; 1999. 264 p.
  18. Bonet O. Itinerários e malhas para pensar os itinerários de cuidado. a propósito de Tim Ingold. *Sociol Antropol.* 2014;4(2):327-350. DOI: <https://doi.org/10.1590/2238-38752014v422>
  19. Santos DS, Mishima SM, Merhy EE. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. *Ciênc saúde coletiva.* 2018;23(3):861-870. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.03102016>
  20. Kasper M, Fortuna CM, Braghetto GT, et al. Institutional analysis in scientific health production: an integrative literature review. *Rev Esc Enferm USP.* 2020;54:e03587. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018046203587>
  21. Gil AC. Como fazer pesquisa qualitativa. Barueri, SP: Atlas; 2021.
  22. Schiffler ÂCR, Abrahão AL. Interferindo nos microprocessos de cuidar em saúde mental. In: Gomes MPC, Merhy EE, editores. *Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental.* Porto Alegre: Rede Unida; 2014. p. 89-104.
  23. Figueiredo EBL, Andrade EO, Muniz MP, et al. Research-interference: a nomad mode for researching in health. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(2):571-576. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0553>
  24. Abrahão AL, Merhy EE, Gomes MPC, et al. O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. In: Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, et al., editores. *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes.* Rio de Janeiro: Hexis; 2016. p. 20-22.
  25. Minayo MCS, Costa AP. Fundamentos teóricos das técnicas de investigação qualitativa. *Rev Lus Educ.* 2018;40(40):139-153.
  26. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse para o SUS.* Brasília, DF: MS/DAF; 2019. p. 2.
  27. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nos. 196/96, 303/2000 e 404/2008. *Diário Oficial da União, Brasília, DF.* 2013 jun 13; Seção I:549.
  28. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. *Diário Oficial da União, Brasília, DF.* 2016 maio 24; Seção I:44.
  29. Cecilio LCO. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface (Botucatu).* 2011;15(37):589-599. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832011000200021>
  30. Gerhardt TE, Pinheiro R, Ruiz ENF, et al. *Itinerários Terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde.* Rio de Janeiro: Abrasco; 2016. 27-98 p.
  31. Silva Junior AG, Pinheiro R, Ricardo MGMA, et al. Práticas avaliativas centradas no usuário e suas aproximações com os estudos de itinerários terapêuticos. In: Gerhardt TE, Pinheiro R, Ruiz ENF, et al., editores. *Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde.* Rio de Janeiro, RJ: Cepesc/IMS/Uerj-Abrasco; 2016. p. 99-124.

32. Costa AM, Lobato LVC. O que querem as mulheres? Saúde e direitos sexuais e reprodutivos. *Saúde e debate*. 2024;48(140):e140ED. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-28982024140140ED-P>
  33. Silva JPV, Batistella CEC. Problemas, necessidades e situação de saúde: uma revisão de abordagens para a reflexão e ação da equipe de saúde da família. In: Fonseca AF, Corbo AD, editores. *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. p. 159-176.
  34. Corrêa GHLST, Bellato R, Araújo LFS. Diferentes modos da família cuidar de pessoa idosa em situação crônica. *Ciênc Cuid Saúde*. 2015;14(1):796-804. DOI: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v14i1.16421>
  35. Gerhardt TE. *Itinerário terapêutico versus trajetória assistencial*. Rio Grande do Sul: GESC; 2018.
  36. Pessoa LS. O SUS e a crescente mercantilização dos serviços de saúde no Brasil nos anos 2010. *Rev Econ Contemp*. 2023;27:e232709. DOI: <https://doi.org/10.1590/198055272709>
  37. Feuerwerker LCM, Cecílio LCO. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. *Ciênc saúde coletiva*. 2007;12(4):965-971. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000400018>
  38. Barbosa LA, De Sá NM. Linhas de Cuidado e Itinerários Terapêuticos para Doenças Raras no Distrito Federal. *Tempus*. 2016;10(3):69-80. DOI: <https://doi.org/10.18569/tempus.v10i3.1907>
- 

Recebido em 07/08/2023

Aprovado em 09/05/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

**Editora responsável:** Maria Lucia Frizon Rizzotto

## Acessibilidade aos serviços de Atenção Primária à Saúde em municípios rurais do Brasil

### *Accessibility to Primary Health Care services in rural municipalities of Brazil*

Danielle de Jesus Soares<sup>1</sup>, Ana Luiza Queiroz Vilasbôas<sup>2</sup>, Mariluce Karla Bomfim de Souza<sup>2</sup>, José Patrício Bispo Júnior<sup>3</sup>

DOI: 10.1590/2358-289820241428945P

**RESUMO** Objetivou-se analisar aspectos da estrutura das unidades básicas e da organização do processo de trabalho das equipes de saúde relacionados com acessibilidade sócio-organizacional aos serviços de Atenção Primária à Saúde em municípios rurais do Brasil. Os dados deste estudo descritivo, de corte transversal, provêm do instrumento de avaliação externa do 3º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, realizado em 2017, aplicado em 8.711 equipes de Saúde da Família de 2.940 municípios rurais. Os módulos que constituíram tal instrumento serviram de base para a construção de Modelo Lógico e definição de variáveis validadas por consenso de pesquisadores da área. Os dados estão apresentados em frequências absolutas e percentuais. Os resultados revelam aspectos que interferem na acessibilidade das pessoas aos serviços: deficiências na estrutura das unidades de saúde; no acesso a tecnologias de informação pelos profissionais; pouca disponibilidade de imunobiológicos e testes diagnósticos; e indicativos de problemas no processo de trabalho das equipes. A maioria dos municípios brasileiros de pequeno porte não dispõe de serviços dos outros níveis de atenção em seu território, inclusive aqueles localizados em áreas remotas e de difícil acesso encontram dificuldade para fixação de profissionais e outras carências de infraestrutura.

**PALAVRAS-CHAVE** Atenção Primária à Saúde. Acessibilidade aos serviços de saúde. População rural. Qualidade, acesso e avaliação da assistência à saúde.

**ABSTRACT** *This study aimed to analyze aspects of the structure of primary healthcare units and the organization of work processes within health teams, focusing on socio-organizational accessibility to Primary Health Care (PHC) services in rural municipalities in Brazil. This descriptive, cross-sectional study used data from the external evaluation instrument of the 3rd cycle of the National Program for Access and Quality Improving Access in Primary Care (PMAQ-AB), conducted in 2017. This instrument was, applied to 8,711 Family Health teams from 2,940 rural municipalities. The modules comprising this instrument were used as the basis for constructing the Logical Model and defining variables validated through consensus by researchers in the field. The data is presented in absolute frequencies and percentages. The results disclose aspects that interfere with the accessibility of individuals to the services, such as deficiencies in the physical structure of healthcare units; limited access to information technologies by professionals; scarce availability of immunobiologicals and diagnostic tests; and indications of issues in the teams' work processes. Most small-sized Brazilian municipalities suffer a shortage of other levels of healthcare, including those located in remote and hard-to-reach areas find it difficult to retain professionals and suffer from other infrastructure deficiencies.*

**KEYWORDS** *Primary Health Care. Health services accessibility. Rural population. Health care quality, access, and evaluation.*

<sup>1</sup>Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) - Salvador (BA), Brasil.  
dany.sol22@hotmail.com

<sup>2</sup>Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil.

<sup>3</sup>Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto Multidisciplinar em Saúde - Vitória da Conquista (BA), Brasil.



## Introdução

Os cuidados de saúde no nível primário representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde e devem estar disponíveis o mais próximo possível dos locais onde as pessoas vivem e trabalham, sendo o primeiro item de uma assistência à saúde continuada<sup>1</sup>. Estudos apontam que viver em país que apresente uma Atenção Primária à Saúde (APS) forte traz benefícios diversos para a saúde das pessoas. Uma APS forte e com boa coordenação mostra-se importante para a autoavaliação da saúde das pessoas, e um bom acesso à APS as ajuda a receber cuidados para suas condições de saúde-doença, o que reduz o risco de terem uma condição não tratada<sup>2</sup>.

No Brasil, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) possibilitou a descentralização das ações e dos serviços de atenção primária para a quase totalidade dos municípios brasileiros, verificando-se uma trajetória de expansão significativa da cobertura populacional mediante a implantação de equipes de Saúde da Família em todo o território nacional, principalmente em municípios de menor porte populacional<sup>3</sup>. A expansão da cobertura populacional aumentou o acesso da população aos serviços de APS, o que contribuiu para a melhoria de indicadores de saúde relacionados a condições sensíveis a esse nível de atenção do sistema de saúde<sup>4</sup>.

As normas de operacionalização da atenção primária no SUS, designadas nas edições da Política Nacional de Atenção Básica, em 2006, 2011 e 2017<sup>5-7</sup>, definem como responsabilidades dos municípios a organização, a execução e o gerenciamento dos serviços e das ações de Atenção Básica (AB) dentro do seu território.

No território brasileiro, é notória a diversidade nos municípios existentes. Sua classificação vai desde municípios urbanos a municípios rurais remotos. De acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010, havia 5.565 municípios no Brasil, dos quais, 3.921 apresentavam

população com menos de 20 mil habitantes<sup>8</sup>. Levando-se em consideração uma segunda classificação dos municípios realizada pelo IBGE, os municípios são classificados em rural remoto, rural adjacente, intermediário remoto, intermediário adjacente e urbano. A partir dessa classificação, percebe-se que a maior parte dos municípios brasileiros foi classificada como predominantemente rural (60,4%), com 54,6% de rurais adjacentes e 5,8% de rurais remotos<sup>9</sup>.

Brundisini et al.<sup>10</sup> destacam que a ruralidade está associada ao aumento do risco à saúde devido ao isolamento e à falta de acesso a serviços de saúde; esses locais concentram maior dificuldade para a alocação de mão de obra profissional, em especial, da categoria médica.

Nesse sentido, estudos que medem a acessibilidade aos serviços de saúde ganham importância maior no contexto rural. A acessibilidade é elencada por Starfield<sup>11</sup> como um dos elementos estruturais importantes para a atenção primária. Considera a localização do serviço de saúde, os dias e horários abertos para o atendimento, grau de tolerância para atendimentos agendados e não agendados. Para essa autora, o acesso e a acessibilidade podem ser mensurados tanto a partir do ponto de vista da população quanto da unidade de saúde. A autora destaca, ainda, que, apesar de a acessibilidade não se restringir à atenção primária, é nesse nível que os requisitos específicos para a acessibilidade se mostram diferentes, por ser ela a porta de entrada preferencial no sistema de serviços de saúde<sup>11</sup>.

Para Vieira-da-Silva<sup>12</sup>, citando Donabedian (1980), acesso se relaciona com a obtenção do cuidado pelo indivíduo que dele necessita, superpondo-se, assim, ao conceito de utilização de serviços e de cobertura real. Porém, segundo esse mesmo autor, alguns fatores estarão relacionados à facilidade ou dificuldade na utilização desses serviços, como as barreiras relacionadas às características organizacionais dos serviços de saúde e os recursos de que os usuários dispõem para superar esses obstáculos.

Ademais, de acordo com Donabedian, a acessibilidade se estrutura levando-se em consideração as características dos serviços que possam facilitar ou impedir sua utilização pelos usuários. Dessa maneira, propõe, para analisar o modo de organização dos serviços, a divisão da acessibilidade nas dimensões geográfica e sócio-organizacional<sup>13</sup>.

Apesar da ampla disponibilidade de publicações sobre a APS no Brasil, são escassos os estudos que levem em consideração o tamanho e a classificação rural/urbana dos municípios brasileiros com relação à disposição de seus serviços de saúde, sua organização, com consequente possibilidade de utilização pela população.

O presente estudo objetivou analisar aspectos da estrutura das unidades básicas e da organização do processo de trabalho das equipes de saúde relacionados à acessibilidade sócio-organizacional aos serviços de APS em municípios rurais do Brasil.

## Material e métodos

Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal no qual foram utilizados dados secundários referentes às equipes de Saúde da Família do Brasil que aderiram ao 3º ciclo do

Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), disponíveis no *site* do Ministério da Saúde em 2019<sup>14</sup>. Constituíram a amostra as equipes situadas nos 2.940 municípios rurais (rural remoto e rural adjacente), segundo classificação do IBGE, cuja população estimada era menor ou igual a 20 mil habitantes.

Para a seleção dos municípios que compuseram a amostra, foram consideradas duas classificações feitas pelo IBGE. A primeira leva em consideração apenas o porte populacional, agrupando os municípios de acordo com o quantitativo de habitantes existentes<sup>8</sup>; a segunda leva em consideração a classificação rural versus urbana, sendo: rural remoto, rural adjacente, intermediário remoto, intermediário adjacente e urbano<sup>9</sup>. A *tabela 1* reúne as informações sobre o perfil dos municípios participantes do estudo, destacando o percentual de informações extraídas do instrumento de avaliação externa: o módulo I, 'Observação na Unidade Básica de Saúde'; o módulo II, 'Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde'<sup>15</sup>, e o módulo eletrônico, do qual foram extraídas informações sobre a composição das equipes por município analisado.

Tabela 1. Número e proporção de participação por instrumento da avaliação externa aplicado segundo tipo de município rural, do 3º ciclo PMAQ, 2017-2019

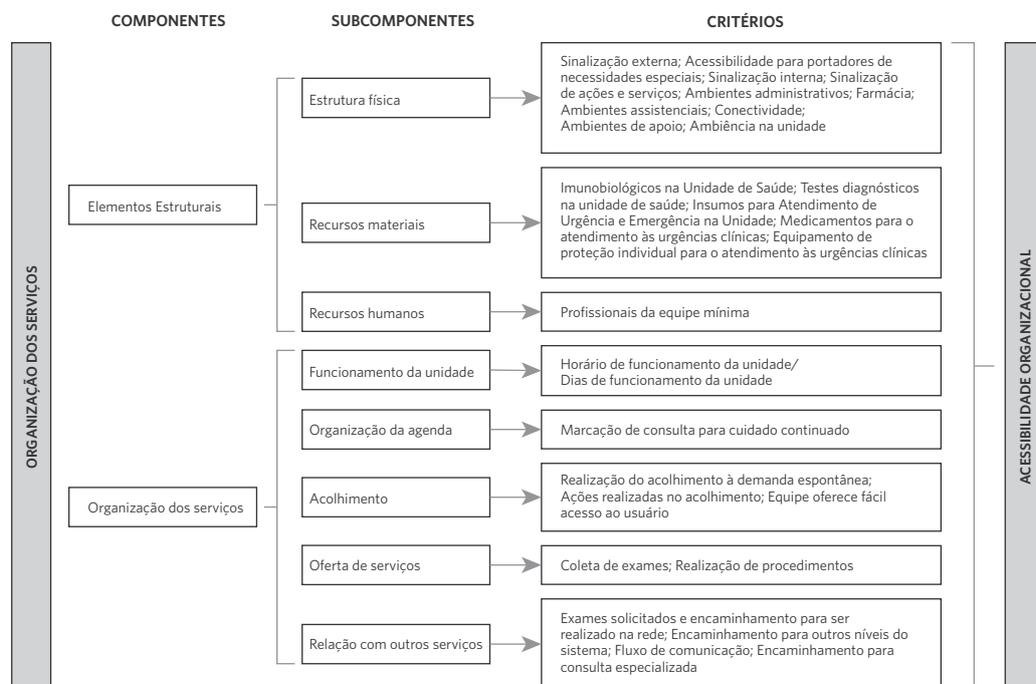
Municípios /Módulos	Rurais Adjacentes	Rurais Remotos
Módulo I	7.200 (97,27%)	709 (96,46%)
Módulo II	7.892 (99,16%)	819 (98,08%)
Módulo Eletrônico	2.532 (95,5%)	262 (94,6%)

Fonte: elaboração própria com base nas informações obtidas nos módulos I, II e eletrônico, PMAQ 3º ciclo<sup>14</sup>.

A partir dos módulos da avaliação externa do PMAQ-AB, foi construído e validado um Modelo Lógico (ML) (*figura 1*) visando agregar os componentes, subcomponentes e critérios capazes de trazer as informações referentes à acessibilidade sócio-organizacional às unidades de saúde. O ML foi elaborado com base na literatura nacional<sup>13,16-21</sup> consultada com relação aos elementos necessários para analisar a acessibilidade sócio-organizacional às unidades de saúde da atenção primária brasileira.

A partir desses módulos, foram organizados dois componentes com seus respectivos subcomponentes, a saber: componente: elementos estruturais, com os subcomponentes: estrutura física, recursos materiais, recursos humanos; e o componente: organização dos serviços, com os subcomponentes: funcionamento da unidade, organização da agenda, acolhimento na AB, oferta de serviços na unidade, relação da AB com outros pontos da rede de atenção à saúde.

Figura 1. Modelo Lógico para análise da acessibilidade aos serviços de Atenção Primária à Saúde em municípios rurais do Brasil



Fonte: elaboração própria a partir da adaptação do modelo de Cunha e Vieira-da-Silva<sup>13</sup> e com base em estudos da literatura: Albuquerque et al.<sup>16</sup>; Cunha; Vieira da Silva<sup>13</sup>; Garnelo et al.<sup>17</sup>; Gomes; Esperidião<sup>18</sup>; Ribeiro et al.<sup>19</sup>; Oliveira et al.<sup>20</sup>; Melo et al.<sup>21</sup>.

O ML passou, inicialmente, pela avaliação da banca de qualificação do projeto de mestrado, constituída por dois professores avaliadores, os quais indicaram sugestões iniciais de aprimoramento. Essa versão, após aprovação do comitê de ética em pesquisa do Instituto

de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, foi submetida à técnica de consenso.

Para a aplicação da técnica de consenso, os participantes foram escolhidos por conveniência, selecionando especialistas da área da saúde com *expertise* sobre o tema em questão. Foram

convidados quatro especialistas, e o contato se deu via correio eletrônico com o convite para participação e respectivo *link* de acesso ao questionário virtual via Google Form. O questionário de validação do ML tinha por objetivo avaliar a pertinência dos critérios propostos para os componentes ‘elementos estruturais’ e ‘organização dos serviços’. Para isso, cada critério era julgado sob sua pertinência para compor o subcomponente em questão. Ao final do julgamento de cada subcomponente, era perguntado ao participante se haveria algum critério a ser acrescido, com a sua indicação. A partir das respostas, o ML foi aprimorado e, então, utilizado neste estudo.

De acordo com as matrizes de critérios e os padrões derivados do ML, as variáveis foram classificadas como ‘adequada’, ‘inadequada’ e, em alguns casos, ‘intermediária’, para expressar o resultado obtido de acordo com o padrão estabelecido com base na literatura utilizada sobre o tema, assim como as orientações do Ministério da Saúde, por meio de seus manuais<sup>6,13,22-24</sup>

Para o processamento e a análise dos dados, foi utilizado o *software* Microsoft® Excel 365. As variáveis foram apresentadas em número absoluto e percentual, sendo utilizado o total para expressar o quantitativo final, tornando

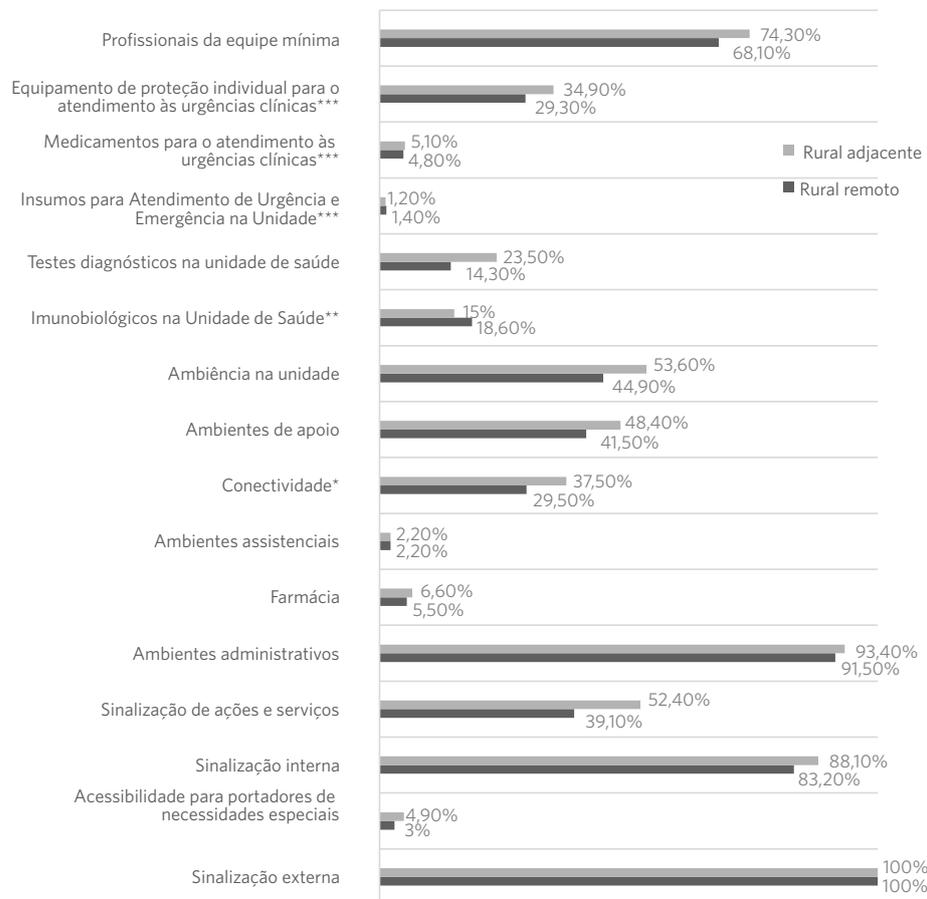
possível identificar as frequências absolutas e percentuais das variáveis explicitadas no ML.

O projeto cumpre os princípios éticos referentes a pesquisas com seres humanos, de acordo com as resoluções nº 466, de 2012<sup>25</sup>, e nº 510, de 2016<sup>26</sup>. O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde coletiva da Universidade Federal da Bahia, sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 43329421.7.0000.5030 e Parecer nº 4.562.681, em 26 de fevereiro de 2021, para a execução da técnica de consenso para validação do ML.

## Resultados

No componente ‘elementos estruturais’, *gráfico 1*, os critérios que apresentaram os menores desempenhos foram: acessibilidade para portadores de necessidades especiais; farmácia; ambientes assistenciais; conectividade; imunobiológicos na unidade de saúde; testes diagnósticos; insumos para atendimento de urgência e emergência na unidade e medicamentos para o atendimento às urgências clínicas. Foi acrescentado o critério ‘profissionais da equipe mínima’, por sua relevância.

Gráfico 1. Adequação do componente elementos estruturais, segundo tipologia de município rural. Brasil, 2017-2019



Fonte: elaboração própria com base nas informações dos módulos I, II e módulo eletrônico, avaliação externa do 3º ciclo, PMAQ-AB. Ministério da Saúde<sup>14</sup>.

O critério ‘acessibilidade para portadores de necessidades especiais’ teve percentual de adequação de 4,9% para as unidades de municípios rurais adjacentes e 3% para os rurais remotos. As regiões com menores adequações foram Norte (1,7%) e Sudeste (4,4%) para os municípios rurais adjacentes; e Norte (1,6%) e Nordeste (2,9%) nos municípios rurais remotos.

O critério ‘farmácia’ obteve 6,6% de adequação para as unidades de municípios rurais adjacentes, com destaque para as regiões Nordeste (6,9%) e Sudeste (3,4%); e 5,5% para rurais remotos, onde as regiões Sul (0%), Sudeste (2,6%) e Nordeste (3,2%) apontaram os menores percentuais. No critério ‘ambientes

assistenciais’, houve 2,22% para as unidades de municípios rurais adjacentes e remotos – a região Sudeste foi a única com percentual superior a 5%.

O critério ‘conectividade’ obteve baixo desempenho em âmbito nacional para municípios rurais adjacentes e rurais remotos (62,5% e 70,5%, respectivamente). Em ambas as tipologias, a região Nordeste teve o pior desempenho. Nesse sentido, a maioria das unidades avaliadas não dispunha dos itens básicos necessários (acesso à internet e telefone) para o desenvolvimento das ações.

Nos ‘recursos materiais’, os critérios ‘insumos e medicamentos para atendimento de urgência e emergência’ apresentaram pior desempenho

em ambas as tipologias. Os percentuais de inadequação para medicamentos chegaram a 95%, e para insumos superaram 98%.

Com relação a dispor de todos os ‘testes diagnósticos’ na unidade, apenas 14,3% dos municípios rurais remotos estavam adequados, e 23,5% dos rurais adjacentes. A região Sul teve o melhor desempenho nos municípios rurais adjacentes e remotos (38,2% e 66,7% de adequação, respectivamente).

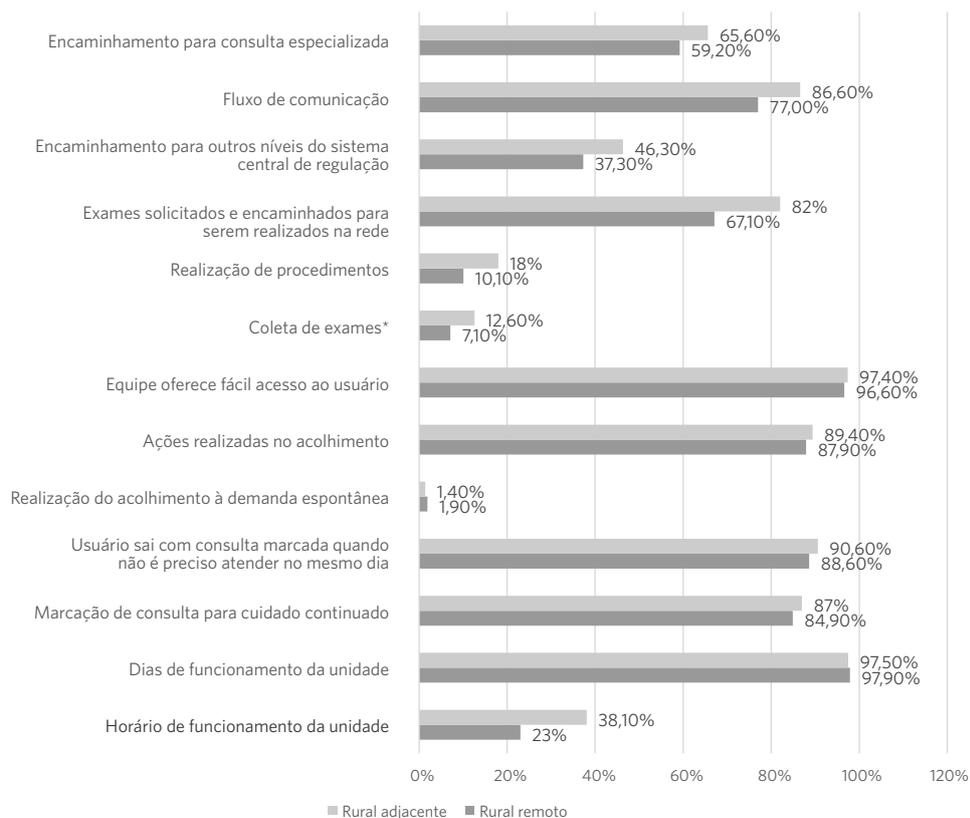
No tocante aos ‘imunobiológicos na unidade de saúde’, a maior parte das unidades de municípios rurais adjacentes (85%) estava inadequada, não apresentando todos os imunobiológicos. A região Sudeste apresentou 89,1% de inadequação, enquanto a região Sul teve o melhor desempenho (79,6% de inadequação), mesmo que ainda muito insatisfatório. Nas

unidades de municípios rurais remotos, 81,4% das unidades estavam inadequadas. Sudeste também apresentou o maior percentual de inadequação (87,2%).

Quanto ao subcomponente ‘recursos humanos’, relacionado à composição da equipe mínima (médico, enfermeira, técnico ou auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde), houve percentual de adequação maior nos municípios rurais adjacentes (74,3%), comparados aos rurais remotos (68,1%).

No componente organização dos serviços, visualizado no *gráfico 2*, os critérios com menor desempenho foram: horário de funcionamento; realização de acolhimento; coleta de exames; realização de procedimentos; e encaminhamento para outros níveis.

Gráfico 2. Adequação do componente organização dos serviços, segundo tipologia de município rural. Brasil, 2017-2019



Fonte: elaboração própria com base nas informações dos módulos I e II, avaliação externa do 3º ciclo, PMAQ-AB. Ministério da Saúde<sup>14</sup>.

Quando avaliado se o funcionamento da unidade se dava nos cinco dias da semana, em dois turnos (aqui considerando dois turnos aquelas unidades que funcionam a partir de 6 horas por dia) e no horário do almoço, o percentual de adequação foi de 38,1% nas unidades de municípios rurais adjacentes e 23% nas unidades de municípios rurais remotos. Nessa categoria, a região Sudeste esteve com os maiores percentuais de adequação tanto em municípios rurais adjacentes (64,5%) quanto em rurais remotos (43,6%).

Foi inferior a 2% o percentual de equipes que referiram realizar o ‘acolhimento à demanda espontânea’ nos cinco dias da semana e nos dois turnos de funcionamento, em ambas as tipologias. Em contrapartida, a grande maioria das equipes relatou realizar o acolhimento em apenas um turno nos cinco dias da semana, tanto para as equipes de municípios rurais adjacentes (97,6%) quanto para rurais remotos (96%). A região Norte teve percentual inferior comparado ao das outras regiões, mesmo com percentual superior a 90% de adequação.

Para ‘coleta de exames’ (sangue, fezes, urina e eletrocardiograma), o percentual de adequação foi maior nos municípios rurais adjacentes (12,6%), diminuindo nos rurais remotos (7,1%). A região Sudeste teve o maior percentual nesse critério, com 13,4% em rurais remotos e 21,4% nos rurais adjacentes.

No critério ‘realização de procedimentos’, foi maior a proporção de equipes adequadas nos municípios rurais adjacentes (18%) e menor nos rurais remotos (10,1%). Esse critério teve a classificação intermediária (realização de procedimentos essenciais), sendo maior que 80% nos municípios rurais remotos. As regiões com menores adequações foram Norte, com 9,4% nos rurais adjacentes, e as regiões Sul (0%) e Nordeste (8,4%) nos rurais remotos.

O critério ‘Encaminhamento para outros níveis do sistema’ obteve 46,3% de adequação nos municípios rurais adjacentes e 37,3% nos rurais remotos, sendo menor na Região Norte (31,2% e 18,6%, respectivamente).

## Discussão

Os resultados apontaram critérios com percentual de adequação muito baixo. Percebe-se que os critérios do componente organização dos serviços apresentou maior número de adequação, enquanto os elementos estruturais tiveram mais critérios inadequados.

O número de ambientes numa unidade de saúde, definido pelo Ministério da Saúde<sup>22</sup>, visa a contemplar a demanda por cuidado da população adscrita. Nesta pesquisa, foram poucas as unidades que estiveram adequadas quanto aos critérios avaliados. A falta de estrutura física adequada pode levar ao uso de espaços inadequados para o atendimento à população e comprometer o trabalho das equipes. Como destaca Ribeiro et al.<sup>19</sup>, os ambientes que proporcionam informações, privacidade, humanização, resolutividade, oferta e disponibilização de serviços são espaços da estrutura física das unidades, que poderão melhorar a acessibilidade e proporcionar maior proximidade do usuário com o serviço.

Um estudo de revisão apontou que realidades internacionais também expõem a necessidade de investir em tecnologias de informação e comunicação em zonas rurais, a exemplo do telessaúde e do prontuário eletrônico, visando ampliar acesso, coordenação, continuidade e práticas de cuidado<sup>27</sup>.

No Brasil, alguns estudos confirmam a realidade encontrada nos resultados da presente pesquisa. Fausto et al.<sup>28</sup> encontraram um uso incipiente de ferramentas de tecnologias da informação e comunicação em alguns municípios rurais remotos da região amazônica, os quais sofrem com falhas de conectividade, falta de energia e limitação de transmissão via rádio.

No cenário internacional, em estudo desenvolvido no Canadá, foi verificado que usuários rurais dedicam mais tempo buscando informações sobre fontes de cuidado que os urbanos. Estes utilizam, principalmente, o telefone como mecanismo de obtenção de informações, com um provedor local de cuidados para acesso aos serviços de saúde e sobre a

urgência de seu problema. Verificou-se que os que buscam informações apresentam mais facilidades em acessar os serviços de saúde<sup>29</sup>.

Foi alto o percentual de unidades que não apresentavam todos os imunobiológicos, e parte significativa dessas unidades nem sequer ofertava a vacinação. É necessário pontuar que a oferta de imunobiológicos na unidade de saúde faz parte do Programa Nacional de Imunização (PNI), formulado em 1973 pelo Ministério da Saúde. Nesse contexto, a AB desenvolve papel central na imunização das pessoas, sendo uma ação estratégica e efetiva nesse nível de assistência<sup>30</sup>.

Os resultados apontaram para altos percentuais de unidades que não dispunham de todos os testes rápidos, em ambas as tipologias rurais. A realização de testes rápidos na unidade de saúde pode possibilitar o diagnóstico precoce e início imediato do tratamento, ampliando as chances de cura<sup>16</sup>. Assim como foi insatisfatório o percentual de equipes que referiam coletar exames na unidade em ambas as tipologias rurais, sendo inferior nas equipes de municípios rurais remotos. Em estudo de Rodrigues et al.<sup>31</sup>, que avaliaram um município rural remoto do estado do Acre, a maioria dos exames que eram realizados na unidade ou em municípios vizinhos precisava ser encaminhada para a capital do estado, atrasando a chegada do resultado para o usuário. Essas situações dificultam o diagnóstico e o acompanhamento adequado na rede de cuidados, com consequentes danos à saúde das pessoas.

Foram encontrados baixos percentuais de equipes que realizavam na unidade de saúde todos os procedimentos investigados. A maioria das equipes realizava os procedimentos essenciais (retirada de ponto, nebulização/inalação, curativos, medicações injetáveis/intramusculares), em detrimento dos procedimentos de maior complexidade (drenagem de abscesso, sutura de ferimentos, lavagem de ouvido, extração de unha, medicações injetáveis endovenosas e inserção de DIU).

Essa realidade já era vivenciada pelas equipes no 2º ciclo do PMAQ-AB do estado de

Pernambuco, as quais apresentaram resultados insatisfatórios com relação à coleta de exames na unidade e à realização de procedimentos<sup>16</sup>.

Outro ponto importante para a oferta adequada de cuidado na APS é a presença de profissionais para compor as equipes mínimas de trabalho (médicos, enfermeiros, agente comunitário de saúde e auxiliar/técnico de enfermagem). Houve municípios com equipes incompletas, porém, tais profissionais são fundamentais para o desenvolvimento do trabalho na unidade, principalmente em municípios rurais e pequenos onde a APS é, muitas vezes, o único nível de serviço existente.

Na Austrália, as comunidades mais isoladas ou remotas tinham menor oferta de médicos, por isso, apresentam maiores dificuldades para atrair serviços de APS<sup>32</sup>. No Brasil, o Programa Mais Médicos (PMM), criado em 2013, foi apontado como provedor da mão de obra profissional constante em um município rural remoto do Acre. A saída desses profissionais não contou com fixação de substitutos no município, levando à falta de profissional médico por longos períodos. Consequentemente, a alta rotatividade afetava a qualidade do serviço, gerava a quebra de vínculo dos usuários com os profissionais e com o serviço, que passava a ser procurado com menor frequência<sup>31</sup>.

Já com relação ao funcionamento das unidades, percebeu-se que quase todas funcionavam nos cinco dias da semana, porém, isso mudava ao se avaliar se esse funcionamento se dava em mais de um turno e no horário do almoço. Essa realidade pode contribuir para a redução da acessibilidade dos usuários aos serviços de saúde, pois esse pode ser o único serviço de saúde disponível. A esse respeito, em um distrito sanitário de uma capital brasileira, os usuários consideraram o horário de funcionamento como facilitador do acesso ao serviço de APS<sup>20</sup>. Em contrapartida, no contexto rural, os usuários tendem a enfrentar problemas de acesso e resolutividade com relação, entre outros fatores, ao horário de funcionamento da unidade<sup>17</sup>. O horário em que o serviço funciona irá impactar em todas

as ações, no acesso às atividades desenvolvidas pelas equipes e na utilização pelos usuários.

No presente estudo, nos horários em que o acolhimento estava presente, os usuários se deparavam com uma organização do processo de trabalho que favorecia seu acesso aos cuidados com a oferta de diversas ações. O acolhimento é apontado como mecanismo de ampliação e facilitação do acesso visando à inclusão dos usuários nos cuidados de saúde, sendo atendidas não só as demandas programadas ou agendadas<sup>33</sup>. Para isso, é importante que a equipe se organize e avalie as melhores formas de estruturar e implementar o acolhimento à demanda espontânea em sua unidade, os fluxos necessários, profissionais responsáveis e encaminhamentos.

No entanto, em estudo desenvolvido por Garnelo et al.<sup>17</sup>, é destacada a dificuldade das equipes em diminuir a rigidez de suas programações de modo a atender à demanda espontânea e a propiciar atendimento ou agendamento no mesmo dia de comparecimento à unidade para aqueles que vêm de longe.

Outro desafio é a inexistência ou o baixo número de serviços de saúde especializados em municípios pequenos e rurais, com destaque para encaminhamentos feitos pelos serviços de APS<sup>34</sup>. Em estudo sobre as modalidades de atendimentos especializados em municípios rurais remotos do semiárido, destacou-se a falta de serviços especializados privados e públicos, que reflete nas frequentes viagens intermunicipais de usuários à capital e às sedes da macrorregião de saúde em busca de atendimento especializado<sup>35</sup>. No presente estudo, havia reduzido número de equipes com acesso às centrais de marcação de exames e leitos, demonstrando a baixa articulação das equipes com outros pontos de atenção à saúde.

Ao analisar o tempo de espera para consulta especializada em um município de pequeno porte, os autores identificaram longo tempo de espera, que em algumas situações superou 12 meses, e a articulação se dava com a capital do estado, que ficava a uma distância de 700 km do município estudado<sup>34</sup>. O processo de

descentralização trouxe aos municípios a responsabilidade pela organização e gestão em saúde, elevando, assim, seus custos em relação a municípios de maior porte<sup>36</sup>.

Municípios com menos de 20 mil habitantes apresentam maior dificuldade em garantir o acesso de seus munícipes aos serviços da média e da alta complexidade, uma vez que esses serviços inexistem nesses municípios, sendo desafiadora a compra de serviços dessa modalidade. Enquanto tentativa de resolução de tal demanda, os municípios de pequeno porte tendem a assumir o desenvolvimento de ações de média e alta complexidade que extrapolam as pactuações realizadas<sup>37</sup>.

Corroborando os achados do presente estudo, Nunes et al.<sup>38</sup> mencionaram dificuldades enfrentadas por municípios rurais remotos na prestação de serviços especializados. Em diversos cenários, a oferta pelo SUS era desordenada e insuficiente, ou até mesmo as barreiras de acesso geográfico faziam com que gestores e pacientes contratassem serviços privados com recursos próprios. Tal realidade coloca os municípios num cenário ainda mais desfavorável no tocante à oferta de serviços de saúde. A articulação com outros níveis do sistema de saúde mostra-se ainda mais relevante para municípios menores e remotos, uma vez que esses, em sua maioria, apresentam apenas serviços de APS para o cuidado de seus habitantes.

## Conclusões

Os resultados apresentados evidenciam a importância de estudar municípios rurais e remotos, que se constituem, em sua maior parte, por municípios pequenos e isolados no que diz respeito à estruturação e organização da APS no Brasil.

Uma APS forte e resolutiva contribuirá para a melhoria da saúde dessa população. Para isso, é necessário que os aspectos relacionados à estrutura das unidades (materiais, equipamentos, estrutura física e profissionais capacitados)

estejam disponíveis de acordo com o que é preconizado pela Política de Atenção Básica. Além disso, o processo de trabalho precisa estar articulado com as reais necessidades da população e com os desafios inerentes à prática da APS em territórios rurais, remotos e pequenos.

Frente aos avanços nos estudos que têm como foco os municípios rurais e remotos, este estudo poderá contribuir com gestores e profissionais no entendimento das nuances em torno da estruturação e da execução do cuidado e para repensar práticas e estratégias de articulação com os demais níveis do sistema. É importante o desenvolvimento de outros estudos visando aprofundar o entendimento sobre a acessibilidade sócio-organizacional dos serviços de APS em municípios rurais, a fim de contribuir para a resolução dos aspectos que dificultam a prestação de cuidado integral à população.

Destaca-se, enquanto limitação deste estudo, a utilização apenas de dados quantitativos em um banco de dados fechado, uma vez que impossibilita o aprofundamento de

algumas informações que não estão dadas nos números, mas que podem ser extraídas com a utilização de outras metodologias de pesquisa. Assim como a qualidade dos dados fornecidos pelo banco utilizado.

## Colaboradores

Soares DJ (0000-0003-0739-2812)\* contribuiu para concepção teórico-metodológica do estudo, escrita, coleta, análise e interpretação dos dados, redação, revisão crítica e aprovação final do manuscrito. Vilasbôas ALQ (0000-0002-5566-8337)\* contribuiu para concepção teórico-metodológica do estudo, análise e discussão dos resultados e revisão crítica do manuscrito. Souza MKB (0000-0002-7895-4432)\* contribuiu para discussão dos resultados, revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito. Bispo Júnior JP (0000-0003-4155-9612)\* contribuiu para a discussão dos resultados, revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito. ■

---

## Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários [Internet]. URSS: Alma-Ata, 1978. [acesso em 2020 jan 15]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_alma\\_ata.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf)
2. Hansen J, Groenewegen PP, Boerma WG, et al. Living in a country with a strong primary care system is beneficial to people with chronic conditions. *Health Aff (Millwood)* 2015;34(9):1531-1537. DOI: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2015.0582>
3. Aquino R, Medina MG, Vilasbôas ALQ, et al. Estratégia de Saúde da Família- evolução do modelo de organização da atenção primária à saúde no Brasil. In: Paim JS, Almeida-Filho N, organizadores. *Saúde coletiva: teoria e prática*. 2. ed. Rio de Janeiro: Medbook; 2023. p. 317-40.
4. Pinto Junior EP, Aquino R, Dourado I, et al. Interações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde em crianças menores de 1 ano no Brasil. *Ciência saúde coletiva*. 2020;25(7):2883-2890. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-8123202025725002018>

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

5. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2006 mar 29; Seção I:71-76.
6. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2011 out 24; Seção I:48-55.
7. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. 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). 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, Brasília, DF. 2017 set 22; Seção I:68-76.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Sinopse do Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação. Rio de Janeiro: IBGE; 2017.
10. Brundisini F, Giacomini M, DeJean D, et al. Chronic disease patients' experiences with accessing health care in rural and remote areas: a systematic review and qualitative meta-synthesis. *Ont Health Technol Assess Ser* [Internet]. 2013 [acesso em 2020 maio 20];13(15):1-33. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24228078/>
11. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia/ Barbara Starfield. Brasília, DF: Unesco, Ministério da Saúde; 2002. 726 p.
12. Vieira-da-Silva LM. Avaliação de políticas e programas de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014. 110 p.
13. Cunha ABO, Vieira-da-Silva LM. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(4):725-37. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000400015>
14. Ministério da saúde (BR). Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Ciclos do PMAQ AB – 3º ciclo [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [acesso em 2020 jan 15]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pmaq/ciclos-do-pmaq-ab/3o-ciclo>
15. Ministério da Saúde (BR). Instrumento de avaliação externa da saúde mais perto de você – acesso e qualidade. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Terceiro ciclo. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.
16. Albuquerque MSV, Lyra TM, Farias SF, et al. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. *Saúde debate*. 2014;38(esp):182-194. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S014>
17. Garnelo L, Lima JG, Rocha ESC, et al. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região Norte do Brasil. *Saúde debate*. 2018;42(esp1):81-99. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S106>
18. Gomes SC, Esperidião MA. Acesso dos usuários indígenas aos serviços de saúde de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(5):e00132215. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00132215>
19. Ribeiro JP, Mamed SN, Souza MR, et al. Acessibilidade aos serviços de saúde na Atenção Básica do Estado de Goiás. *Rev Eletr Enferm*. 2015;17(3):29436. DOI: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i3.29436>

20. Oliveira LS, Almeida LGN, Oliveira MAS, et al. Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. *Ciênc saúde coletiva*. 2012;17(11):3047-3056. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100021>
21. Melo ECA, Figueiredo TMRM, Cardoso MAA, et al. Acessibilidade dos usuários com hipertensão arterial sistêmica na estratégia saúde da família. *Esc Anna Nery*. 2015;19(1):124-131. DOI: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150017>
22. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008. 52 p.
23. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: AMAQ. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017. 164 p.
24. Luz LA. Avaliação da qualidade da atenção pré-natal na Estratégia de Saúde da Família no Brasil [dissertação]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2016.
25. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nºs 196/96, 303/2000 e 404/2008. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2013 jun 13; Seção I:549.
26. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2016 maio 24; Seção I:44.
27. Franco CM, Lima JG, Giovanella L. Primary health-care in rural areas: access, organization, and health workforce in an integrative literature review. *Cad Saúde Pública*. 2021;37(7):e00310520. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00310520>
28. Fausto MCR, Giovanella L, Lima JG, et al. Sustentabilidade da Atenção Primária à Saúde em territórios rurais remotos na Amazônia fluvial: organização, estratégias e desafios. *Ciênc saúde coletiva*. 2022;27(4):1605-1618. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022274.01112021>
29. Haggerty JL, Roberge D, Lévesque JF, et al. An exploration of rural–urban differences in healthcare-seeking trajectories: Implications for measures of accessibility. *Health Place*. 2014;28:92-98. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2014.03.005>
30. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Imunizações (PNI): 40 anos. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
31. Rodrigues KV, Almeida PF, Cabral LMS, et al. Organização da Atenção Primária à Saúde em um município rural remoto do Norte do Brasil. *Saúde debate*. 2021;45(131):998-1016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113105>
32. McGrail MR, Wingrove PM, Petterson SM, et al. Measuring the attractiveness of rural communities in accounting for differences of rural primary care workforce supply. *Rural Remote Health*. 2017;17(2):3925. DOI: <https://doi.org/10.22605/RRH3925>
33. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. *Cadernos de Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
34. Vieira EWR, Lima TMN, Gazzinelli A. The waiting time for specialized medical consultations in a small municipality of Minas Gerais, Brazil. *Rev Min Enferm*. 2015;19(1):72-78. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20150006>

35. Almeida PF, Santos AMD, Cabral LMDS, et al. Provision of specialized care in remote rural municipalities of the Brazilian semi-arid region. *Rural Remote Health*. 2021;21(4):6652. DOI: <https://doi.org/10.22605/rrh6652>
36. Silva CR, Carvalho BG, Cordoni Júnior L, et al. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. *Ciênc saúde coletiva*. 2017;22(4):1109-1120. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.27002016>
37. Pinafo E, Nunes EFPA, Carvalho BG, et al. Problemas e estratégias de gestão do SUS: a vulnerabilidade dos municípios de pequeno porte. *Ciênc saúde coletiva*. 2020;25(5):1619-1628. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34332019>
38. Nunes FGS, Santos AM, Carneiro ÂO, et al. Challenges to the provision of specialized care in remote rural municipalities in Brazil. *BMC Health Serv Res*. 2022;22(1):1386. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08805-6>

---

Recebido em 14/10/2023

Aprovado em 07/05/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

**Editor responsável:** Wallace Enrico Boaventura

## Ora sujeito, ora objeto: uma análise da condição feminina nas proposições 478/2007 e 882/2015

*Women and the legal practices: an analysis of the bills 478/2007 and 882/2015*

Priscila Kiselar Mortelaro Franceschini<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/2358-289820241429016P

**RESUMO** Embora a regulamentação do abortamento voluntário diga respeito diretamente à vida das mulheres, o debate sobre a criminalização/descriminalização da prática fica frequentemente restrito à controvérsia moral acerca do momento em que a vida humana se inicia. Nesse contexto, a proposta deste artigo é analisar como as mulheres são posicionadas nos Projetos de Lei nº 478/2007 e nº 882/2015, dois projetos de lei emblemáticos e que buscam modificar a legislação atual. Para atingir nosso objetivo, recorremos ao referencial teórico-metodológico da pesquisa com práticas discursivas e a análise de repertórios linguísticos como ferramenta de análise. Nossos resultados indicam que a proposição 478/2007, que busca tornar a legislação ainda mais restritiva, toma as mulheres meramente como corpos que devem ser objeto de controle do Estado. De maneira contrastante, na proposição 882/2015 as mulheres são concebidas como sujeitos de direito. Concluímos que esta última concepção é fundamental para superar os efeitos negativos na saúde das mulheres, fazendo-se preciso, ainda, que as mulheres possam se constituir como sujeitos morais de suas próprias condutas.

**PALAVRAS-CHAVE** Aborto. Direitos sexuais e reprodutivos. Saúde reprodutiva.

**ABSTRACT** *Although the regulation of voluntary abortion directly concerns women's lives, the debate about the criminalization/descriminalization of the practice is often restricted to the moral controversy about the beginning of life. In this context, our aim is to analyze how women are positioned in two emblematic bills that seek to modify the current legal framework, No. 478/2007 and No. 882/2015. To do so, we used linguistic repertoires as an analysis tool. According to our results, under bill 478/2007 women are seen merely as objects of control, whereas abortion is turned into a matter of women's reproductive rights within the proposition 882/2015. In conclusion, the latter conception is fundamental to overcoming the negative effects on women's health, but it is also necessary to build a context where women are able to constitute themselves as morally autonomous to make their own decisions.*

**KEYWORDS** *Abortion. Reproductive rights. Reproductive health.*

<sup>1</sup>Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) - São Paulo (SP), Brasil.  
priscilamortelaro@gmail.com



## Introdução

As normas legais para a interrupção da gestação no Brasil foram elaboradas na década de 1940 e estão vigentes desde então, salvo discretas alterações. De acordo com o Código Penal<sup>1</sup> e seus arts. 124 e 126, o abortamento voluntário está entre os crimes contra a vida e é punível com pena de reclusão. À gestante que provocar o aborto ou autorizar alguém a fazê-lo, a legislação brasileira prevê pena de um a três anos. As exceções, previstas no art. 128, dizem respeito às situações em que a gestação representa perigo à vida da mulher e pessoa gestante e a interrupção se faz necessária ou casos em que a gravidez resulta de estupro. Embora não esteja previsto como exceção no Código Penal, desde 2012, a interrupção da gestação em casos de anencefalia ou incompatibilidade com a vida extrauterina é permitida, uma vez que o Supremo Tribunal Federal (STF) entendeu a inconstitucionalidade da interpretação segundo a qual a interrupção da gravidez de feto anencéfalo constitui crime contra a vida<sup>2</sup>.

Apesar da tendência de queda, estima-se que 13% das mulheres passam pela experiência até os 40 anos, de modo que pelo menos uma em sete mulheres interromperam voluntariamente uma gestação durante sua vida reprodutiva. Segundo a Pesquisa Nacional de Aborto, a prática pode ser observada entre mulheres de todas as raças, classes sociais, níveis de instrução e religiões. Embora tenha havido redução da taxa de internação, o abortamento voluntário ainda se apresenta como problema de saúde pública, com necessidade de hospitalização em aproximadamente 43% dos casos. A taxa de mortalidade materna por complicações decorrentes da interrupção da gestação é significativa, colocando-a, com frequência, entre as principais causas<sup>3,4</sup>.

Frente à legislação de longa data, seu caráter violador de direitos humanos, sua ineficiência na coibição da prática e seus efeitos negativos na vida das mulheres têm sido problematizados desde a década de 1970, principalmente

por movimentos feministas e de mulheres<sup>5</sup>. Em linhas gerais, argumenta-se que a interrupção legal e segura da gestação deve ser enquadrada como direito sexual e reprodutivo, cuja garantia é condição fundamental para o respeito ao direito à vida, à segurança e à autodeterminação das mulheres<sup>6</sup>. O risco de morbimortalidade decorrente da criminalização da prática é maximizado, sobretudo, nas situações em que o procedimento é realizado em condições inseguras, de modo que a criminalização da prática impacta de maneira mais preocupante mulheres negras e em vulnerabilidade socioeconômica.

Tendo em vista a persistência da interrupção da gestação entre as mulheres, mesmo com a legislação proibitiva, evidencia-se ainda mais a desproporcionalidade do arcabouço jurídico em relação ao abortamento voluntário no Brasil. Nesse contexto, o Poder Judiciário não tem se furtado ao debate sobre a inconstitucionalidade da criminalização, incorporando, inclusive, os argumentos supracitados. Na ocasião do julgamento do Habeas Corpus nº 124.306, que afastava a prisão preventiva de duas pessoas que haviam sido presas em flagrante em uma clínica clandestina, a primeira turma do STF firmou entendimento de que o abortamento voluntário durante o primeiro trimestre de gestação não é crime. De acordo com o voto-vista do Ministro Luís Roberto Barroso, a criminalização da prática é incompatível com a garantia de direitos fundamentais das mulheres, ferindo direitos fundamentais dessa categoria<sup>7</sup>.

Atualmente, encontra-se em apreciação no STF a Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 442, que trata da inconstitucionalidade da criminalização do abortamento voluntário até a 12ª semana de gestação. Declarado em setembro de 2023, o voto da relatora, a então Ministra Rosa Weber, considerou que os arts. 124, 126 do Código Penal desrespeitam a Constituição Federal na medida em que ferem o direito à autodeterminação igualitária, além de impedir a garantia de direitos sexuais e reprodutivos e o acesso à

atenção segura ao abortamento, contribuindo para a mortalidade materna<sup>8</sup>.

O Poder Judiciário tem se valido da inércia legislativa frente ao problema de saúde pública e o desrespeito a direitos fundamentais que decorrem da criminalização do abortamento voluntário. Contudo, há no momento 18 projetos de lei em tramitação, apresentados entre os anos de 2007 e 2022, que buscam diretamente aumentar a pena para o abortamento voluntário, penalizar as exceções já previstas no Código Penal ou modificar as condições para o acesso ao abortamento legal. Nesse contexto, apesar da aparente inércia, há uma ofensiva conservadora em andamento. Entre os projetos de lei apresentados, encontra-se o paradigmático Projeto de Lei (PL) n° 478/2007, com a proposta do Estatuto do Nascituro.

O atual enquadramento da interrupção voluntária da gestação no Código Penal e a ofensiva conservadora são justificados pela ‘defesa da vida’, mas pode ser compreendido à luz dos discursos normativos direcionados ao corpo de mulheres com aparente capacidade de gestar, acentuados a partir do fim do século XVIII. Esse processo se relaciona com a emergência de uma nova tecnologia de poder, chamada por Foucault<sup>9</sup> de biopolítica, que assume a população como problema de governo e passa a tomar o corpo feminino como objeto privilegiado de poder para atingir tal fim. Visando ao controle da natalidade, o corpo feminino se constitui como um dos primeiros objetos de saber e alvos de controle da biopolítica, sendo patologizado e vinculado a uma sexualidade bruta, associada a uma natureza que deve ser disciplinada, colonizada e controlada por meio de discursos que operam uma responsabilização biológico-moral.

Tais discursos expressam o lugar de interesse que a maternidade passou a ocupar na moral iluminista e sua noção de ‘boa mulher’ baseada em uma suposta natureza. No século XVIII, tornaram-se recorrentes os esforços para naturalizar o papel inerente à condição feminina, sejam tratados médicos ou filosóficos, reforçando o imperativo da satisfação das

necessidades do homem e, posteriormente, de seus filhos. A maternagem passou a ser declarada como destino inexorável das mulheres e a vida reprodutiva tornou-se objeto de preocupação e controle do Estado<sup>10,11</sup>.

Embora testemunhemos uma grande quantidade de projetos de lei que utilizam a justificativa da defesa da vida para tornar a legislação acerca do abortamento voluntário ainda mais restritiva, há proposições em tramitação que situam o problema no âmbito da temática supracitada. Entre eles, destaca-se o PL n° 882/2015, apresentado pelo então deputado Jean Wyllys (PSOL/RJ), que visa “garantir direitos fundamentais no âmbito da saúde sexual e dos direitos reprodutivos e regular as condições da interrupção voluntária da gravidez”<sup>12</sup>.

Em um contexto de disputas de poder que incidem concretamente sobre o corpo feminino, a proposta deste artigo consiste em analisar o modo como as mulheres são posicionadas por meio dos repertórios identificados em dois PL, a saber: o n° 478/2007 e n° 882/2015. Na medida em que representam opostos em relação a uma temática que condensa disputas de poder envolvendo o corpo feminino, ambos se apresentam como objetos privilegiados para compreender o modo como as mulheres são posicionadas no âmbito do ordenamento jurídico-político.

## Material e métodos

Para identificar o modo como as mulheres são posicionadas em ambos os projetos de lei, utilizamos a análise de repertórios linguísticos como ferramenta metodológica. Os repertórios compreendem um dos elementos constitutivos das práticas discursivas e dizem respeito aos conteúdos culturais que compõem os discursos de determinada época, permitindo que nos familiarizemos com os conhecimentos institucionalizados, produzidos e reinterpretados por diferentes domínios do saber<sup>13</sup>. Em consonância com as reflexões de

Spink, entendemos que, além de condensar posicionamentos e repertórios em circulação, os projetos de lei também funcionam como dispositivos de construção e reconstrução da realidade, tendo em vista o caráter performativo da linguagem. Desse modo, enquanto documentos de domínio público, as proposições apresentadas são práticas discursivas em sua forma e conteúdo<sup>14</sup>.

Apesar de sugestões de mudanças terem sido realizadas no processo de tramitação dos projetos de lei, entendemos que as proposições iniciais são práticas discursivas cujo conteúdo é passível de análise e interpretação para acessarmos os repertórios e sentidos circulantes. Por esse motivo, mantivemos, como objeto de nossa análise, o texto dos autores submetido à apreciação na Câmara dos Deputados.

Para a análise dos documentos em questão, iniciamos com uma leitura crítica das proposições, o que resultou na delimitação de duas categorias, a saber: corpo feminino como objeto de controle das práticas jurídicas e as mulheres como sujeitos de direito. Posteriormente, identificamos os repertórios relativos a cada uma delas e os agrupamos, conforme discute-se a seguir.

## Resultados e discussão

De autoria de Miguel Martini (PHS/MG) e Luiz Bassuma (PT/BA), a proposição 478 foi apresentada ao plenário no dia 19 de março de 2007<sup>15</sup>, sendo apreciada pelas devidas comissões antes de ir ao plenário, de acordo com o Regimento Interno da Câmara dos Deputados. Na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF), aprovou-se parecer da relatora designada, Solange Almeida (PMDB/RJ), em favor da aprovação da proposta com mudanças substanciais. No substitutivo, o aborto deixa de ser tipificado como crime hediondo, nem se prevê como crime a modalidade do ‘aborto culposo’. Sugeriu-se também a supressão da proposta de aumento das penas de reclusão previstas nos arts. 124, 125 e 126

do Código Penal e a modificação do art. 13 da proposição, que dispõe sobre os direitos assegurados ao nascituro concebido em ato de estupro, acrescentando a seguinte expressão: “Ressalvados o disposto no art. 128 do Código Penal Brasileiro”<sup>16</sup>.

Posteriormente, encaminhou-se o projeto de lei e o substitutivo da CSSF à Comissão de Finanças e Tributação (CFT). O relator designado, deputado Eduardo Cunha, apresentou parecer com emenda de adequação financeira e orçamentária, aprovado em 6 de junho de 2013<sup>17</sup>. Ainda no mesmo mês, a proposição foi encaminhada à Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC). O texto do relator designado, deputado Marcos Rogério (DEM/RO), aprova o projeto de lei e o substitutivo em relação à constitucionalidade e à juridicidade, com ressalva ao art. 28 da proposição, uma vez que, segundo o relator, ninguém pode ser criminalizado ou criminalizada por defender a mudança de uma lei em vigor, o que fere o direito à liberdade de expressão<sup>18</sup>.

Em função de requerimento apresentado em junho de 2017 pelo deputado Glauber Braga, então filiado ao PSOL/RJ, a proposição foi enviada à Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher (CMULHER). O primeiro relator designado, Diego Garcia (PHS/PR), emitiu parecer pela aprovação do projeto de lei na forma do Substitutivo da CSSF e com a emenda da CFT. Em 2022, os relatores nº 2 e 3 apresentaram parecer recomendando a aprovação do projeto de lei na forma do Substitutivo da CSSF.

Desde a emissão do parecer do primeiro relator designado da CMULHER, foram submetidos 3 requerimentos de realização de Audiência Pública para discussão da proposição. Atualmente, a proposição encontra-se em apreciação no Plenário, com a deputada Priscila Costa (PL/CE) como relatora designada. Em setembro de 2023, também foram apresentados requerimentos para apreciação urgente (nº 3343/2023, apresentado pela deputada Chris Tonietto, do PL/RJ) e tramitação em regime de urgência (nº 3345/2023, apresentado pela deputada Bia Kicis, do PL/DF)<sup>15</sup>.

Apresentada ao Plenário em março de 2015 pelo deputado Jean Wyllys (PSOL/RJ), a proposição 882/2015 foi apensada ao PL nº 313/2007, passando a tramitar em conjunto com a proposição<sup>15</sup>. O autor apresentou requerimento para a desapensação do projeto de lei ao Plenário e à CSSF, na qual esta última e os demais apensados que tramitam em conjunto aguardam, sob a justificativa de que o PL nº 882/2015 trata temas díspares e mais amplos do que o planejamento familiar, entre eles “o direito a uma vida sexual segura e à interrupção voluntária da gravidez”<sup>12</sup>. Desde então, a proposição seguiu tramitando em conjunto até seu arquivamento, em 31 de janeiro de 2019, do qual foi retirado por ocasião do Requerimento 174/2019. Atualmente, junto ao PL nº 313/2007, encontra-se apensado o PL nº 806/2021, que altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que regula o planejamento familiar e reprodutivo no Brasil, a fim de pautar a universalização do acesso a populações vulneráveis.

Em suma, apesar das modificações sugeridas e posteriormente aprovadas, destaca-se que o PL nº 478/2007 se encontra em tramitação e, atualmente, 18 projetos de lei se encontram apensados a ele. Em contrapartida, PL nº 882/2015, rapidamente apensado a proposições que dispõem sobre o planejamento familiar e reprodutivo.

### **O corpo feminino como objeto de controle das práticas jurídicas: o Projeto de Lei nº 478/2007**

Corroborando os achados de Mortelaro, Spink e Brigagão<sup>19</sup>, identificamos que o PL nº 478/2007 apresenta uma proposta de legislação que incide sobre o corpo feminino sem ao menos citá-lo diretamente. No máximo, essa categoria aparece como de maneira indireta ou como coadjuvante, especialmente quando o projeto de lei coloca em conflito direitos da mulher e a expectativa de direitos do embrião/feto.

Em primeiro lugar, a proposta de legislação sobre o corpo e os direitos femininos pode

ser identificada nos artigos que determinam a penalização das exceções já previstas no Código Penal. O art. 9º da proposição veda a privação do nascituro da expectativa de algum direito em função de qualquer uma de suas características:

Art. 9º É vedado ao Estado e aos particulares discriminar o nascituro, privando-o da expectativa de algum direito, em razão do sexo, da idade, da etnia, da origem, da deficiência física ou mental ou da probabilidade [sic] de sobrevida<sup>20</sup>.

A expectativa do direito à vida do embrião/feto deve, portanto, sobrepor-se ao direito de interrupção voluntária da gestação em função de condição incompatível com a vida extrauterina, garantido pela ADPF 54. A interrupção voluntária em casos de gravidez resultante de estupro também deixaria de ser um direito garantido à mulher submetida à violência sexual, mediante a justificativa de dar “basta” nas atrocidades cometidas com o embrião/feto, inclusive “a condenação de bebês à morte por causa de deficiências físicas ou por causa de crime cometido por seus pais”<sup>20</sup>.

A proposição ainda prevê a inclusão do aborto nos crimes hediondos, com a alteração da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, bem como o aumento das penas de reclusão previstas nos artigos 124 e 126 do Código Penal:

Art. 30 Os arts. 124, 125 e 126 do Código Penal (Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940) passam a vigorar com a seguinte redação:

Art. 124.....  
Pena - reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos (NR).

Art. 125.....  
Pena - reclusão de 6 (seis) a 15 (quinze) anos (NR).

Art. 126.....  
Pena - reclusão de 4 (quatro) a 10 (dez) anos (NR)<sup>19</sup>.

Além disso, prevê-se a modalidade culposa do aborto e tipifica-se como crime o anúncio

de processo, substância ou objeto destinado a provocar aborto, sob pena de detenção de um a dois anos e multa<sup>20</sup>. Além disso, aumenta-se a pena em um terço se o processo, substância ou objeto são apresentados como métodos anti-concepcionais. Além disso, fazer publicamente apologia do aborto ou de quem o praticou, bem como incitar publicamente a sua prática passam a ser atos criminalizados, sob pena de detenção de seis meses a um ano e multa. Esta última especificação criminaliza o debate e qualquer proposta de descriminalização da interrupção da gestação.

Ao fim do projeto de lei, os autores justificam as disposições apresentadas com a necessidade de um dispositivo legal que tenha como objetivo evitar os “abusos com seres humanos não nascidos”, dentre os quais figuram, entre outros, “a condenação de bebês à morte”, inclusive por razões que o Código Penal e a ADPF 54 não compreendem como crime contra a vida<sup>20</sup>. A justificativa dos autores da proposição indica que há uma concepção subjacente do aborto como assassinato de uma vida – a da “criança por nascer”<sup>19</sup> – que se iniciou a partir da concepção e, conseqüentemente, um enquadramento de assassinas as mulheres que recorrem a ele.

Sua condição de não nascido implica, necessariamente, uma relação de dependência com o organismo de uma mulher, embora o projeto de lei busque operar uma cisão e uma polarização entre direitos do nascituro e direitos femininos, no âmbito da qual direitos do nascituro devem prevalecer com absoluta prioridade:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar ao nascituro, com *absoluta prioridade*, a expectativa do direito à vida, à saúde, à alimentação, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar, além de colocá-lo a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão<sup>20</sup>.

Para compreender o que confere absoluta prioridade à expectativa de direitos por parte

do nascituro, é preciso voltar à definição de nascituro elaborada pelos próprios autores da proposição:

Art. 2º Nascituro é o ser humano concebido, mas ainda não nascido.

Parágrafo único. O conceito de nascituro inclui os seres humanos concebidos ‘in vitro’, os produzidos através de clonagem ou por outro meio científica e eticamente aceito.

Art. 3º O nascituro adquire personalidade jurídica ao nascer com vida, mas sua natureza humana é reconhecida desde a concepção, conferindo-lhe proteção jurídica através deste estatuto e da lei civil e penal<sup>20</sup>.

Frente à oposição e hierarquização entre direitos do nascituro e direitos das mulheres que o texto da proposição opera, a afirmação da natureza humana do embrião/feto incorre, necessariamente, na negação da humanidade de mulheres e, portanto, na impossibilidade de se constituírem como sujeitos de direito, conforme já argumentaram Mortelaro, Spink e Brigagão<sup>19</sup>. Esse movimento reflete uma versão do direito impregnada de dualismos hierárquicos característicos da colonialidade de gênero<sup>21</sup> e tem intrínseca relação com certa normatividade patriarcal<sup>22</sup>. Nesse sentido, o princípio dessa colonialidade se perpetua no controle e nas estratégias de minimização da autonomia reprodutiva das mulheres na medida em que tais práticas só são possíveis a partir de uma redução das mulheres a uma corporalidade despersonalizada e que deve ser colocada em serviço de um propósito moralmente superior, a maternidade, mesmo que isso implique na restrição de direitos.

Nesse contexto, coloca-se em questão direitos femininos já garantidos por lei e efetivados por meio de políticas de saúde com o objetivo de garantir a preservação irrestrita da expectativa do direito à vida conferida ao embrião/feto. Vidas e corpos femininos são, portanto, posicionados apenas como objeto de governo, seja por meio da lei ou pela normatividade subjacente a ela, tendo em vista a

íntima relação entre direito e normatividade apontada por Fonseca<sup>23</sup>. Enfim, as mulheres também são tomadas como objeto de penalidade caso transgridam a interdição jurídica e social à interrupção da gestação.

### **As mulheres como sujeitos de direito: o Projeto de Lei nº 882/2015**

De acordo com o art. 1º da proposição apresentada pelo então deputado Jean Wyllys (PSOL/RJ), seu objetivo é garantir os

direitos fundamentais no âmbito da saúde sexual e dos direitos reprodutivos, regular as condições da interrupção voluntária da gravidez e estabelecer as correspondentes obrigações dos poderes públicos<sup>24</sup>.

No que se refere à questão do abortamento, são estabelecidas certas condições para a interrupção da gestação. Em primeiro lugar, todas as mulheres têm o direito de realizá-la, se assim decidirem, até a décima segunda semana de gestação, conforme art. 11:

Art. 11 - Toda mulher tem o direito a decidir livremente pela interrupção voluntária de sua gravidez durante as primeiras doze semanas do processo gestacional<sup>24</sup>.

Dessa maneira, a proposição revoga os arts. 124, 126 e 128 do Código Penal, mantendo-se apenas a penalização do abortamento provocado sem o consentimento da mulher gestante, com aumento da pena de detenção previsto no art. 127 do Código Penal:

Art. 19 - Ficam revogados os artigos 124, 126 e 128 do Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940.

Art. 20 - O artigo 127 do Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 passa a vigorar com a seguinte redação:

Art. 127. A pena cominada no artigo 125 deste Código será aumentada de 1/3 (um terço) se, em consequência do aborto ou dos meios

empregados para provocá-lo, a gestante sofrer lesão corporal de natureza grave; e são duplicadas se, por qualquer dessas causas, lhe sobrevier a morte<sup>24</sup>.

Entretanto, o abortamento poderia ser realizado até a vigésima segunda semana em casos de estupro, respeitando-se o critério do peso fetal de até 500 g, violência sexual ou ato atentatório à liberdade sexual. Assim como permite a política de saúde atual, não haveria necessidade de apresentação de boletim de ocorrência ou laudo médico-legal. Finalmente, nos casos em que a gestação apresente risco à vida ou à saúde mulher ou inviabilidade de vida extrauterina do feto a interrupção da gestação poderia ser realizada a qualquer momento:

Art. 12 - Ultrapassado o prazo estabelecido no artigo 11 da presente Lei, a interrupção voluntária da gravidez somente poderá ser realizada:

I - Até a vigésima segunda semana, desde que o feto pese menos de quinhentos gramas, nos casos de gravidez resultante de estupro, violência sexual ou ato atentatório à liberdade sexual, sem a necessidade de apresentação de boletim de ocorrência policial ou laudo médico-legal.

II - A qualquer tempo, nos casos de risco de vida para a gestante, comprovado clinicamente.

III - A qualquer tempo, nos casos de risco à saúde da gestante, comprovado clinicamente.

III - A qualquer tempo, nos casos de incompatibilidade e/ou inviabilidade do feto com a vida extrauterina, comprovado clinicamente<sup>24</sup>.

Em caso de manifestação do desejo de interromper a gestação, a lei determina que as mulheres que o façam recebam informações sobre saúde e direitos sexuais e reprodutivos, sobre os métodos de interrupção, sobre as condições previstas por lei, sobre os equipamentos de saúde aos quais deve se dirigir e, por fim, sobre os trâmites para realizar o abortamento, conforme art. 13:

Art. 13 - Todas as gestantes que manifestem sua intenção de submeter-se a uma interrupção

voluntária de gravidez receberão informação sobre:

- I - saúde sexual e reprodutiva e direitos reprodutivos;
- II - os distintos métodos de interrupção da gravidez;
- III - as condições para a interrupção previstas na presente Lei;
- IV - as unidades de saúde disponíveis e acessíveis a que deva se dirigir;
- V - os trâmites para obter a prestação do serviço<sup>24</sup>.

Para as mulheres que optem pela interrupção, determina-se que seja distribuído material contendo informações sobre as políticas públicas disponíveis para mulheres gestantes e sobre os equipamentos que fornecem atenção à saúde durante a gestação e o parto, sobre os direitos trabalhistas em relação à gestação e à maternidade, sobre políticas públicas que respaldem o cuidado oferecido às crianças, sobre os equipamentos que disponibilizam informações adequadas sobre contracepção e sexo seguro e, finalmente, sobre os locais nos quais se possa receber acompanhamento antes, durante e depois da interrupção da gravidez<sup>24</sup>.

Para a realização do procedimento, o projeto de lei determina a obtenção do consentimento expresso e por escrito da mulher gestante maior de dezoito anos, do/a representante legal juntamente com a mulher gestante maior de dezesseis e menor de dezoito anos e dos pais, representantes ou responsáveis legais nos casos em que a gestante tiver idade inferior a dezesseis anos. Caso a adolescente expresse o desejo de não interromper a gestação, mesmo contra a vontade de seus pais ou representantes legais, deverá prevalecer sua vontade. Nesses casos, será obrigatória a manifestação do Ministério Público e, caso a gestante ou sua família estiverem em condições de vulnerabilidade, deverão ser assistidos pela Defensoria Pública. Se a mulher é declarada incapaz em juízo, requer-se consentimento de seu/sua representante legal<sup>24</sup>.

Nesse sentido, o projeto de lei compreende a possibilidade da interrupção da gestação como uma das condições para a vivência livre e segura da vida sexual e reprodutiva, conforme os direitos e deveres estabelecidos na Constituição Federal, responsabilizando o Estado pela garantia do direito à reprodução consciente e responsável, reconhecendo o valor social da maternidade na garantia da vida humana:

Art. 3º - O Estado garantirá o direito à reprodução consciente e responsável, reconhecendo o valor social da maternidade na garantia da vida humana, e promoverá o exercício pleno dos direitos sexuais e reprodutivos de toda a população, entendendo-se que a interrupção voluntária da gravidez não constitui um instrumento de controle de natalidade<sup>24</sup>.

Nessa perspectiva, a descriminalização do abortamento voluntário está prevista em conjunto com o desenvolvimento de políticas de atenção integral à saúde da mulher que, além da atenção à interrupção voluntária da gestação, ofereçam também educação sexual e reprodutiva e acesso universal aos serviços, ações e programas de saúde, resultando no uso correto e consciente de métodos contraceptivos disponíveis por parte da população. Para garantir a efetivação de tais políticas, propõe-se o fortalecimento da área técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, a fim de fortalecer as políticas públicas de atenção integral à saúde da mulher e, mais especificamente, garantir a efetividade dos serviços de interrupção voluntária da gravidez e assegurar a qualificação dos profissionais de saúde para a realização do procedimento, conforme disposto no Capítulo II da proposição<sup>24</sup>.

O deputado Jean Wyllys justifica sua proposição trazendo a invalidade dos argumentos comumente apresentados para manter a legislação proibitiva e criminalizar as mulheres que interrompem a gestação. Nesse sentido, a legislação atual seria sustentada por um “conjunto mal articulado de mentiras, omissões e

hipocrisias”<sup>24</sup>, que encontram seu ponto de ancoragem em uma parcela do sistema político e das instituições religiosas e na imposição de suas crenças e preceitos morais, ferindo a laicidade do Estado. Entretanto, apesar da invalidade, uma vez que tais argumentos garantem a manutenção da criminalização da prática, eles têm efeitos muito concretos nas taxas de morbimortalidade da população feminina. Efeitos em vidas humanas cujo status, segundo o deputado, é inquestionável em qualquer esfera de saber: “vidas de mulheres já nascidas”<sup>24</sup>. Ainda, a justificativa pontua que, no interior desse conjunto de falácias, encontra-se aquela segundo a qual a criminalização ou a descriminalização teria impacto real na prevalência da prática entre a população feminina brasileira. Este é o ensejo utilizado pelo autor da proposição para argumentar que a criminalização do abortamento voluntário possui “inutilidade prática”<sup>24</sup>, embora, em contrapartida, produza danos sociais importantes, o que transforma o abortamento em uma questão de saúde pública e não de direito penal.

Nesse contexto, segundo o deputado, a segunda falácia consiste na utilização da defesa da vida como argumento para a manutenção da legislação, pois os impactos das leis proibitivas podem ser medidos em termos de mortalidade feminina. O deputado destaca que a terceira falácia consiste no caráter universal da criminalização do abortamento, uma vez que, na prática, as mulheres que possuem condições financeiras têm acesso ao aborto seguro, enquanto as mulheres pobres vivenciam os efeitos da criminalização<sup>24</sup>.

A justificativa da proposição destaca que os empecilhos para a descriminalização da prática têm suas raízes na desinformação generalizada da população, que, por sua vez, relaciona-se de modo especial a argumentos falaciosos, falsas informações e mentiras “difundidas pelas forças patriarcais reacionárias e seus aliados”<sup>24</sup>. Nesse sentido, o deputado destaca que a autodeterminação reprodutiva das mulheres só pode ser possível por meio da “implantação de um conjunto de medidas

e políticas que promovam direitos, enfrentem a cultura política patriarcal, o racismo e a desigualdade social”<sup>24</sup>. Por fim, o deputado argumenta que o direito ao abortamento legal e seguro se fundamenta no âmbito do debate internacional dos Direitos Humanos, cujos pactos e convenções o Brasil é signatário, como Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento e a Conferência Mundial sobre a Mulher<sup>25</sup>.

Partindo desse solo, a proposição baseia-se no reconhecimento das mulheres como sujeitos de direito, não apenas a uma corporeidade bruta que deve ser governada e controlada, deslocando-se da discussão sobre o início da vida e, portanto, dando outro enquadramento possível para o debate sobre a descriminalização do abortamento voluntário, assim como o que já tem sido feito no Poder Judiciário. Nesse sentido, a noção da justiça reprodutiva, também presente no voto da então Ministra Rosa Weber<sup>8</sup>, fundamenta a proposição, o que fica ainda mais evidente em sua justificativa. As mulheres são situadas no âmbito de um amplo contexto de saúde sexual e reprodutiva, um cenário no qual a descriminalização do abortamento não é um fim em si mesmo, mas um dos passos necessários para garantir plenamente a saúde e a segurança das mulheres, aqui entendidas como sujeitos de direitos.

Nesse sentido, a proposição 882/2015 se vale do próprio ordenamento jurídico – o mesmo campo em que a vida das mulheres é situada como objeto de normalização e controle – para implementar estratégias de resistência à normatividade e reivindicar a autonomia reprodutiva como um direito humano, reconhecendo as mulheres em sua pessoalidade, bem como a concretude de experiências que extrapolam o imperativo da maternidade e suas pretensões universais. Tal gesto é fundamental e pode consolidar um cenário em que as políticas de saúde que, além de entregar soluções para a questão do aborto voluntário como problema de saúde pública, possam se colocar como ferramentas de promoção de autonomia reprodutiva.

## Considerações finais

Na análise discursiva de ambas as proposições pudemos notar que as mulheres são posicionadas de maneiras contrastantes e opostas. O PL nº 478/2007 as toma como objeto de normalização de controle, visando à preservação da expectativa do direito à vida por parte do embrião/feto. Nesse contexto, a interdição legal do abortamento voluntário é apresentada como um gesto de defesa da vida e a controvérsia moral sobre o início da vida é utilizada para justificar a proposta, embora qualquer tipo de argumento sobre os impactos negativos da criminalização na saúde e na vida das mulheres seja ignorada.

A proposição 882/2015, por sua vez, concebe as mulheres como sujeitos de direito, e, partindo do pressuposto de que direitos sexuais e reprodutivos são direitos humanos, utiliza discursivamente esse arcabouço conceitual para propor a descriminalização do aborto voluntário. As tensões entre os diferentes enquadramentos resultam em uma aparente inércia legislativa, apesar do tema ser matéria de inúmeras proposições, com pouquíssimas mudanças no arcabouço jurídico em relação à interrupção voluntária da gestação decorrente da atuação do Poder Judiciário, mesmo com

o problema de saúde pública a ser manejado decorrente da interdição à prática.

Nesse contexto, o desafio que se coloca é encontrar meios para superar a tensão entre os diferentes enquadramentos da prática e seus efeitos concretos na vida das mulheres sem cair na velha e improdutiva controvérsia sobre o início da vida, controvérsia no âmbito da qual se agenciam argumentos para defender a sacralidade da vida do conceito embasados por uma moralidade inegociável, cegamente universalizante e profundamente colonial. Tendo em vista os efeitos negativos na vida e na saúde das mulheres, é preciso forjar um mundo onde elas não sejam apenas reconhecidas como sujeitos de direito, mas onde cada mulher possa se constituir como sujeito moral de sua própria conduta, deixando de ser meramente objeto de normas e interdições que emanam de uma moralidade que lhes é estranha, forjada sem considerar a concretude de suas experiências.

## Colaboradora

Franceschini PKM (0000-0002-9253-7096)\* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

---

## Referências

1. Presidência da República (BR). Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1941 dez 31; Seção I:351.
2. Supremo Tribunal Federal (BR). Acórdão na Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 54. Diário de Justiça, Brasília, DF. 2012 abr 12.
3. Diniz D, Medeiros M, Madeiro A. Pesquisa Nacional de Aborto – Brasil – 2021. *Ciênc saúde coletiva*. 2023;28(6):1601-1606. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023286.01892023>
4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estra-

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- tégicas. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011.
5. Rocha MIB. A discussão política sobre aborto no Brasil: uma síntese. *Rev Bras Estud Pop.* 2006; 23(2):269-372.
  6. Scavone L. Políticas feministas do aborto. *Rev Estud Fem.* 2008;16(2):675-680. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2008000200023>
  7. Supremo Tribunal Federal (BR). 1ª Turma afasta prisão preventiva de acusados da prática de aborto. Portal STF [Internet]. 2016 nov 29 [acesso em 2023 out 20]. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=330769&ori=1#:~:text=A%20Primeira%20Turma%20do%20Supremo,e%20288%20do%20C%3%B3digo%20Penal>
  8. Supremo Tribunal Federal (BR). Relatora vota pela descriminalização do aborto até 12 semanas de gestação; julgamento é suspenso. Portal STF [Internet]. 2023 set 22 [acesso em 2023 out 20]. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=514619&ori=1>
  9. Foucault M. História da sexualidade: a vontade de saber. 9. ed. Rio de Janeiro, São Paulo: Paz & Terra; 2015.
  10. Badinter E. Um amor conquistado: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira; 1985.
  11. Schwengber MSV, Meyer DE. Discursos que (con)formam corpos: da medicina à educação física. *Cad Pagu.* 2011;(36):283-314. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-83332011000100011>
  12. Câmara dos Deputados (BR). Ficha de tramitação do Projeto de Lei 882/2016 [Internet]. Brasília, DF: Câmara dos Deputados; 2016 [acesso em 2023 out 15]. Disponível em: [https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra;jsessionid=node09ieyffwkjbmcvk4zm92vx12k6153694.%20node0?codteor=443584&filename=PL+478//2007](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=node09ieyffwkjbmcvk4zm92vx12k6153694.%20node0?codteor=443584&filename=PL+478//2007)
  13. Spink MJP, Medrado B. Produção de sentido no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: Spink MJP, organizadora. Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Editora Cortez; 2013. p. 22-41.
  14. Spink P. Análise de documentos de domínio público. In: Spink MJP, organizadora. Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Editora Cortez; 2013. p. 100-126.
  15. Câmara dos Deputados (BR). Ficha de tramitação do Projeto de Lei 478/2007 [Internet]. Brasília, DF: Câmara dos Deputados; 2007 [acesso em 2023 out 15]. Disponível em: [https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra;jsessionid=node09ieyffwkjbmcvk4zm92vx12k6153694.node0?codteor=443584&filename=PL+478//2007](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=node09ieyffwkjbmcvk4zm92vx12k6153694.node0?codteor=443584&filename=PL+478//2007)
  16. Câmara dos Deputados (BR), Comissão de Seguridade Social e Família. Complementação de voto [Internet]. Brasília, DF: Câmara dos Deputados; 2010 [acesso em 15 abr 2024]. Disponível em: [https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra?codteor=770928&filename=SBT+3+CSSF+%3D%3E+PL+478/2007](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=770928&filename=SBT+3+CSSF+%3D%3E+PL+478/2007)
  17. Câmara dos Deputados (BR), Comissão de Finanças e Tributação. Relatório [Internet]. Brasília, DF: Câmara dos Deputados; 2012 [acesso em 15 abr 2024]. Disponível em: [https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra?codteor=995289&filename=PRL+2+CFT+%3D%3E+PL+478/2007](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=995289&filename=PRL+2+CFT+%3D%3E+PL+478/2007)
  18. Câmara dos Deputados (BR), Comissão de Justiça e Cidadania. Relatório [Internet]. Brasília, DF: Câmara dos Deputados; 2017 [acesso em 15 abr 2024]. Disponível em: [https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra?codteor=1567470&filename=PRL+2+CCJC+%3D%3E+PL+478/2007](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1567470&filename=PRL+2+CCJC+%3D%3E+PL+478/2007)
  19. Mortelaro PK, Spink MJP, Brigagão JIM. As mulheres como objeto das práticas jurídicas: uma análise do Projeto de Lei 478/2007. *Rev Estud Fem.* 2021;29(3):e70569. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2021v29n370569>

20. Câmara dos Deputados (BR). Projeto de Lei 478/2007. Dispõe sobre o Estatuto do Nascituro e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF: Câmara dos Deputados; 2007 [acesso em 2023 out 15]. Disponível em: [https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra;jsessionid=node09ieyffwkjbmcvk4zm92vx12k6153694.node0?codteor=443584&filenome=PL+478//2007](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=node09ieyffwkjbmcvk4zm92vx12k6153694.node0?codteor=443584&filenome=PL+478//2007)
21. Lugones M. Rumo a um feminismo descolonial. *Rev Estud Fem.* 2014;22(3):935-952. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2014000300013>
22. Benhabib S. *Critique, Norm and Utopia: a study of the foundations of critical theory.* New York: Columbia University Press; 1986.
23. Fonseca MA. *Michel Foucault e o direito.* São Paulo: Max Limonad; 2002.
24. Câmara dos Deputados (BR). Projeto de Lei 882/2015. Estabelece as políticas públicas no âmbito da saúde sexual e dos direitos reprodutivos e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF: Câmara dos Deputados; 2015 [acesso em 2023 out 15]. Disponível em: [https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra?codteor=1313158](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1313158)
25. Lemos A. Direitos sexuais e reprodutivos: percepção dos profissionais da atenção primária em saúde. *Saúde debate.* 2014;38(101):244-453. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140022>

---

Recebido em 10/11/2023

Aprovado em 29/04/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

**Editora responsável:** Ana Maria Costa

## Perfil dos preceptores de programas de residência em saúde em especialização: estudo transversal

*Profile of preceptors of health residency programs in specialization: cross-sectional study*

Brenda Wander<sup>1,2</sup>, Carmen Vera Giacobbo Daudt<sup>1,2</sup>, Alessandra Tavares Francisco Fernandes<sup>1</sup>, Ana Paula Tussi Leite<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/2358-289820241429201P

**RESUMO** Este estudo objetivou caracterizar o perfil dos preceptores que iniciaram um curso de especialização em Preceptoría Multiprofissional na Área da Saúde. Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa. Ao início do curso (2022), os preceptores matriculados foram convidados a responder ao questionário eletrônico com questões de múltipla escolha, que abordavam dados pessoais, da formação e da atuação. Dos matriculados, 1.112 (71,23%) responderam ao questionário. A maioria é do sexo feminino (84,8%), tem entre 31 e 50 anos, e atua em programas de residência multiprofissional, no nível terciário de atenção à saúde. A área de graduação predominante é a enfermagem (35,61%), seguida pela fisioterapia e medicina. Houve uma maior proporção de preceptores da região Sudeste, seguida pelas regiões Nordeste e Norte. Apenas 35,25% cursaram residência, e 136 preceptores não cursaram residência nem outra pós-graduação. Poucos estão envolvidos em pesquisa (3,5%). A maioria não tem plano de carreira e não recebe bolsa complementar. Os resultados podem auxiliar na construção e no monitoramento de políticas públicas relacionadas à formação de preceptores e às residências em saúde, evidenciando necessidades como ampliação das oportunidades de formação, inclusive em residências, valorização da carreira do preceptor e incentivo à pesquisa.

**PALAVRAS-CHAVE** Preceptoría. Internato e residência. Internato não médico.

**ABSTRACT** *This study aimed to characterize the profile of preceptors who started a specialization course in Multiprofessional Preceptorship in the Health Area. It is a cross-sectional study with a quantitative approach. At the beginning of the course (2022), enrolled preceptors were invited to respond to the electronic questionnaire with multiple-choice questions, which covered personal, training and performance data. Of the enrolled preceptors, 1112 (71.23%) responded to the questionnaire. The majority are female (84.8%), aged between 31 and 50, and work in multi-professional residency programs at the tertiary health care level. The predominant area of graduation is nursing (35.61%), followed by physiotherapy and medicine. There was a higher proportion of preceptors from the Southeast region, followed by the Northeast and North regions. Only 35.25% attended residency, and 136 preceptors did not attend residency or other postgraduate courses. Few are involved in research (3.5%). The majority declared that they did not have a career plan and did not receive a supplementary remuneration. The results can help in the construction and monitoring of public policies related to the training of preceptors and health residencies, highlighting needs such as expanding training opportunities, including in residencies, valuing the preceptor's career and encouraging research.*

**KEYWORDS** *Preceptorship. Internship and residency. Internship, nonmedical.*

<sup>1</sup>Hospital Moinhos de Vento (HMV), Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (Proadi-SUS) - Porto Alegre (RS), Brasil. [brenda.br@gmail.com](mailto:brenda.br@gmail.com)

<sup>2</sup>Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA) - Porto Alegre (RS), Brasil.



## Introdução

O ensino de pós-graduação no formato de residências em saúde, integrado no cotidiano dos serviços, é referência para qualificação da força de trabalho atuante nos serviços de saúde de todo o País<sup>1</sup>. Um adequado planejamento da formação dos profissionais de saúde representa um elemento fundamental na garantia da adequação do perfil profissional e na efetiva distribuição da força de trabalho em saúde<sup>2</sup>.

Nesse contexto, o preceptor é o profissional da saúde, com reconhecido conhecimento e habilidade clínica<sup>3</sup>, que é responsável pelo acompanhamento e pela mediação do processo formativo do residente nos serviços de saúde, com foco no desenvolvimento de competências. Conforme as diretrizes gerais para os programas de residência multiprofissional e em área profissional da saúde, o preceptor deve ter formação mínima de especialista e vínculo com a instituição formadora ou executora, sendo sua função a supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa<sup>4</sup>.

Os profissionais que desempenham a preceptoria, apesar de terem reconhecida capacidade técnica, muitas vezes não possuem formação pedagógica para essa função. Essa lacuna tem sido preenchida por políticas públicas ao longo dos últimos anos, como o Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde<sup>5</sup> e os cursos de formação em preceptoria decorrentes dessa política, ofertados por meio de parcerias público-privadas, como o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS).

A literatura atual carece de informações sobre o perfil dos profissionais de saúde que assumem a preceptoria nas residências, especialmente de abrangência nacional. Além disso, a maioria dos estudos aborda categorias profissionais isoladas, especialmente médicos preceptores de determinada especialidade ou região<sup>6-8</sup>. A caracterização dos preceptores

dos diversos tipos de programas de residência, incluindo as multiprofissionais, permite uma compreensão ampliada sobre a formação nesses programas e contribui para o desenvolvimento de ações, em nível nacional, referentes à qualificação dos preceptores e de futuros residentes, tendo como base as características dos profissionais e dos serviços em que atuam. Dados como esses ajudam a avaliar a adequação e eficácia das políticas relacionadas à força de trabalho em saúde e podem impactar potencialmente em novas políticas ou nas já existentes<sup>9</sup>.

Dessa forma, este estudo objetivou caracterizar o perfil dos preceptores que iniciaram o Curso de Especialização em Preceptoria Multiprofissional na Área da Saúde, ofertado pelo Hospital Moinhos de Vento (HMV), em parceria com o Ministério da Saúde, através do Proadi-SUS. O curso em questão é uma especialização *lato sensu*, com carga horária de 420 horas, na modalidade de Educação a Distância (EAD), tutorado, que iniciou sua oferta com 1700 vagas, e teve como objetivo contribuir para o desenvolvimento de competências em preceptores de programas de residência médica, multiprofissional e em área profissional da saúde.

## Metodologia

Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa, demandado pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde, e executado pelo HMV através do Proadi-SUS. Ao início da oferta do curso de especialização, durante o período de agosto a setembro de 2022, os preceptores matriculados foram convidados a responder a um questionário eletrônico específico, através da plataforma REDCap (Research Electronic Data Capture). O questionário continha questões de múltipla escolha, que abordavam dados pessoais, incluindo idade, gênero, raça/cor, estado civil e local de atuação, e dados da formação e atuação,

incluindo área de atuação, nível de atenção à saúde, tempo de formação e de preceptoria, disponibilidade presencial nos programas de residência, entre outros.

Foi disponibilizado no Ambiente Virtual de Aprendizagem (Moodle) do curso um Localizador Uniforme de Recursos (URL) que direcionava o participante para a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) virtual. Havendo o aceite, o questionário era liberado para ser respondido. Após uma semana da disponibilização do questionário, foi emitido um alerta pelo Moodle com um lembrete para que o preceptor que ainda não havia respondido ao questionário participasse da pesquisa.

As análises foram realizadas através do *software* R, versão 4.2.2, utilizando estatística descritiva. As variáveis categóricas são apresentadas como frequências absolutas (n) e relativas (%), enquanto as variáveis quantitativas são expressas como média e desvio padrão (DP), se as variáveis tiverem distribuição normal (Teste de Shapiro-Wilk  $p > 0.05$ ); ou mediana e intervalo interquartil (Q1-Q3), se as variáveis forem assimétricas (Teste de Shapiro-Wilk  $p < 0.05$ ). Os dados coletados

foram tratados de forma anônima, e o protocolo da pesquisa foi aprovado no comitê de ética em pesquisa do HMV, sob o parecer nº 5.605.850.

## Resultados

Das 1700 vagas ofertadas, 1561 preceptores iniciaram o curso, dos quais, 1112 (71,23%) responderam ao questionário. A maioria dos respondentes é do sexo feminino e tem entre 31 e 50 anos, com mediana de 38 anos (33-44,25). Aproximadamente metade dos preceptores se autodeclarou branca. Predominam entre os respondentes os preceptores de residência multiprofissional, sendo que 146 (13,13%) atuam em mais de um programa, e apenas 9 (0,80%) atuam em mais de um tipo de programa de residência em saúde. Quanto a outros cenários de atuação além da preceptoria, a maioria refere desenvolver atividades assistenciais, com uma minoria envolvida em pesquisa. A *tabela 1* detalha as características dos participantes, incluindo tipo de programa de residência em que atuam e outros cenários de atuação.

Tabela 1. Características pessoais e de atuação dos preceptores

Variável	n (%)
<b>Idade (anos)</b>	
23 - 30	176 (15,83)
31 - 40	487 (43,79)
41 - 50	320 (28,78)
51 - 60	111 (9,98)
61 - 69	18 (1,62)
<b>Raça/Cor</b>	
Pardo	430 (38,67)
Preto	85 (7,64)
Amarelo	15 (1,35)
Indígena	1 (0,09)
Não declarada	7 (0,63)

Tabela 1. Características pessoais e de atuação dos preceptores

Variável	n (%)
<b>Estado civil</b>	
Casado/união estável	608 (54,67)
Separado/divorciado	80 (7,19)
Solteiro	407 (36,60)
Viúvo	8 (0,71)
Não respondeu	9 (0,80)
<b>Gênero</b>	
Feminino	943 (84,80)
Masculino	165 (14,84)
Não respondeu	4 (0,36)
<b>Tipo de programa de residência</b>	
Multiprofissional	826 (74,28)
Médica	123 (11,06)
Área profissional da saúde	102 (9,17)
Não respondeu	71 (6,38)
<b>Outros cenários de atuação</b>	
Assistência	738 (66,36)
Pesquisa	39 (3,50)
Gestão	173 (15,55)
Docência	114 (10,25)
Outro	12 (1,08)
Nenhum, além da preceptoria	40 (3,60)
Não respondeu	8 (0,72)

Fonte: elaboração própria.

Quanto à região de atuação, houve uma maior proporção de preceptores da região Sudeste, seguida pelas regiões Nordeste e Norte do País (tabela 2). Também foi possível observar predomínio de preceptores atuando em programas de residência nas capitais (57,1%), sendo que quatro estados, além do

Distrito Federal, não possuem preceptores do interior do estado como alunos do curso (Acre, Alagoas, Amapá e Amazonas). Em contraste, três estados não possuem preceptores das suas capitais como alunos do curso (Tocantins, Santa Catarina e Bahia).

Tabela 2. Estado e região do país onde atuam os preceptores

Região do Programa de Residência	UF	n (%)
Norte	Pará	143 (12,86)
	Amazonas	15 (1,35)
	Rondônia	11 (0,99)
	Acre	3 (0,27)

Tabela 2. Estado e região do país onde atuam os preceptores

Região do Programa de Residência	UF	n (%)
	Amapá	6 (0,54)
	Tocantins	6 (0,54)
	Roraima	0 (0)
<b>Total</b>		<b>184 (16,55)</b>
Nordeste	Pernambuco	82 (7,37)
	Ceará	71 (6,38)
	Bahia	52 (4,68)
	Maranhão	33 (2,97)
	Rio Grande do Norte	32 (2,88)
	Paraíba	28 (2,52)
	Sergipe	19 (1,71)
	Piauí	16 (1,44)
	Alagoas	6 (0,54)
<b>Total</b>		<b>339 (30,49)</b>
Centro-oeste	Goiás	28 (2,52)
	Distrito Federal	21 (1,89)
	Mato Grosso do Sul	16 (1,44)
	Mato Grosso	7 (0,63)
<b>Total</b>		<b>72 (6,48)</b>
Sudeste	São Paulo	137 (12,32)
	Rio de Janeiro	114 (10,25)
	Minas Gerais	84 (7,55)
	Espírito Santo	23 (2,07)
<b>Total</b>		<b>358 (32,19)</b>
Sul	Rio Grande do Sul	72 (6,47)
	Paraná	51 (4,59)
	Santa Catarina	27 (2,43)
<b>Total</b>		<b>150 (13,49)</b>
Não respondeu		9 (0,81)
<b>Total geral</b>		<b>1112 (100)</b>

Fonte: elaboração própria.

A área de graduação predominante é a enfermagem, seguida pela fisioterapia e medicina, e a maioria dos preceptores atua no nível terciário de atenção à saúde. Apenas 75 preceptores (6,74%) atuam em mais de um nível de atenção. O tempo de experiência na área de formação variou de 1 a 43 anos, com

mediana de 13 anos (8-19). A maioria cursou a graduação em instituição pública (52,78%), e, destes, a maioria em instituições federais (67,97%). A *tabela 3* detalha as áreas de formação e os níveis de atenção à saúde em que atuam os preceptores.

Tabela 3. Níveis de atenção à saúde em que atuam os preceptores por área de formação

Área de Formação	Nível de atenção à saúde n (%)				Total
	Primária	Secundária	Terciária	Não respondeu	
Biomedicina	1 (14,29)	4 (57,14)	2 (28,57)	-	7
Ciências Biológicas	2 (100)	0 (0)	0 (0)	-	2
Educação Física	5 (45,45)	2 (18,18)	4 (36,36)	-	11
Enfermagem	126 (31,82)	66 (16,67)	197 (49,75)	27 (6,81)	396
Farmácia	16 (26,23)	12 (19,67)	34 (55,74)	1 (1,63)	61
Fisioterapia	27 (17,42)	34 (21,94)	103 (66,45)	3 (1,93)	155
Fonoaudiologia	4 (19,05)	5 (23,81)	15 (71,43)	1 (4,76)	21
Física Médica	0 (0)	1 (50)	1 (50)	-	2
Medicina	30 (26,09)	22 (19,13)	77 (66,96)	1 (0,86)	115
Medicina Veterinária	5 (55,56)	3 (33,33)	2 (22,22)	-	9
Nutrição	13 (15,12)	6 (6,98)	66 (76,74)	5 (5,81)	86
Odontologia	37 (69,81)	6 (11,32)	11 (20,75)	2 (3,77)	53
Psicologia	8 (11,11)	20 (27,78)	41 (56,94)	8 (11,11)	72
Serviço Social	18 (19,57)	16 (17,39)	63 (68,48)	5 (5,43)	92
Terapia Ocupacional	5 (16,67)	7 (23,33)	20 (66,67)	2 (6,66)	30
<b>Total</b>	<b>297 (26,71)</b>	<b>204 (18,34)</b>	<b>636 (57,2)</b>	<b>55 (4,94)</b>	<b>1112</b>

Fonte: elaboração própria.

A *tabela 4* mostra os dados da formação em programa de residência dos preceptores, por área de formação. Destaca-se a proporção de preceptores que não cursaram residência, correspondendo a quase dois terços dos respondentes. Dos 712 que não cursaram residência, 211 (29,63%) atuam na atenção primária à saúde (APS), 133 (18,67%) na atenção secundária e 379 (53,23%) na terciária, e 575 (80,75%) têm outra pós-graduação, em sua

maioria, especialização, concluída ou em andamento. Dos 392 que cursaram residência, 86 (21,93%) atuam na APS, 68 (17,34%) na atenção secundária e 254 (64,79%) na atenção terciária, e a maioria permanece atuando na mesma área em que cursou residência. A área profissional com maior proporção de preceptores que cursaram residência é a medicina, porém, 10 preceptores médicos referiram não ter cursado residência, e, destes, a maioria atua na APS.

Tabela 4. Características da formação em graduação e residência

Área de graduação	n (%)*	Cursou residência n (%)**	Atua na mesma área da residência n (%)***
Enfermagem	396 (35,61)	113 (28,53)	92 (81,41)
Fisioterapia	155 (13,94)	33 (21,29)	29 (87,87)
Medicina	115 (10,34)	105 (91,30)	101 (96,19)
Serviço Social	92 (8,27)	24 (26,08)	18 (75)
Nutrição	86 (7,73)	35 (40,69)	29 (82,85)
Psicologia	72 (6,47)	29 (40,27)	25 (86,20)

Tabela 4. Características da formação em graduação e residência

Área de graduação	n (%)*	Cursou residência n (%)**	Atua na mesma área da residência n (%)***
Farmácia	61 (5,48)	13 (21,31)	11 (84,61)
Odontologia	53 (4,77)	15 (28,30)	13 (86,66)
Terapia Ocupacional	30 (2,70)	9 (30)	8 (88,88)
Fonoaudiologia	21 (1,89)	6 (28,57)	5 (83,33)
Educação Física	11 (9,90)	3 (27,27)	2 (66,66)
Medicina Veterinária	9 (0,8)	6 (66,66)	5 (83,33)
Biomedicina	7 (0,62)	1 (14,28)	1(100)
Ciências Biológicas	2 (0,17)	0 (0)	-
Física Médica	2 (0,17)	0 (0)	-
<b>Total</b>	<b>1112 (100)</b>	<b>392 (35,25)</b>	<b>341 (86,98)</b>

Fonte: elaboração própria.

\* Proporção dos alunos do curso.

\*\* Proporção dos preceptores da mesma área de formação.

\*\*\* Proporção dos preceptores que cursaram residência na área de formação.

Considerando outra formação em pós-graduação além do presente curso, 52,23% dos preceptores declararam ter concluído ou estar cursando especialização, 26,88% mestrado, e 10,73% doutorado, sendo que 24,46% não têm outra pós-graduação. Destes 272 preceptores que não cursaram outra pós-graduação, 135 (49,63%) cursaram residência, restando, ainda, 136 que não cursaram residência ou outra pós-graduação, o que corresponde a 12,23% dos alunos do curso.

O número de residentes por preceptor variou de 0 a 50, com mediana 4 (2-6), sendo que a maioria respondeu ter sob sua responsabilidade entre 1 e 5 residentes (66,18%). Ainda, 19,33% responderam ter entre 6 e 10 residentes, e 10,16% acima de 10 residentes.

O tempo de atuação como preceptor variou de 1 mês a 28 anos, com mediana de 3 anos (1-7), tendo a grande maioria até 10 anos de

experiência em preceptoria (90,83%). Quanto à disponibilidade de tempo para preceptoria presencial, houve maior proporção de preceptores referindo até 20 horas (39,92%), seguidos pelos de 21 a 30 horas (26,34%) e 31 a 40 horas (23,20%), sendo que 20 (1,79%) responderam que não realizam preceptoria presencial. A maioria declarou não ter plano de carreira e não receber bolsa para atuar na função (75,44% e 76,07%, respectivamente).

Destaca-se uma maior proporção de preceptores que recebem bolsa complementar na região Centro-Oeste (60,56%), em contraste com uma menor proporção nas regiões Sudeste e Nordeste. Da mesma forma, há maior proporção de profissionais da atenção primária à saúde recebendo remuneração para a função de preceptoria em comparação com outros níveis de atenção à saúde (tabela 5).

Tabela 5. Remuneração para a função (bolsa complementar de preceptoria) por disponibilidade de tempo para preceptoria presencial, região do país e nível de atenção à saúde (n=1100)

Variável	Bolsa complementar de preceptoria n (%)		Total
	Não	Sim	
<b>Carga horária presencial*</b>			
Até 20h	356 (80,54)	86 (19,45)	442
De 21h até 30h	227 (78,54)	62 (21,45)	289
De 31h até 40h	180 (70,03)	77 (29,96)	257
Mais de 40h	50 (67,56)	24 (32,43)	74
Não há preceptoria presencial	19 (95)	1 (5)	20
Não respondeu	14 (77,77)	4 (22,22)	18
<b>Região</b>			
Centro-Oeste	28 (39,44)	43 (60,56)	71
Nordeste	278 (82,49)	59 (17,51)	337
Norte	123 (67,96)	58 (32,04)	181
Sudeste	302 (84,83)	54 (15,17)	356
Sul	110 (73,83)	39 (26,17)	149
Não respondeu	5 (83,33)	1 (16,66)	6
<b>Nível de Atenção</b>			
Primária	174 (58,98)	121 (41,01)	295
Secundária	154 (75,86)	49 (24,13)	203
Terciária	538 (85,53)	91 (14,46)	629
Não respondeu	40 (75,47)	13 (24,52)	53

Fonte: elaboração própria.

\* Com apoio à distância ou de outros profissionais presencialmente no restante do período.

## Discussão

O perfil predominante do preceptor que iniciou o curso de especialização em preceptoria multiprofissional na área da saúde é de profissionais do sexo feminino, com até 50 anos de idade, experiência de mais de 10 anos na área de formação, que atuam em residência multiprofissional, sendo a maioria na atenção terciária. A maioria composta de mulheres é um dado esperado, considerando o perfil do profissional de saúde no Brasil, que é predominantemente feminino<sup>10</sup>, especialmente das duas áreas de formação mais prevalentes no curso. Entre os profissionais da enfermagem, 86,2% são mulheres<sup>10</sup>. A exceção é a medicina, em que pouco mais da metade dos profissionais é do sexo masculino<sup>11</sup>. Em estudo com 13

programas de residência brasileiros<sup>12</sup>, em sua maioria, da APS, também foram observadas mais mulheres atuando na preceptoria, com faixa etária próxima da observada no curso, com predominância entre 31 e 40 anos. Em consonância, um estudo menor com preceptores de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), no município de Curitiba/PR, observou que a maioria dos preceptores se encontrava na faixa etária entre 31 e 50 anos, e 84,7% eram do sexo feminino<sup>13</sup>. Em outro estudo, com 52 preceptores de residência multiprofissional em terapia intensiva adulta em Natal, Rio Grande do Norte, a média de idade dos preceptores foi bastante semelhante à do presente estudo (38,62 anos, DP 8,58), e, da mesma forma, a grande maioria dos profissionais (80,8%) era do sexo feminino<sup>14</sup>.

Considerando a cor declarada, parece ter havido representatividade de pardos e pretos, com quase metade dos preceptores se declarando não brancos.

A única área de formação não representada neste estudo, entre as presentes na Portaria Interministerial nº 16, de 22 de dezembro de 2014, é a saúde coletiva<sup>15</sup>. A experiência profissional média condiz com o esperado para profissionais responsáveis pela formação em serviço, dos quais se espera experiência no campo de prática além da elevada qualidade técnica. O tempo desde a graduação dos preceptores também está de acordo com o encontrado no estudo com preceptores de terapia intensiva adulta, referido anteriormente, que foi de 14,42 (DP 7,37) anos<sup>14</sup>.

Pouco mais da metade dos preceptores teve sua graduação concluída em instituições de ensino públicas, com destaque para as federais. Esse dado contradiz o esperado quanto ao perfil do profissional de saúde no Brasil. Em 2014, 72,1% dos cursos em saúde eram ofertados por Instituições de Ensino Superior privadas<sup>16</sup>, e estudos da demografia médica e de enfermagem confirmam a predominância da formação em saúde nessas instituições<sup>10,11</sup>. Isso mostra uma tendência do egresso de instituições públicas de procurar qualificação quando na posição de preceptor e, de certa forma, contribuir para a formação dos seus pares.

Historicamente, esforços foram empreendidos pelos órgãos competentes no sentido de aumentar e qualificar a formação na modalidade de residências multiprofissionais e em área profissional da saúde nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste<sup>17</sup>. O mesmo ocorreu quanto às prioridades de matrícula no curso em questão. Disso resultou que a segunda região com maior representação foi a Nordeste, e a terceira foi a Norte, com o Sudeste mantendo-se como região com maior número de preceptores. Esse destaque da região Sudeste está de acordo com a maior concentração de profissionais da saúde, de oferta de educação superior<sup>16</sup> e de pós-graduação nessa região,

em comparação com outras regiões do País, além de que, entre 2009 e 2015, a maior parte dos programas de RMS aprovados pelo MS se concentrou no Sudeste, principalmente no estado de São Paulo<sup>17</sup>. Da mesma forma, o estado de São Paulo foi o segundo com maior número de preceptores no curso, perdendo apenas para o estado do Pará.

Sabe-se da concentração de profissionais da saúde nas capitais, o que de fato ocorre também com os preceptores alunos do curso, porém, em menor proporção do que o esperado, haja vista que em torno de 43% dos preceptores atuam em programas de residência em cidades do interior. Tal característica, aliada à presença de preceptores em especialização em estados que fogem do eixo Sul-Sudeste (como Pará e Pernambuco), é altamente benéfica no sentido da qualificação da força de trabalho na saúde fora dos grandes centros, contribuindo para sua posterior fixação nesses locais. Segundo Sarmiento et al.<sup>17(421)</sup>:

Sabendo-se que os programas de RMS têm como eixos norteadores a descentralização, a regionalização e a interiorização do trabalho em saúde, identifica-se que estes são uma proposta de formação com potencial para fixação de profissionais em regiões onde há restrição de oferta de serviços de saúde, fortalecendo os laços de responsabilidade com as comunidades.

Quanto às outras atividades exercidas além da preceptoria, chama a atenção o fato de um pequeno número de preceptores dedicar-se à pesquisa (3,5%), mesmo havendo pouco mais de 10% dos preceptores envolvidos em docência, e quase um terço com títulos de mestrado e/ou doutorado. É possível que esse dado seja reflexo do pouco incentivo à pesquisa científica de forma geral no Brasil. A título de exemplo, a média de investimento total, público e privado, em pesquisa e desenvolvimento no Brasil foi em torno de 1,11% do Produto Interno Bruto (PIB) entre os anos 2000 e 2016; se considerado somente o investimento público, a média foi de 0,55%<sup>18</sup>.

Em estudo com 300 preceptores de residência médica de Maceió, Alagoas, menos da metade dos participantes informaram realizar pesquisas com os residentes, levando a crer que não há, ainda, a cultura da pesquisa nas residências médicas e que há baixo estímulo à pesquisa no contexto hospitalar<sup>19</sup>.

Porém, é importante ressaltar que, por lei, cabe ao preceptor participar das atividades de “pesquisa e dos projetos de intervenção voltados à produção de conhecimento e de tecnologias que integrem ensino e serviço para qualificação do SUS”<sup>4</sup>. Além disso, considerando que a mobilização de conhecimentos para a busca de soluções deve passar pelos usuários do sistema de saúde e fazer sentido para a sua realidade<sup>18</sup>, os preceptores estão em local privilegiado: eles vivenciam a realidade junto dos residentes e usuários e podem levantar questões de pesquisa que atendam às demandas da população, no contexto do SUS. Por isso, faz-se necessário um maior incentivo para o envolvimento em pesquisa pelos preceptores de residências em saúde.

É importante discutir sobre a formação dos preceptores em atuação nas RMS. Os dados mostram que a maioria dos preceptores não teve a experiência de ser residente, com exceção dos profissionais médicos, cuja especialização por meio de residência é estimulada e constitui pré-requisito para atuação na maioria das áreas médicas. O estudo de Silva (2018) traz uma proporção ainda menor de preceptores de RMS com formação em programa de residência – 5,8% entre 57 preceptores<sup>14</sup>.

Isso se deve, ao menos em parte, ao fato de a regularização da residência multiprofissional em área profissional da saúde ter ocorrido há menos de 20 anos<sup>20</sup> e de serem ainda ofertadas poucas vagas de RMS, proporcionalmente aos egressos dos cursos da área da saúde. Mesmo considerando que a criação de programas de residência em área profissional da saúde é anterior à regularização por lei, datando dos anos 1960, sendo os programas destinados sobretudo a egressos de cursos de enfermagem<sup>21</sup>, esse ainda é um processo de formação de início

recente. Em 2017, apenas 7,5% dos enfermeiros declaravam ter cursado programa de residência<sup>10</sup>. O quantitativo de vagas ofertadas em programas de residência multiprofissionais e em área profissional da saúde ainda está muito aquém do necessário para formar especialistas em número suficiente para atender à demanda assistencial e docente.

Espera-se que os preceptores que tiveram essa experiência como residentes tenham uma postura diferenciada com relação à qualidade da preceptoria exercida nos programas de residência, com base no tipo de formação que receberam e na experiência na área em que atuam<sup>22</sup>. Porém, não é possível dizer se o fato de terem cursado residência contribui para a qualidade da preceptoria, visto que o foco da formação em residência é formar especialistas na área de atuação, não preceptores. Considerando a formação do residente como futuro preceptor, é importante que se pense em formas de direcionar a formação dos residentes para o SUS e incluir disciplinas teórico-práticas voltadas para o desenvolvimento de competências pedagógicas nos programas de residência<sup>23</sup>.

Ainda que a maioria não tenha cursado residência, boa parte dos preceptores cursou ou está cursando outra pós-graduação, sendo pouco mais da metade especialização, e 33,18% mestrado e/ou doutorado. No estudo de Aguiar et al.<sup>12</sup>, cerca de um quarto do grupo estudado obteve título de mestre e/ou doutor; por outro lado, 4,8% dos respondentes não tinham especialização<sup>12</sup>. A proporção de preceptores com mestrado e doutorado no presente estudo incluiu aqueles que têm o curso em andamento, o que pode ter contribuído para um valor maior.

Foram poucos os preceptores que declararam não possuir residência e não ter cursado outra pós-graduação (12,23%). Espera-se que, na função de preceptor, o profissional tenha formação mínima de especialista<sup>4</sup>, porém, para os que relataram não ter tal formação, esse curso de especialização em preceptoria multiprofissional na área da saúde é de extrema

importância, constituindo-se como a primeira pós-graduação desses 136 preceptores. Ainda assim, é necessário investir na formação dos profissionais que atuam em preceptoria dentro da sua própria área de formação.

A quantidade de residentes sob responsabilidade do preceptor deve ser interpretada considerando a grande variedade de programas de residência, de campos de estágio e de carga horária dos preceptores. Não há uma regra somente que defina qual seria a média adequada. As normativas ainda diferem entre residências multiprofissionais e médicas, porém, as normativas de ambas as modalidades concordam no sentido de indicar até 6 residentes para cada preceptor com carga horária de 40 horas semanais ou regime de tempo integral<sup>24,25</sup>. Por isso, não é possível afirmar que a quantidade média de residentes por preceptor esteja adequada em todos os cenários, visto que muitos desses preceptores têm carga horária não integral. Contudo, podemos inferir que aqueles que afirmam ter sob sua responsabilidade entre 7 e 50 residentes estão certamente excedendo em muito o recomendado.

Quase 40% dos preceptores declararam que sua disponibilidade para preceptoria presencial é de 20 horas semanais, sendo que, conforme aumenta a carga horária, essa proporção diminui. Ainda que permaneça baixa, observa-se que a proporção de preceptores que recebem remuneração para preceptoria, na forma de bolsa, é maior entre os preceptores que têm maior disponibilidade presencial, chegando a 32,43% entre aqueles que têm mais de 40 horas semanais. Porém, é importante que se disponibilizem incentivos também aos profissionais com menor carga horária, considerando que boa parte dos preceptores dedica até 20 horas semanais para a preceptoria presencial e são os que recebem menos remuneração.

Da mesma forma, são proporcionalmente mais contemplados com bolsas os preceptores da atenção primária, o que pode ser reflexo de políticas públicas que visam a incentivar

a fixação e a formação de profissionais nesse nível de atenção à saúde, como o Programa Mais Médicos e o Plano Nacional de Formação de Preceptores<sup>26</sup>. No entanto, não é possível confirmar essa hipótese com base nos dados deste estudo. Entre as regiões, destaca-se o Centro-Oeste, onde a maioria dos preceptores declarou receber bolsa para o exercício da preceptoria, sendo as menores proporções observadas nas regiões Nordeste e Sudeste.

Considerando a amostra como um todo, a maioria dos preceptores não tem plano de carreira ou recebe remuneração para a função de preceptoria, o que pode desmotivar a atuação nos programas, dificultando que os profissionais se vinculem a eles e, principalmente, que busquem formação específica para a preceptoria. No estudo de Aguiar et al.<sup>12</sup>, a existência de plano de carreira foi considerada um dos fatores mais importantes para apoiar a prática profissional dos preceptores<sup>27</sup>. No mesmo estudo, que investigou a percepção de preceptores brasileiros e espanhóis, a remuneração adicional foi apontada pela maioria dos preceptores brasileiros como um dos fatores que mais agregam motivação para a preceptoria, sendo que pouco mais da metade deles considerou desejável esse benefício, comparado com apenas um quarto dos preceptores espanhóis<sup>27</sup>.

Sabe-se que a realidade de muitos serviços de saúde no Brasil envolve sobrecarga de trabalho e acúmulo de atividades assistenciais, limitando a atuação como preceptor e a liberação de carga horária para atualização técnica e capacitação<sup>23,28</sup>. As políticas públicas de formação e a instituição formal do exercício da preceptoria nos programas, incluindo plano de carreira e remuneração para a função, podem valorizar o preceptor e estimular o desempenho dessa atividade, melhorando a qualidade da formação dos residentes<sup>23</sup>. Também compete à gestão em saúde, nos âmbitos estadual e municipal, o estímulo à preceptoria, com valorização dos profissionais de saúde, incluindo gestão de carga horária, incentivos à qualificação profissional e plano

de carreira<sup>21</sup>. A instituição de um horário protegido para estudo e formação, além daquele destinado ao planejamento das atividades e às atividades de preceptoría, é uma estratégia viável desde que formalizada pelos entes institucionais envolvidos. Dessa forma, para além do incentivo financeiro no formato de bolsa complementar, é necessário que se pense no processo de trabalho do preceptor como um todo.

Por fim, é necessário refletir sobre a ausência do preceptor no campo de prática. Uma minoria de 20 preceptores declarou não realizar preceptoría presencial. Conforme o artigo 13 da resolução nº 2, de 13 de abril de 2012, “a função de preceptor caracteriza-se por supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa”<sup>4</sup>, devendo o preceptor estar presente no cenário de prática. O desafio do preceptor é, em última instância, “proporcionar verdadeiras condições de desenvolvimento técnico e ético nos cenários de prática”<sup>29(80)</sup>. Para tanto, faz-se necessária a sua presença, e esta deve ser exigida pela gestão dos programas e das instituições envolvidas.

Ainda que este estudo tenha obtido uma elevada taxa de respostas, representativa dos preceptores que iniciaram o curso de especialização, este público-alvo tem uma motivação em comum, que é a qualificação da atuação como preceptor, e representa apenas uma parcela de todos os preceptores do País.

## Conclusões

Este estudo possibilitou traçar um perfil de preceptores atuantes em todas as regiões do Brasil, nos três níveis de atenção à saúde, de quase todas as áreas de formação previstas para as residências em saúde, e que iniciaram um curso de especialização em preceptoría. Ainda que este estudo tenha envolvido uma amostra significativa dos preceptores que iniciaram a especialização, mais estudos envolvendo essa

população são necessários para que se obtenha uma amostra representativa dos preceptores da área da saúde no Brasil.

Analisando-se os dados do perfil desses preceptores, fica evidente a necessidade de ampliação da formação na modalidade de residência para os profissionais da saúde, especialmente para os que atuam ou têm intenção de atuar como preceptores, assim como de alternativas para que o preceptor tenha ao mínimo o título de especialista na sua área de atuação, além dos cursos de especialização em preceptoría. Da mesma forma, fica clara a necessidade de valorização da função do preceptor, incluindo iniciativas por parte dos gestores para uma gestão qualificada do processo de trabalho, oferecendo meios para que a preceptoría seja realizada com toda a sua potencialidade, além da valorização da carreira e de remuneração adequada para esses profissionais. Um maior incentivo à pesquisa pelas instituições envolvidas com as residências também é um ponto importante a ser debatido nesse cenário.

Considerando a amostra estudada, os resultados podem auxiliar na construção e no monitoramento de políticas públicas relacionadas à formação de preceptores e às residências em saúde. A formação em preceptoría em larga escala, como é o exemplo do curso em questão, permanece sendo necessária, pois a qualificação dos preceptores atuantes em diferentes cenários e regiões, incluindo boa parcela fora das capitais estaduais, possibilita que se qualifique, também, de forma abrangente, a formação de novos profissionais de saúde dos três níveis de atenção.

## Colaboradoras

Wander B (0000-0003-2128-0040)\* contribuiu para desenho do trabalho; análise e interpretação dos dados; redação do artigo; e aprovação da versão final a ser publicada. Daudt CVG (0000-0002-3727-4350)\* contribuiu para concepção e desenho do trabalho; interpretação

dos dados; revisão crítica do artigo; e aprovação da versão final a ser publicada. Fernandes ATF (0000-0001-5181-5136)\* contribuiu para concepção do trabalho; análise e interpretação dos dados; redação do artigo; e aprovação da

versão final a ser publicada. Leite APT (0000-0002-1797-195X)\* contribuiu para concepção e desenho do trabalho; interpretação dos dados; revisão crítica do artigo; e aprovação da versão final a ser publicada. ■

## Referências

- Rodrigues CDS, Witt RR. Mobilização e estruturação de competências para a preceptoria na residência multiprofissional em saúde. *Trab educ saúde*. 2022;20:e00295186. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs295>
- Aguiar AC. Gestão de programas de residência: desafios atuais no trabalho de coordenadores brasileiros [Internet]. In: Aguiar AC, organizador. *Preceptoria em Programas de Residência: ensino, pesquisa e gestão*. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ; 2017 [acesso em 2023 out 15]. p. 144-67. Disponível em: <https://preceptores.iciet.fiocruz.br/livro-preceptoria-em-programas-de-residencia.pdf>
- Botti SHO, Rego STA. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis?. *Rev bras educ med*. 2008;32(3):363-73. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000300011>
- Ministério da Educação (BR). Resolução CNR-MS nº 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde [Internet]. *Diário Oficial da União*. 2012 abr 16 [acesso em 2023 out 11]; Seção1:24-5. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15448-resol-cnr-ms-n2-13abril-2012&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-resol-cnr-ms-n2-13abril-2012&Itemid=30192)
- Ministério da Saúde (BR). Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021 [acesso em 2023 out 11]. Disponível em: [https://registra-rh.saude.gov.br/images/arquivos/Cartilha\\_PNFRS.pdf](https://registra-rh.saude.gov.br/images/arquivos/Cartilha_PNFRS.pdf)
- Carvalho Filho AM, Santos AA, Wyszomirska RMAF, et al. Preceptores de Residência Médica: Perfil Epidemiológico e Capacitação Pedagógica. *Rev bras educ med*. 2020;44(4):e159. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.4-20200131>
- Souza AAB. Perfil pedagógico da preceptoria na Residência Médica em Anestesiologia da cidade de Manaus [Internet] [dissertação]. Manaus: Universidade Federal do Amazonas; 2018 [acesso em 2023 out 18]. 87 p. Disponível em: <https://tede.ufam.edu.br/handle/tede/6435/>
- Wuillaume SM, Batista NA. O preceptor na residência médica em pediatria: principais atributos. *J Ped*. 2000;76(5):333-38. DOI: <https://jped.elsevier.es/pt-o-preceptor-na-residencia-medica-articulo-X2255553600024060>
- World Health Organization. National health workforce accounts: a handbook [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [acesso em 2023 out 1]. 154 p. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259360/9789241513111-eng.pdf?sequence=1>
- Machado MH, coordenadora. Perfil da enfermagem no Brasil: relatório final [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; Cofen; 2017 [acesso em 2023 out 1]. 748 p.

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- Disponível em: <https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/05/relatoriofinal.pdf>
11. Scheffer M, coordenador. Demografia Médica no Brasil 2023 [Internet]. São Paulo, SP: FMUSP, AMB; 2023 [acesso em 2023 out 18]. 344 p. Disponível em: [https://amb.org.br/wp-content/uploads/2023/02/DemografiaMedica2023\\_8fev-1.pdf](https://amb.org.br/wp-content/uploads/2023/02/DemografiaMedica2023_8fev-1.pdf)
  12. Aguiar AC, Borges WC, Araújo EFS, et al. Introdução à pesquisa “Preceptoria em Programas de Residência no Brasil e na Espanha: Ensino, Pesquisa e Gestão”: premissas, opções metodológicas e caracterização dos respondentes [Internet]. In: Aguiar AC, organizador. Preceptoria em Programas de Residência: ensino, pesquisa e gestão. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ; 2017 [acesso em 2023 out 18]; p. 11-31. Disponível em: <https://preceptores.icict.fiocruz.br/livro-preceptoria-em-programas-de-residencia.pdf>
  13. Hack NMA, Almeida MJ, Mello RG. O Preceptor na Residência Multiprofissional em Saúde: Realidade e Desafios [Internet]. In: Cavalcanti PA, organizador. Educação: teorias, métodos e perspectivas: vol. IV. Curitiba, PR: Artemis; 2021 [acesso em 2023 out 18]. p. 241-53. Disponível em: <https://editoraartemis.com.br/catalogo/post/o-preceptor-na-residencia-multi-profissional-em-saude-realidade-e-desafios>
  14. Silva LG. Preceptoria na residência multiprofissional em saúde no programa de terapia intensiva adulto: perfil dos profissionais e dificuldades encontradas [Internet] [dissertação]. Natal: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2018 [acesso em 2023 out 18]. 66 p. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/26892>
  15. Ministério da Educação (BR). Portaria Interministerial nº 16, de 22 de dezembro de 2014. Altera a Portaria Interministerial nº 1.077/MEC/MS, de 12 de novembro de 2009, a Portaria Interministerial nº 1.320/MEC/MS, de 11 de novembro de 2010, e revoga a Portaria Interministerial nº 1.224/MEC/MS, de 3 de outubro de 2012, para atualizar o processo de designação dos membros da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) e para incluir áreas profissionais para a realização de Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2014 dez 23 [acesso em 2023 out 11]; Edição 248; Seção 1:21. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=21&data=23/12/2014>
  16. Pierantoni CR, Magnago C, Vieira SP, et al. Graduação em saúde: oferta e estratégias para o fortalecimento da regionalização do Sistema Único de Saúde. Cad Saúde Pública. 2019;35:e00066018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00066018>
  17. Sarmento LF, França T, Medeiros KR, et al. A distribuição regional da oferta de formação na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde. Saúde debate. 2017;41(113):415-24. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711306>
  18. Santos AO, Barros FPC, Delduque MC. A pesquisa em saúde no Brasil: desafios a enfrentar. Saúde debate. 2019;43(esp5):126-36. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S511>
  19. Carvalho Filho AM, Santos AA, Wyszomirska RMAF, et al. Formação na Residência Médica: visão dos preceptores. Rev bras educ med. 2022;46(2):e052. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.1-20210237>
  20. Presidência da República (BR). Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui a Residência em Área Profissional de Saúde e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2005 jul 1 [acesso em 2023 out 11]; Edição 125; Seção 1:1. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm)
  21. Araújo EFS, Aguiar AC, Pagani R, et al. Referências político-institucionais e normativas da oferta de programas de residência no Brasil [Internet]. In: Aguiar AC, organizador. Preceptoria em Programas de Residência: ensino, pesquisa e gestão. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ; 2017 [acesso em 2023 out 15]. p. 32-48. Disponível em: <https://preceptores.icict.fiocruz.br/livro-preceptoria-em-programas-de-residencia.pdf>

22. Autonomo FROM, Hortale VA, Santos GB, et al. A Preceptorial na Formação Médica e Multiprofissional com Ênfase na Atenção Primária - Análise das Publicações Brasileiras. *Rev bras educ med.* 2015;39(2):316-27. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v39n2e02602014>
23. Silva LML, Lopes AFN, Petribú MMV. A Importância da Qualificação do Preceptor nos Cenários de Formação em Oncologia dos Programas de Residências em Área Profissional da Saúde. *Rev Bras Cancerol.* 2020;66(3):e-11953. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n3.953>
24. Ministério da Saúde (BR). Portaria Interministerial nº 285, de 24 de março de 2015. Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE) [Internet]. *Diário Oficial da União, Brasília, DF.* 2015 mar 25 [acesso em 2023 out 11]; Seção 1. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0285\\_24\\_03\\_2015.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0285_24_03_2015.html)
25. Ministério da Educação (BR). Resolução CNRM nº 02, de 07 de julho de 2005. Dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento da Comissão Nacional de Residência Médica [Internet]. *Diário Oficial da União, Brasília, DF.* 2005 jul 14 [acesso em 2023 out 11]; Edição 134; Seção 1:59-61. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/resolcnrm002\\_2005.pdf](http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/resolcnrm002_2005.pdf)
26. Ministério da Saúde (BR). Portaria Interministerial nº 1.618, de 30 de setembro de 2015. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), como um dos eixos do Programa Mais Médicos – Residência, o Plano Nacional de Formação de Preceptores para os Programas de Residência na modalidade Medicina Geral de Família e Comunidade, com o fim de subsidiar e assegurar instrumentos para o processo de expansão de vagas de residência em Medicina Geral de Família e Comunidade, nos termos da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013 [Internet]. *Diário Oficial da União, Brasília, DF.* 2015 out 1 [acesso em 2023 nov 13]; Seção 1:23 Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1618\\_30\\_09\\_2015.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1618_30_09_2015.html)
27. Aguiar AC, Araújo EFS, Braga EB, et al. Experiências, percepções e motivações de preceptores de residência brasileiros e espanhóis [Internet]. In: Aguiar AC, organizador. *Preceptorial em Programas de Residência: ensino, pesquisa e gestão.* Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ; 2017 [acesso em 2023 out 15]. p. 60-96. Disponível em: <https://preceptores.icict.fiocruz.br/livro-preceptorial-em-programas-de-residencia.pdf>
28. Silva LS, Natal S. Residência multiprofissional em saúde: análise da implantação de dois programas pela Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil. *Trab educ saúde.* 2019;17(3):e0022050. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00220>
29. Botti SHO, Rego STA. Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica. *Physis.* 2011;21(1):65-85. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000100005>

---

Recebido em 26/12/2023

Aprovado em 16/04/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: os dados apresentados foram obtidos em parceria com o Ministério da Saúde do Brasil, por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS)

Editora responsável: Jamilli Silva Santos



## Interseccionalidade, direitos humanos e justiça reprodutiva: avaliação crítica em saúde sexual e reprodutiva

*Intersectionality, human rights and reproductive justice: critical assessment in sexual and reproductive health*

Ana Maria Bourguignon<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/2358-289820241429113P

**RESUMO** No presente texto são discutidos os conceitos de interseccionalidade, direitos humanos e justiça reprodutiva, a partir de uma perspectiva crítica que possa contribuir com estudos e pesquisas no âmbito da avaliação de intervenções – políticas, programas, projetos, serviços – voltados à saúde sexual e reprodutiva das mulheres e demais pessoas com útero. A reflexão ora apresentada enfoca a questão dos direitos sexuais e reprodutivos, não obstante possa ser estendida a outras temáticas correlatas. Para tanto, propõe que a avaliação em saúde – entendida como espaço acadêmico e político – considere a interseccionalidade como ferramenta analítica para a identificação e enfrentamento das vulnerabilidades; estabeleça os direitos humanos como eixo transversal das análises, isto é, como um instrumento dos processos avaliativos de busca por dignidade na atenção em saúde; cultive a justiça reprodutiva como horizonte ético de reflexão e atuação nos espaços avaliativos.

**PALAVRAS-CHAVE** Avaliação em saúde. Direitos humanos. Direitos reprodutivos. Enquadramento interseccional. Justiça social.

**ABSTRACT** *In this text, the concepts of intersectionality, human rights and reproductive justice are discussed, from a critical perspective that can contribute to studies and research in the context of evaluating interventions – policies, programs, projects, services – aimed at sexual and reproductive health of the women and other people who have uterus. The reflection presented here focuses on the issue of sexual and reproductive rights, although it can be extended to other related themes. To this end, it proposes that health assessment – understood as an academic and political space – considers intersectionality as an analytical tool for identifying and confronting vulnerabilities; establish human rights as a transversal axis of analysis, that is, as an instrument of evaluative processes in the search for dignity in health care; cultivate reproductive justice as an ethical horizon for reflection and action in evaluative spaces.*

**KEYWORDS** *Health evaluation. Human rights. Reproductive rights. Intersectional framework. Social justice.*

<sup>1</sup>Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) – Ponta Grossa (PR), Brasil. [anamariabourg@gmail.com](mailto:anamariabourg@gmail.com)



## Introdução

O presente ensaio propõe uma abordagem crítica para investigações no âmbito da avaliação de intervenções (políticas, programas, projetos, serviços) com enfoque na saúde sexual e reprodutiva. A perspectiva crítica que embasa nossa reflexão deriva do alinhamento epistemológico com a teoria feminista e com a teoria crítica dos direitos humanos. A teoria feminista e a teoria crítica dos direitos humanos aproximam-se pelo posicionamento epistemológico, ético e político engajado com a justiça social. Conforme Herrera Flores<sup>(57)</sup>,

[...] o pensamento crítico surge em – e para – coletividades sociais determinadas, que dele necessitam para elaborarem uma visão alternativa de mundo e sentirem-se seguras ao lutar pela dignidade.

A atitude crítica – enquanto elemento da reflexão filosófica – caracteriza-se pela indagação sobre o que está estabelecido, no sentido de problematizar o que são, como funcionam e quais as razões que explicam os fenômenos que se apresentam na realidade<sup>2</sup>. Segundo Ferreira<sup>3(13)</sup>, ainda que os feminismos sejam plurais, todo feminismo tem como disciplina basilar a filosofia, porque tem como objetivos fundamentais “reflectir sobre a situação das mulheres, compreender a condição feminina e lutar em prol de sua plena realização”. Assim, o feminismo configura-se como espaço de reflexão e elaboração teórica que se manifesta em ações e movimentos de luta, de modo que se posicionar como feminista pressupõe um engajamento intelectual, ético e político com a causa dos direitos humanos em suas múltiplas dimensões.

A assertiva de Spelman<sup>4(187)</sup>, de que “embora toda mulher seja mulher, nem toda mulher é apenas uma mulher”, sintetiza a ideia de interseccionalidade. O cruzamento entre gênero, cor, classe social, orientação sexual, território, condição de cidadania constituem “eixos de subordinação”<sup>5(177)</sup> que distinguem as pessoas

com útero em grupos com condições desiguais de acesso e utilização dos serviços de saúde o que, por conseguinte, afeta o exercício de direitos sexuais e reprodutivos<sup>6</sup>.

Cabe destacar que a interseccionalidade é entendida neste texto de forma mais ampla do que o entrecruzamento de eixos de opressão. Compreende-se que a interseccionalidade é uma ferramenta conceitual que permite articular categorias muitas vezes analisadas separadamente, tais como raça e gênero<sup>7,8</sup>. E que, como um construto teórico-metodológico crítico, pode ser útil para mobilizar as lutas por justiça reprodutiva<sup>9</sup> e por melhorias na prestação de serviços de saúde<sup>8</sup>. Estabelecer a interseccionalidade como conceito fundamental para reflexão e investigação no campo da avaliação em saúde filia nosso pensamento às problemáticas levantadas pelo feminismo afro-latino-americano<sup>10</sup>.

O enfrentamento das iniquidades verificadas no contraste entre grupos de pessoas demanda uma abordagem crítica de direitos humanos, ou seja, que tenha como foco não o conteúdo abstrato dos direitos, mas o compromisso em desnudar as situações que reduzem a autonomia das mulheres e demais pessoas com útero ou que as tornam vulneráveis<sup>11</sup>. Nessa abordagem, entendemos que os direitos humanos não são as palavras estáticas constantes em declarações e normas, mas processos constituintes das lutas por dignidade<sup>1</sup>.

Para Crenshaw<sup>5(178)</sup>, é necessário “expandir os parâmetros conceituais dos discursos dos tratados internacionais existentes” sobre direitos humanos e combater às várias formas de discriminação. Isso porque a abordagem dominante para os direitos humanos geralmente não considera os nexos entre sexismo, racismo, opressão de classe, entre outras formas de produção da desigualdade. A autora do termo ‘interseccionalidade’ afirma:

[...] o problema interseccional não está simplesmente no fato de não abordar um único tipo de discriminação de forma completa, mas no fato de que uma gama de violações de direitos

humanos fica obscurecida quando não se consideram as vulnerabilidades interseccionais de mulheres marginalizadas e, ocasionalmente, também de homens marginalizados<sup>5(178)</sup>.

A intensidade com que as formas de opressão são sentidas pelas mulheres e demais pessoas com útero difere segundo sua condição de classe, cor/raça, orientação sexual, capacidade, faixa etária, local de residência, condição de cidadania, entre outras. Estabelecer a interseccionalidade como pressuposto analítico implica, portanto, em reconhecer que os direitos humanos não são garantidos naturalmente para todas as pessoas, mas são atravessados pelos eixos de poder/subordinação que condicionam o acesso a bens e serviços necessários para se viver com dignidade. A interseccionalidade como ‘ferramenta analítica crítica’ demarca um comprometimento com a justiça social<sup>9</sup>.

A justiça social pode se constituir em um marco ético unificador para a interseccionalidade, que possibilite o diálogo entre pessoas historicamente privadas de direitos<sup>9</sup>. Nesse aspecto, defende-se a ‘justiça reprodutiva’ como modelo ético-político nas práticas, estudos e pesquisas de avaliação de intervenções para saúde sexual e reprodutiva das mulheres e demais pessoas com útero. O arcabouço conceitual da justiça reprodutiva foi construído no âmbito das lutas e da produção intelectual das mulheres racializadas nos Estados Unidos, e pode ser aplicado para a compreensão dos problemas interseccionais que afetam as brasileiras.

The reproductive justice framework begins with the proposition that while every human being has the same human rights, not everyone is oppressed the same way, or at the same time, or by the same forces. Nevertheless, the experiences of oppression and struggling against oppression are constants in human experience. Most of us have had or will have experience of being unjustly degraded and rendered powerless by another individual or by an institution,

often because of our personal characteristic such as gender, race, class, religion, or sexual orientation<sup>12(72)</sup>.

Diante do exposto, no presente texto são discutidos os conceitos de interseccionalidade, direitos humanos e justiça reprodutiva, a partir de uma perspectiva crítica que possa contribuir com estudos e pesquisas no âmbito da avaliação de intervenções – políticas, programas, projetos, serviços – voltados à saúde sexual e reprodutiva. A reflexão ora apresentada foi construída a partir do trabalho de pesquisa sobre avaliação da atenção pós-parto no Brasil desenvolvida por Bourguignon<sup>11</sup>, por isso enfoca a questão dos direitos sexuais e reprodutivos, não obstante possa ser estendida a outras temáticas correlatas. Para tanto, propõe que a avaliação em saúde – entendida como espaço acadêmico e político<sup>13-15</sup> – considere a interseccionalidade como ferramenta analítica para a identificação e enfrentamento das vulnerabilidades das mulheres e demais pessoas com útero; estabeleça os direitos humanos como eixo transversal das análises, isto é, como um instrumento dos processos avaliativos de busca por dignidade na atenção em saúde sexual e reprodutiva; e cultive a justiça reprodutiva como horizonte ético de reflexão e atuação nos espaços avaliativos.

## Interseccionalidade como ferramenta analítica de avaliações críticas

A definição de interseccionalidade pressupõe compreender, primeiramente, que a vida em sociedade tem como característica a organização das relações sociais de acordo com padrões balizados na sexualidade biológica e na construção social do gênero. A cultura molda o biológico, define como as necessidades básicas para a reprodução devem ser satisfeitas, estabelece quem realiza as funções de cuidado e como cumpri-las, estratifica responsabilidades,

enfim, delimita certas convenções que regulam a sexualidade e a procriação humana. Esta compreensão fundamenta-se no conceito de ‘sistema sexo/gênero’ da antropóloga Rubin<sup>16</sup>.

Em seu texto intitulado ‘O tráfico de mulheres’, Rubin nos conduz a refletir sobre as relações entre a construção social de gênero e a opressão feminina:

O que é uma mulher domesticada? Uma fêmea da espécie. Uma explicação vale tanto quanto a outra. Uma mulher é uma mulher. Ela só se transforma em mulher do lar, em esposa, em escrava, em coelhinha da Playboy, em prostituta, em um ditafone humano, dentro de determinadas relações. Fora dessas relações, ela já não é mais auxiliar do homem, assim como o ouro em si não é dinheiro etc. Quais são, então, essas relações por meio das quais uma mulher se torna uma mulher oprimida?<sup>16(10)</sup>.

Segundo a antropóloga, as causas da opressão da mulher podem ser analisadas ao se investigar o “sistema sexo/gênero” que estrutura as sociedades. O termo é empregado para indicar que a opressão é “produto das relações sociais específicas que as organizam”<sup>16(20)</sup> e, portanto, não é um dado natural ou inevitável.

A citação acima constitui uma paráfrase que Rubin fez de um trecho no qual Marx<sup>17(481)</sup> questiona “o que é um escravo negro?” e afirma que só em determinadas relações um homem que tem a cor da pele negra torna-se uma pessoa escravizada. Nas reflexões de Rubin e de Marx, a opressão é o elemento comum entre a domesticação da mulher e a escravidão do homem de cor negra. Isso nos leva a problematizar se as formas de manifestação da opressão são comuns a todas as mulheres e demais pessoas com útero.

Lugones responde a essa questão defendendo que a modernidade colonial impôs um “sistema de gênero opressivo, racialmente diferenciado, hierárquico”<sup>18(940)</sup>. O sistema colonial criou a subalternidade a partir do critério da diferença que negou a possibilidade de existência de outras formas de viver e se

relacionar<sup>18</sup>. A diferença colonial separou os seres humanos em grupos dicotômicos e em posição social desigual. O padrão europeu de modernidade, o status de colonizador, o homem, a cor da pele branca, a heterossexualidade, a religião católica constituíram ‘ferramentas normativas’ de opressão que estão na base da formação social dos países latino-americanos<sup>18</sup>.

Quando se considera as categorias dominantes, entre elas ‘mulher’, ‘negro’ e ‘pobre’, vê-se que não estão articuladas de maneira que incluam pessoas que são mulheres, negras e pobres. A intersecção entre ‘mulher’ e ‘negro’ revela a ausência das mulheres negras em vez da sua presença. Isso porque a lógica categorial moderna constrói as categorias em termos homogêneos, atomizados, separáveis, e constituídos dicotomicamente. Essa construção procede a partir da presença generalizada de dicotomias hierárquicas na lógica da modernidade e das instituições modernas. A relação entre pureza categorial e dicotomias hierárquicas funciona assim: cada categoria homogênea, separável, atomizada caracteriza-se em referência ao membro superior da dicotomia. Assim, ‘mulheres’ refere-se a mulheres brancas. ‘Negro’ refere-se a homens negros. Quando se tenta entender as mulheres na intersecção entre raça, classe e gênero, mulheres não brancas, negras, mestizas, indígenas ou asiáticas são seres impossíveis<sup>18(942)</sup>.

O termo opressão é mobilizado na literatura feminista para indicar a existência de estruturas de poder, socialmente edificadas, que colocam as mulheres em situação de inferioridade. Conforme hooks, ser oprimido significa não ter opções. A autora de ‘Teoria Feminista: da margem ao centro’ critica a noção de que todas as mulheres partilham a opressão da mesma forma e argumenta que o sexismo, como sistema de dominação institucionalizado, “nunca foi capaz de determinar de modo absoluto o destino das mulheres”<sup>19(32)</sup>. Isso porque, fatores como classe social, cor/

raça, identidade de gênero, orientação sexual e religião, por exemplo, fazem com que a ‘intensidade da força opressiva do sexismo’ seja diferente de mulher para mulher. hooks também pontua que o racismo não é sentido da mesma forma por homens e mulheres racializados, isso porque a opressão sexista, racista e de classe interagem de modo a condicionar o status social ocupado pelo homem e pela mulher<sup>19</sup>.

No mesmo sentido, ao tratar da formação sócio-política do Brasil, Gonzalez assevera que o racismo e o sexismo interagem com o sistema de estratificação social, que posiciona mulheres e pessoas não brancas no ‘polo oposto da dominação’. As opressões geradas pela colonização e pela consolidação do capitalismo no país manifestam-se na ‘divisão racial do espaço’ e na ‘divisão racial e sexual do trabalho’. A autora feminista explica que o território brasileiro se caracteriza pela segregação da população pobre e negra nas periferias das cidades e nas regiões menos desenvolvidas do país. Ao passo que as regiões mais industrializadas, com maior concentração de renda e influência política, possuem maior proporção de população branca. A divisão racial e sexual do trabalho é observada na desigualdade de acesso à educação, na ‘concentração desproporcional’ de negros dentre os desempregados e nos empregos que exigem menor qualificação e pagam salários mais baixos, bem como nos serviços domésticos, realizados principalmente por mulheres negras<sup>10</sup>.

A sobreposição de opressões como questão social pode ser compreendida com base no conceito de ‘interseccionalidade’, cunhado por Crenshaw para nomear o fato de que as mulheres têm suas vidas condicionadas não apenas pela questão de gênero, mas também por outros fatores que as tornam mais vulneráveis, dentre os quais a cor da pele. O termo ‘interseccionalidade’ remete à metáfora do entrecruzamento de ruas, em que cada avenida representa um eixo de poder e, conseqüentemente, de subordinação. Nesta metáfora, as mulheres negras encontram-se na intersecção

entre as várias avenidas que atravessam suas vidas. Mas, na hipótese de sofrerem alguma violação de direitos, muitas vezes o auxílio vem apenas de uma direção, isto é, percebe-se que a causa da violação é a discriminação de gênero ou de raça/cor, mas não ambas em simultâneo. Ao identificar que as instituições de justiça compreendiam os eixos de subordinação como distintos e mutuamente excludentes, Crenshaw criou o termo interseccionalidade, a fim de dar visibilidade aos nexos entre eixos de poder, especialmente gênero e cor/raça, que tornam certos grupos humanos subalternos, principalmente as mulheres<sup>5</sup>.

A interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos de subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras. Além disso, a interseccionalidade trata da forma como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento<sup>5(177)</sup>.

A interseccionalidade é considerada uma das mais importantes contribuições das feministas negras para a teoria e prática feministas<sup>9</sup>, ‘uma ferramenta teórica e política útil’ para o feminismo negro no Brasil no diálogo profícuo com o feminismo afro-americano<sup>20</sup>. O feminismo interseccional constitui uma forma de resistência à ‘diferença colonial’ para reivindicar o reconhecimento das opressões interseccionais que tornam invisíveis as mulheres afrodescendentes, indígenas, asiáticas, latinas<sup>15</sup>. A interseccionalidade entre cor/raça, classe e gênero está presente também na análise que a pensadora brasileira Lélia Gonzalez faz sobre a formação colonial da América Latina.

É importante insistir que, dentro da estrutura das profundas desigualdades raciais existentes no continente, a desigualdade sexual está inscrita e muito bem articulada. Trata-se da dupla discriminação de mulheres não brancas na região: as amefricanas e as ameríndias. O caráter duplo de sua condição biológica – racial e/ou sexual – as torna mulheres mais oprimidas e exploradas em uma região de capitalismo patriarcal-racista dependente. Precisamente porque esse sistema transforma diferenças em desigualdades, a discriminação que sofrem assume um caráter triplo, dada sua posição de classe: as mulheres ameríndias e amefricanas são, na maioria, parte do imenso proletariado afro-latino-americano<sup>10(145-46)</sup>.

A mortalidade materna, por exemplo, é uma expressão das opressões interseccionais que tornam as condições de saúde das mulheres e demais pessoas com útero profundamente heterogêneas e desiguais. A saúde, como produto de uma sociedade, reflete os processos de organização social e as estruturas que engendram as desigualdades entre indivíduos e populações<sup>21</sup>. Nesta perspectiva, compreende-se que os determinantes sociais da saúde condicionam os processos de manutenção da vida e de produção de saúde, entretanto, podem ser reforçados ou modificados por meio de políticas públicas.

Estimativas do Unicef indicam que a diferença entre o risco de morte materna entre países industrializados e regiões em desenvolvimento constitui a maior desigualdade evidenciada na área da saúde. Isso porque uma mulher vivendo em um país menos desenvolvido tem 300 vezes mais chance de morrer por complicações ocorridas na gestação e no parto do que uma mulher residente em um país industrializado. A morte materna impacta significativamente na vida das crianças, pois os bebês que perderam suas mães nos primeiros seis meses de vida têm maior probabilidade de morrer até completarem dois anos, na comparação com aqueles cujas mães sobrevivem<sup>22</sup>.

A saúde das crianças e a saúde das mulheres

e demais pessoas com útero, bem como as suas chances de sobrevivência, estão relacionadas ao modo como os direitos básicos da população feminina são ou não garantidos em cada contexto social<sup>23</sup>. Ter liberdade para relacionar-se sexualmente, procurar os serviços de saúde, decidir sobre e poder acessar métodos contraceptivos, proteger-se de doenças sexualmente transmissíveis e ter ou não filhos são direitos que demandam condições materiais e imateriais para que possam ser exercidos<sup>1,24</sup>.

Dentre as condições materiais, estão o acesso à alimentação suficiente e nutritiva, acesso à educação, oportunidades de trabalho e de autonomia financeira, possibilidade de participação e capacidade decisória na vida familiar e comunitária e proteção contra violência e injustiças. As condições imateriais referem-se às causas da discriminação baseada no gênero, na classe social, cor/raça, condição de cidadania. De acordo com Collins e Bilge<sup>9(137)</sup>,

[...] a interseccionalidade proporciona um importante conjunto de ferramentas conceituais para analisar o poder do Estado, as políticas públicas de saúde e os resultados obtidos na saúde.

Para melhorar a saúde das mulheres e demais pessoas com útero, assim como das crianças, defende-se, portanto, uma abordagem crítica fundamentada nos direitos humanos, que articule a provisão de serviços e cuidados de saúde com o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento às discriminações e desigualdades interseccionais.

## Direitos humanos como instrumento das lutas por dignidade

“Os direitos não podem reduzir-se às normas”, essas palavras de Herrera Flores<sup>1(17)</sup> demarcam uma importante premissa da teoria crítica dos

direitos humanos. O direito constitui um entre outros instrumentos de disputa por reconhecimento de valores e interesses. Mas o direito, como técnica procedimental, não pode ser confundido com os direitos humanos, que são o objeto das normas nacionais e internacionais. A distinção entre forma e conteúdo é um pressuposto para contrapor o mito da universalidade abstrata, que orienta a concepção tradicional de direitos humanos. Na perspectiva tradicional e hegemônica, confunde-se o plano ideal – o objetivo de que todas as pessoas tenham acesso a bens e serviços indispensáveis à vida com dignidade – com o plano da realidade – onde grande parte da população não detém os recursos para satisfazer suas necessidades.

Estamos diante de uma lógica bastante simplista que, contudo, tem consequências muito importantes, pois conduz a uma concepção ‘*a priori*’ dos direitos humanos. Se estamos atentos, essa lógica faz pensar que temos os direitos antes de ter capacidades e as condições adequadas para exercê-los<sup>(27)</sup>.

Ao designar que a corrente tradicional tem uma concepção *a priori* dos direitos humanos, Herrera Flores chama atenção para a falsa ideia de que direitos geram direitos, criticando o positivismo jurídico que enaltece a norma como um ideal abstrato apartado das dinâmicas sociais. O teórico espanhol argumenta que o reconhecimento jurídico é o resultado, sempre provisório, dos processos de conquista ou de resistência que ocorrem fora do campo do direito. Ele afirma:

[...] o conteúdo básico dos direitos humanos será o conjunto de lutas pela dignidade, cujos resultados, se é que temos o poder necessário para isso, deverão ser garantidos por normas jurídicas, por políticas públicas e por uma economia aberta às exigências da dignidade<sup>(33)</sup>.

O direito é um instrumento que pode ser utilizado para reproduzir ou para transformar os valores dominantes de uma sociedade e

que, conseqüentemente, expressa o resultado das disputas por hegemonia. É nesse ponto que a interseccionalidade, como ferramenta analítica, possibilita identificar os eixos de poder/subordinação que determinam o potencial de luta dos diferentes segmentos populacionais. A posição que um indivíduo ou grupo populacional ocupa nos processos de divisão do fazer humano – social, sexual, territorial, cultural e econômica – pode privilegiar, subordinar ou até mesmo impedir o acesso à alimentação, educação, saúde, habitação, emprego, segurança<sup>1</sup>. Portanto, as normas jurídicas refletem os sistemas de valores hegemônicos e os processos de divisão do fazer humano (ou eixos de poder/subordinação), por conseguinte, excluem grupos humanos de dispor dos recursos para sobreviver dignamente e, inclusive, participar em condições de igualdade com os grupos dominantes das disputas por hegemonia.

Nem todos ‘temos’ por igual os direitos, ou seja, os instrumentos e meios para levar adiante nossas lutas pelo acesso aos bens necessários para afirmar nossa própria dignidade.

Entretanto – e aqui nos aproximando dos *direitos humanos* tal e como nos propomos –, todos os seres humanos *deveriam ter* esses meios e também outros de maior alcance (políticos e econômicos) que os dotassem do suficiente poder na hora de exercer suas práticas sociais em prol da dignidade<sup>(41)</sup>.

O conceito de direitos humanos, tal como enunciado por Herrera Flores, corrobora com a abordagem feminista para os direitos sexuais e reprodutivos proposta por Corrêa e Petchesky. As autoras argumentam que o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos é mediado pela relação entre poder e recursos:

[...] poder de tomar decisões com base em informações seguras sobre a fecundidade, gravidez, educação dos filhos, saúde ginecológica e atividade sexual; e recursos para levar a cabo tais decisões de forma segura<sup>24(140)</sup>.

Com esta definição, as autoras argumentam que a concepção tradicional – na qual os direitos sexuais e reprodutivos são entendidos como ‘escolhas’ ou ‘liberdades privadas’ que resultam do pensamento e ação individuais – não faz sentido para os grupos sociais que vivem em condições de vulnerabilidade e exclusão social.

Conforme Corrêa e Petchesky, a noção de que as mulheres deveriam ter capacidade para decidir se gostariam de filhos, como e quando, remonta os movimentos feministas ligados ao socialismo inglês da primeira metade do século XIX. Assim, embora o termo ‘direitos reprodutivos’ seja recente, a ideia de integridade corporal e autodeterminação sexual permeia o histórico das lutas das mulheres por transformar os instrumentos normativos e as políticas governamentais rumo à emancipação das mulheres e à melhoria das condições de vida das pessoas. As autoras pontuam que o nome ‘direitos reprodutivos’ foi cunhado por mulheres envolvidas com a criação, em 1979, da Rede Nacional pelos Direitos Reprodutivos nos Estados Unidos. A rede, ao desenvolver campanhas internacionais pelo direito ao aborto, pautou a Conferência Internacional sobre a Mulher e a Saúde ocorrida em Amsterdã no ano de 1984, alterando inclusive sua denominação para Rede Global de Mulheres por Direitos Reprodutivos. Dessa forma, os usos do termo ampliaram-se e a nomenclatura passou a ser reconhecida internacionalmente. No Brasil, sob a influência da conferência de Amsterdã, o Ministério da Saúde instituiu uma Comissão sobre os Direitos de Reprodução Humana em 1985<sup>24</sup>.

Como descrevem as autoras, o ativismo intelectual e político das mulheres negras nas sociedades do Norte e das mulheres do Sul global contribuíram para ampliar o significado dos direitos sexuais e reprodutivos no sentido de englobar as necessidades sociais que, ao não serem atendidas, impedem que as mulheres possam tomar decisões sobre seu corpo, sexualidade e reprodução. Nessa perspectiva, a teoria feminista posiciona-se criticamente ante o discurso tradicional dos direitos humanos

– fundamentado na dicotomia entre esfera pública e privada – que subsidia a visão de que o Estado não deve intervir para romper com os sistemas de subordinação que posicionam segmentos populacionais em desvantagem social, econômica e cultural.

O objetivo é transformar o modelo liberal clássico dos direitos a fim de: (1) enfatizar a *natureza social*, não somente individual, dos direitos, deslocando o peso das obrigações correlativas da esfera dos agenciamentos individuais para o plano da responsabilidade pública; (2) reconhecer os contextos comunitários relacionais nos quais os indivíduos agem para exercer ou lutar por seus direitos; (3) colocar em primeiro plano a base *substantiva* dos direitos e necessidades humanas e a redistribuição dos recursos; e (4) reconhecer os portadores dos direitos em suas identidades múltiplas e autodefiníveis, incluindo gênero, classe, orientação sexual, raça e etnicidade<sup>24(155)</sup>.

Ao desconstruir a dicotomia público/privado da corrente clássica dos direitos humanos, as feministas indicam que as responsabilidades e comportamentos femininos são internalizados como construtos sociais definidos com base no gênero e que as ‘decisões’ que as mulheres tomam ocorrem, muitas vezes, em contextos de pressão – e até mesmo de violência – familiar e comunitária. Corrêa e Petchesky argumentam que a implementação de direitos sociais, mediante atribuição de responsabilidades ao Estado e instituições mediadoras, é fundamental no sentido de garantir o substrato necessário para que as decisões reprodutivas possam ser livres de impedimentos ou constrangimentos<sup>24</sup>.

Esta visão dos direitos sexuais e reprodutivos postula um compromisso ético com a promoção da cidadania politicamente responsável, com base em quatro princípios complementares de direitos humanos. A integridade corporal, entendida como direito individual e social, que considera a inviolabilidade corporal um elemento constitutivo

da dignidade humana. A autonomia pessoal ou direito à autodeterminação, que implica em viabilizar um contexto seguro para que as mulheres possam tomar decisões e expressar como se sentem. A igualdade de condições, princípio que se aplica tanto às relações entre homens e mulheres quanto às relações entre mulheres, conduz à ideia de redistribuição de poder e recursos rumo ao enfrentamento das iniquidades sociais, econômicas e culturais. E o princípio da diversidade, que denota o respeito às diferenças de valores relativas à identidade sexual, cultural, religiosa etc., a fim de que as características dos diversos segmentos sociais não sejam barreiras para o exercício dos direitos humanos<sup>24</sup>.

Portanto, a concepção crítica que nos orienta compreende que

[...] as dimensões de liberdade individual e justiça social não podem ser consideradas de maneira isolada enquanto os recursos e o poder permanecerem distribuídos desigualmente na maioria das sociedades<sup>24(169)</sup>.

É na relação de interdependência e complementaridade entre saúde reprodutiva, direitos humanos e justiça social que abordaremos no próximo item as contribuições do referencial teórico da justiça reprodutiva.

## Justiça reprodutiva como pressuposto ético

Antes de adentrar no conceito de justiça reprodutiva, recuperamos o texto de Toni Leonard sobre como um movimento organizado construiu as bases para essa concepção feminista. A autora demarca que, no ano de 1994, houve uma conferência nacional na cidade de Chicago, nos Estados Unidos da América, para debater reformas no sistema de saúde daquele país. Um grupo organizado de afro-americanas participou da conferência com o propósito de defender que a atenção à saúde para as mulheres precisava ofertar, de

maneira acessível, toda a gama de serviços para promoção da saúde reprodutiva, incluindo métodos contraceptivos, cobertura para o aborto, cuidados pré e pós-natais, assistência para prevenção de câncer e outras doenças e educação sexual. O movimento também argumentava que as mulheres racializadas e suas famílias constituíam o segmento populacional mais atingido pela morbidade e mortalidade materna e infantil, violência doméstica e doenças sexualmente transmissíveis. Foi nesse contexto de lutas que o grupo decidiu nomear o movimento como Women of African Descent for Reproductive Justice (WADRJ)<sup>25</sup>.

It was the name that spoke to the injustices of the current health system that denied women of color full services due to compounded issues of race, class, and gender. It also referenced that not all of us were African American, but from the African diaspora. We chose WADRJ because abortion access, while important, was but one of countless barriers to women and their families being healthy and living in healthy communities. Finally, the inclusion of 'justice' in our name spoke to issues of fairness and equitable distribution of resources. We recognized that 'equality' within the context of rights often times did not shift the imbalance of economic resources to favor the powerless, and that women of color, especially poor black woman, were still disenfranchised. In simplest terms, we spliced together the concept of reproductive rights and social justice to coin the neologism 'reproductive justice'<sup>25(40-41)</sup>.

Em 1994, esse movimento por justiça reprodutiva também participou da Conferência Internacional para a População e Desenvolvimento, na cidade do Cairo – Egito, para enfatizar o entrelaçamento entre pobreza, subdesenvolvimento, reprodução e políticas de controle populacional. Desde então, a justiça reprodutiva notabilizou-se e ganhou força nos espaços de militância e no meio acadêmico, fortalecendo-se por meio da articulação com movimentos de mulheres do Sul global para

consubstanciar uma ferramenta analítica que conecta organização política com trabalho intelectual<sup>25</sup>. Como destacam Collins e Bilge, a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos de parte significativa da população mundial são historicamente moldados pelas ideias e práticas geradas pela estrutura colonial.

O termo 'Sul global' é mais que uma localização geográfica, um local físico que abriga histórias de colonialismo, escravidão, racismo e imperialismo. Essas histórias moldam as relações de poder no interior dos Estados-nação do Sul global, onde vive a maioria das jovens, mas também as relações de poder dos Estados-nação no Norte global, que historicamente se beneficiaram desses sistemas<sup>9(138)</sup>.

A concepção de justiça reprodutiva foi formulada como paradigma teórico e um modelo para movimentos ativistas, fundamentada no decolonialismo, numa perspectiva crítica dos direitos humanos e na justiça social como valor ético. A justiça reprodutiva alinha-se à epistemologia feminista, utilizando-se de abordagens disciplinares e interdisciplinares para contrapor teorias e ideologias racistas, sexistas, imperialistas, heteronormativas, entre outras, que subsidiam opressões interseccionais<sup>12</sup>. A justiça reprodutiva, como argumentam Ross e Solinger<sup>12</sup>, oferece um enquadramento teórico, estratégico e prático que desafia narrativas dominantes sobre o poder e as experiências das pessoas marginalizadas. Com essa perspectiva crítica, a justiça reprodutiva é definida em contraposição à visão tradicional dos direitos humanos, que compreende a saúde sexual e reprodutiva como dimensões da esfera privada dos indivíduos. Ao pressupor que a abordagem de direitos deve estar atrelada a uma concepção de justiça social, o foco analítico passa da escolha individual para os recursos necessários para que os indivíduos, especialmente as mulheres e demais pessoas com útero, possam realizar escolhas com autonomia e liberdade. A satisfação das necessidades básicas e o empoderamento tornam-se elementos-chave nesse arcabouço conceitual.

Conforme Ross et al.<sup>26</sup>, o modelo de justiça reprodutiva pode ser definido a partir dos seguintes critérios: é interseccional; baseia-se em uma perspectiva crítica dos direitos humanos; relaciona o contexto local ao global; identifica as relações entre indivíduos e comunidades; combate todas as formas de controle populacional (eugenia); trata das responsabilidades de governos e corporações; compromete-se com a formação de lideranças individuais e comunitárias a fim de modificar as relações de poder; coloca os segmentos populacionais marginalizados no centro da análise; entende que a participação na arena democrática é necessária para se alcançar a justiça reprodutiva; pressupõe a interdependência entre teoria, estratégia e prática; aplica-se a todas as pessoas e contextos.

A justiça reprodutiva como arcabouço teórico cumpre com o que Herrera Flores<sup>1</sup> denomina de função social do conhecimento. Significa que não é possível se advogar neutralidade teórica, pois “todo conhecimento é produzido por alguém e para algo”<sup>1(98)</sup>, afirma o autor. Isso implica em reconhecer que o conhecimento é produzido em determinados contextos sociais, econômicos e culturais; teorias possuem consequências e têm o potencial de desvelar ou naturalizar relações de opressão e injustiça; assim, as teorias podem reforçar paradigmas dominantes que respondem a propósitos privatistas – como o neoliberalismo e o conservadorismo – ou podem subsidiar paradigmas emancipatórios.

Três princípios, segundo Herrera Flores<sup>1</sup> orientam a função social do conhecimento: a) adotar uma perspectiva crítica requer posicionar-se contra o colonialismo do saber e reconhecer que os outros são sujeitos de conhecimento assim como nós; b) considerar os seres humanos como sujeitos concretos, que procuram satisfazer diariamente suas necessidades na dinâmica da vida cotidiana; c) pensar e atuar no presente, reconhecendo a complexidade dos dilemas e desafios impostos pela realidade, a fim de criar condições teóricas e práticas que viabilizem o enfrentamento aos

processos que dividem e hierarquizam indivíduos e grupos populacionais. Como assevera o autor, nem toda teoria tem como exigência que todas as pessoas vivam de forma digna. Teorias comprometidas com os direitos humanos e a justiça social procuram potencializar que seres humanos concretos se apropriem dos recursos materiais e imateriais para a satisfação de suas necessidades e, assim, possam desenvolver suas capacidades com autonomia e liberdade.

Herrera Flores<sup>1</sup> propõe um esquema visual para a compreensão da ética dos direitos humanos. O ‘diamante ético’ (figura

1) constitui uma imagem metodológica que possibilita identificar as relações de interdependência dos componentes que definem os direitos humanos. O diamante representa a complexidade do tema por ser uma figura tridimensional, com vários pontos em conexão e que, à medida que é movimentado, possibilita diferentes perspectivas. Assim como o diamante é produto do tempo e de forças geológicas, os direitos humanos são historicamente lapidados pelas lutas sociais em prol da dignidade humana, que constitui o centro para o qual convergem todos os eixos.

Figura 1. Diamante ético dos direitos humanos



Fonte: Herrera Flores<sup>1(118)</sup>.

Segundo Herrera Flores<sup>1</sup>, o eixo material congrega categorias práticas: as forças produtivas (o que produz bens/serviços); relação social de produção (aspectos que determinam o modo de acesso a bens/serviços); disposições (consciência do lugar ocupado no acesso a bens/serviços); historicidade (contextos, causas e atores que mobilizam a dinâmica social); desenvolvimento (processo atual de criação de condições sociais, culturais, econômicas); práticas sociais (formas de organizar a

ação a favor ou contra uma situação). Esse eixo é entrecruzado pelo eixo conceitual, constituído por categorias teóricas: as teorias (formas de observar e explicar); os valores (preferências individuais ou coletivas que permitem as relações sociais); posição (lugar que ocupa na sociedade e determina o acesso a bens); espaço (físico e simbólico onde ocorrem as disputas por hegemonia); narrações (discursos que definem como participar das relações sociais); instituições (conjunto de normas que

indicam como resolver conflitos e satisfazer expectativas). Ao prefaciá-la obra de Herrera Flores, Piovesan<sup>27(15)</sup> salienta a contribuição do autor para a dimensão praxiológica dos direitos humanos:

A ética dos direitos humanos é a ética que vê no outro um ser merecedor de igual consideração e profundo respeito, dotado do direito de apropriar-se e desenvolver as potencialidades humanas de forma livre, autônoma e plena. É a ética orientada pela afirmação da dignidade e pela prevenção do sofrimento humano. Daí a importância do brilho convidativo do 'diamante ético' dos direitos humanos como marco pedagógico e de ação, como pretende o autor.

A concepção de justiça reprodutiva dialoga com a proposta crítica de Herrera Flores sobre os direitos humanos. Pois ambas as abordagens permitem conectar organização política e trabalho teórico em uma concepção que integra as necessidades individuais e a oferta de serviços básicos de saúde (saúde reprodutiva); as lutas por garantias jurídicas e a implementação de ações que viabilizem o exercício da sexualidade e da reprodução com autonomia e segurança (direitos reprodutivos); e o reconhecimento de que os sistemas de valores dominantes baseados no sexo, raça/cor, classe social, entre outros, interagem e geram opressões reprodutivas interseccionais (justiça reprodutiva).

Esses eixos de poder/subordinação produzem diferentes experiências reprodutivas que variam conforme a posição social ocupada por cada pessoa com útero ou grupo no contexto social, econômico e cultural no qual vivem. As políticas de saúde e as práticas assistenciais podem contribuir para reduzir as desigualdades que afetam o acesso aos cuidados de saúde, especialmente ao alcançar aquelas pessoas que estão à margem e que mais sofrem com as opressões interseccionais. Desse modo, compreendemos que a avaliação em saúde, como espaço político e acadêmico, tem potencial para identificar as lacunas que podem

gerar iniquidades nos programas e serviços, bem como recomendar ações eticamente comprometidas com a promoção da justiça reprodutiva.

## Por uma avaliação crítica em saúde reprodutiva

Avaliar significa realizar um julgamento de valor sobre algo de acordo com certos parâmetros e em determinado contexto. Trata-se de uma atividade que perpassa a vida cotidiana como processo reflexivo inerente ao exame de decisões e atitudes tomadas. Como espaço acadêmico e profissional, a avaliação desenvolveu-se como área que congrega conceitos, métodos, técnicas e práticas específicas, mas que possui caráter transdisciplinar, pois ao mesmo tempo em que se alimenta de áreas como administração pública, economia, epidemiologia e direito, fornece ferramentas analíticas para outras áreas. Além de transversal a várias áreas do conhecimento, a avaliação desenvolve-se no entrelaçamento entre o campo acadêmico e campo burocrático, tendo em vista a dinâmica que se estabelece entre a produção de estudos e pesquisas sobre problemas sociais e a elaboração de intervenções pelo poder público e/ou por organizações da sociedade civil<sup>28-30</sup>.

A avaliação é entendida como um aspecto do processo mais amplo, que abrange desde o reconhecimento de um problema como parte da agenda pública, as disputas pela definição de objetivos e estratégias; execução das ações, monitoramento dos processos e resultados até o julgamento da intervenção, no sentido de melhorar seu desempenho. De acordo com Minayo,

[...] a avaliação não é um evento isolado, mas sim um processo, em que se integram avaliadores e avaliados em busca do comprometimento e do aperfeiçoamento dos indivíduos, grupos, programas e instituições<sup>31(24)</sup>.

Um problema adquire relevância coletiva quando atores políticos reconhecem que uma situação pode ser modificada. Na perspectiva feminista, a busca por solucionar problemas mobiliza a práxis da interseccionalidade “e os tipos de problemas sociais gerados pelos sistemas interseccionais de poder prestam-se ao conhecimento desenvolvido pela práxis”<sup>9(34)</sup>, isto é, teoria e ação complementam-se um ao outro na definição de intervenções. Conforme Leonardo Secchi<sup>32</sup>, um problema é definido quando o *status quo* é considerado inadequado ante uma expectativa de que é possível melhorar a realidade observada. O enfrentamento a um problema público ocorre mediante ações interventivas conduzidas por agentes plurais – estatais ou não.

Uma intervenção pode ser concebida como um sistema organizado de ação que visa, em um determinado ambiente e durante um determinado período, a modificar o curso previsível de um fenômeno para corrigir uma situação problemática. Em todo sistema organizado de ação são encontrados cinco componentes: uma estrutura [física, organizacional, simbólica], atores individuais e coletivos e suas práticas, processos de ação, uma ou várias finalidades, e enfim, um ambiente<sup>33(45)</sup>.

O conceito de intervenção social abarca situações complexas que demandam a atuação de diferentes níveis de organização social, tais como: organismos internacionais, instituições governamentais, associações, entidades e coletivos da sociedade civil. Como destacado por Minayo, “do ponto de vista ético, a avaliação das intervenções sociais se dirige para mudanças que precisam ser construídas no chão da realidade social”<sup>31(20)</sup>. Nesse sentido, as avaliações são orientadas por anseios de enfrentamento de desigualdades e melhoria das condições de vida de grupos, comunidades e populações. Os processos avaliativos, quando comprometidos com valores democráticos, têm o potencial de fomentar espaços de diálogo e aprendizagem coletivos para subsidiar a tomada de decisão.

Diante disso, defende-se que a avaliação de intervenções sociais converge com os pressupostos da teoria feminista e da teoria crítica dos direitos humanos. Os conceitos de interseccionalidade, direitos humanos e justiça reprodutiva – trabalhados anteriormente – podem corroborar para que as avaliações possam identificar os grupos populacionais que sofrem mais obstáculos para acessar bens e serviços básicos, bem como propor recomendações para a redução das iniquidades constatadas. Nesse sentido, tanto a teoria feminista quanto a teoria crítica dos direitos humanos destacam que a produção de conhecimentos precisa começar ‘de baixo para cima’, ou seja, a partir da investigação sobre as necessidades que as pessoas têm e quais as barreiras concretas que elas enfrentam para satisfazê-las com dignidade. É o que se destaca nos trechos selecionados abaixo:

Intersectionality powerfully addresses human rights violations and helps us move away from single-issue and top-down approaches. It provides an avenue for cross-issue alliances to achieve systemic, institutional changes because systems of oppression interact with each other<sup>12(75)</sup>.

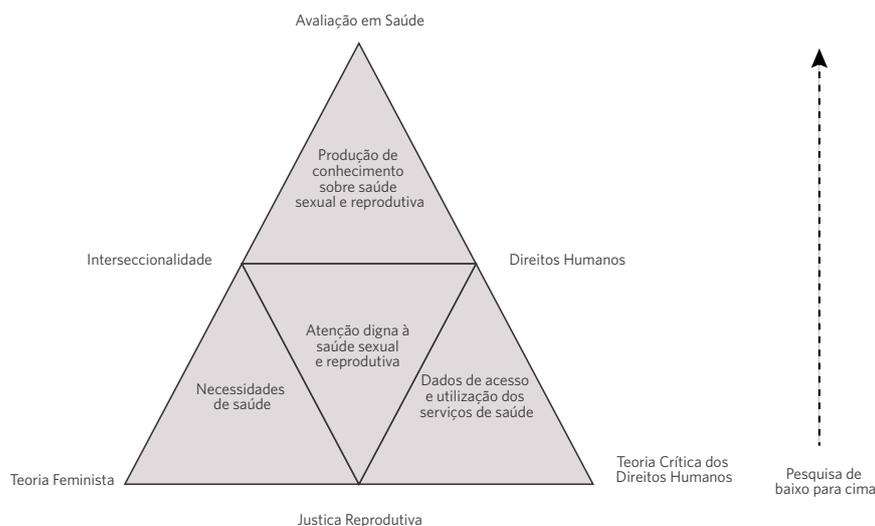
[...] os direitos dos indivíduos não somente se reduzem às liberdades de pensamento, mas se estendem necessariamente às condições sociais, econômicas, políticas e culturais com as quais e nas quais nos relacionamos. Devemos, então, partir de uma reflexão que comece do ‘outro concreto’, dos seres humanos de carne e osso que lutam diariamente por satisfazer as suas necessidades e saciar as suas carências. Somente desde esse outro concreto se poderão ir construindo as bases para chegar ao ‘outro generalizado’, isto é, ao ser humano como entidade global – humanidade- e como ser dotado de capacidade abstrata para lutar por sua particular concepção de dignidade humana<sup>1(103)</sup>.

Conceber o percurso do conhecimento de ‘baixo para cima’ dialoga com a pluralidade

de técnicas metodológicas. A avaliação por triangulação de métodos é uma abordagem, segundo Minayo, que utiliza recursos mistos, quantitativos e qualitativos, para analisar como as estruturas, processos e produtos de uma intervenção interagem para atingir certos resultados em face dos objetivos delineados<sup>31</sup>. A triangulação aplicada aos processos avaliativos possibilita integrar o trabalho de profissionais

de diferentes áreas de conhecimento, agregar aspectos objetivos e subjetivos, propiciar a participação e a interação entre as pessoas envolvidas com os diversos níveis da intervenção, empregar múltiplos procedimentos e técnicas de coleta e tratamento de dados<sup>31</sup>. A *figura 2* traz um modelo de avaliação por triangulação, construído com base na discussão aqui proposta.

Figura 2. Esquema da pesquisa por triangulação aplicada à avaliação da atenção à saúde sexual e reprodutiva



Fonte: elaboração própria.

A triangulação viabiliza a apreensão da complexidade da realidade, composta por elementos subjetivos (percepção, significados, representações etc.) e elementos objetivos (dados de frequências, proporções, indicadores etc.). Dessa forma, a avaliação por triangulação de teorias e métodos oferece perspectivas diferentes e complementares sobre uma intervenção social. Intervenções sociais – sejam elas políticas públicas, programas, projetos, serviços – que tenham como foco a saúde reprodutiva podem se beneficiar da avaliação por triangulação.

## Considerações finais

A partir da triangulação teórica entre interseccionalidade, teoria crítica dos direitos humanos e justiça reprodutiva, propomos uma abordagem crítica para avaliação em saúde, tendo como elemento central, constante na *figura 2*, a atenção digna à saúde sexual e reprodutiva das mulheres e demais pessoas com útero. Defende-se esta perspectiva crítica na avaliação em saúde a partir das seguintes considerações anteriormente discutidas:

- O reconhecimento de que gênero, cor/raça e classe social constituem eixos de poder/subordinação interseccionais que afetam a saúde sexual e reprodutiva;
- A experiência das opressões interseccionais não é homogênea entre as pessoas com útero: cada pessoa ou grupo sente os efeitos dessas opressões de maneiras diferentes, de acordo com o contexto no qual elas vivem;
- Intervenções sociais – tais como políticas, programas e projetos – podem reproduzir os mecanismos de opressão ou promover ações de enfrentamento às iniquidades no acesso e utilização de serviços básicos de saúde;
- Os direitos sexuais e reprodutivos são uma dimensão dos direitos humanos, viabilizados por meio de intervenções sociais – comprometidas com a justiça reprodutiva – que propiciam o substrato necessário para o enfrentamento das desigualdades e o exercício da cidadania;
- O entendimento de que as avaliações de intervenções voltadas para as pessoas com útero demandam um enquadramento específico, que considere a interseccionalidade como ferramenta analítica para identificar e enfrentar os mecanismos de subordinação que as afetam distintamente;
- O arcabouço teórico da justiça reprodutiva pode corroborar o desenvolvimento de estudos e práticas de avaliação em saúde sexual e reprodutiva, comprometidos eticamente com um projeto de sociedade que

almeja que as pessoas tenham autonomia e liberdade para exercerem o direito de decidir se querem ou não, quando e como ter filhos/as, bem como, para que tenham condições dignas para exercer o direito à parentalidade em ambientes seguros e saudáveis.

Esses pressupostos estão alinhados a uma concepção de avaliação pluralista, comprometida com o aprimoramento das intervenções sociais para a melhoria das condições de vida das pessoas com útero e a promoção da justiça social. Os conceitos e técnicas da avaliação em saúde são reconfigurados mediante o referencial do feminismo negro e da teoria crítica dos direitos humanos. As avaliações têm o potencial de reconhecer como os eixos de poder/subordinação interseccionais afetam o acesso e a utilização de serviços de saúde para pessoas grávidas e puérperas; se e como os serviços alcançam os segmentos populacionais mais vulneráveis; e se o contexto no qual o programa se desenvolve é favorável ao exercício dos direitos sexuais e reprodutivos. Essas e outras questões norteadoras, sustentadas pela teoria feminista e pela teoria crítica dos direitos humanos, podem contribuir com desenhos de avaliações comprometidas com o enfrentamento das iniquidades em saúde, para ampliação da proteção dos direitos humanos, rumo à justiça reprodutiva.

## Colaboradora

Bourguignon AM (0000-0001-9293-6719)\* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

---

## Referências

1. Herrera Flores J. A (re)invenção dos direitos humanos. Florianópolis: Fundação Boiteux; 2009.
2. Chauí M. Convite à Filosofia. São Paulo: Ática; 2000.
3. Ferreira MLR. As Mulheres na Filosofia. Lisboa: Edições Colibri; 2009.
4. Spelman E. Inessential Woman: problems of exclusion in feminist thought. Boston: Beacon Press; 1988.
5. Crenshaw K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Rev Estud Fem.* 2002;10(1):171-188. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000100011>
6. Carneiro S. Mulheres em movimento: contribuições do feminismo negro. In: Hollanda HB. Pensamento feminista brasileiro: formação e contexto. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo; 2019. p. 271-289.
7. Piscitelli A. Interseccionalidades, categorias de articulação e experiências de migrantes brasileiras. *Soc Cult.* 2008;11(2):263-274. DOI: <https://doi.org/10.5216/sec.v11i2.5247>
8. Mello L, Gonçalves E. Diferença e interseccionalidade: notas para pensar práticas em saúde. *Rev Prog Ciênc Soc UFRN [Internet].* 2010 [acesso em 2024 maio 21];11(2):163-173. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/cronos/article/download/2157/pdf>
9. Collins PH, Bilge S. Interseccionalidade. São Paulo: Boitempo; 2021.
10. Gonzalez L. Por um feminismo afro-latino-americano: ensaios, intervenções e diálogos. Rio de Janeiro: Zahar; 2020.
11. Bourguignon AM. Justiça reprodutiva na atenção puerperal: avaliação crítica das condições de atenção à saúde da mulher no período pós-parto no Brasil (2000-2019) [tese]. Ponta Grossa: Universidade Estadual de Ponta Grossa; 2022. 230 p.
12. Ross LJ, Solinger R. Reproductive Justice: an introduction. Oakland, California: University of California Press; 2017.
13. Furtado JP, Vieira-da-Silva LM. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. *Cad Saúde Pública.* 2014;30(12):2643-2655. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00187113>
14. Cruz MM, Oliveira SRA, Campos RO. Grupos de pesquisa de avaliação em saúde no Brasil: um panorama das redes colaborativas. *Saúde debate.* 2019;43(122):657-667. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912201>
15. Bourguignon AM, Hartz Z, Moreira M. Avaliação de programas de atenção pós-parto no Brasil: perfil bibliométrico da produção científica (2000-2019). *Saúde debate.* 2021;45(130):915-931. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113026>
16. Rubin G. Políticas do sexo. São Paulo: UBU Editor; 2017.
17. Marx K. Trabalho Assalariado e Capital. Kindle Edition. São João del-Rei: Estudos Vermelhos; 2009.
18. Lugones M. Rumo a um feminismo descolonial. *Rev Estud Fem.* 2014;22(3):935-952. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2014000300013>
19. hooks b. Teoria Feminista: da margem ao centro. São Paulo: Perspectiva; 2019.
20. Figueiredo A. Epistemologia insubmissa feminista negra decolonial. *Temp Arg.* 2020;12(29):e0102. DOI: <http://dx.doi.org/10.5965/2175180312292020e0102>
21. Barata R. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009
22. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Situação Mundial da Infância 2009: saúde materna e neonatal. Brasília, DF: Unicef; 2008.

23. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Situação Mundial da Infância 2007. Mulheres e Crianças: o duplo dividendo da igualdade de gênero. Brasília, DF: Unicef; 2006.
24. Corrêa S, Petchesky R. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. *Physis*. 1996;6(1-2):147-177. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73311996000100008>
25. Leonard TMB. Laying the foundations for a Reproductive Justice Movement. In: Ross LJ, Roberts L, Derkas E, et al., organizadoras. *Radical reproductive justice: foundations, theory, practice, critique*. New York: Feminist Press; 2017. p. 39-49.
26. Ross LJ, Roberts L, Derkas E, et al. *Radical reproductive justice: foundations, theory, practice, critique*. New York: Feminist Press; 2017.
27. Piovesan F. Prefácio. In: Herrera Flores J. A (re)invenção dos direitos humanos. Florianópolis: Fundação Boiteux; 2009.
28. Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, et al. *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.
29. Hartz Z, Vieira-da-Silva LM. *Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programa e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
30. Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, et al., organizadores. *Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais*. Rio de Janeiro: MedBook; 2010.
31. Minayo MCS. Introdução: conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadoras. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 19-51.
32. Secchi L. *Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos*. São Paulo: Cengage Learning; 2017.
33. Champagne F, Contandriopoulos AP, Brousselle A, et al. *Avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos*. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, et al., organizadores. *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. p. 41-60.

---

Recebido em 20/11/2023

Aprovado em 09/06/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). Bolsa de doutorado para a autora (Processo nº 88881.361796/2019-01)

**Editora responsável:** Ana Maria Costa



## Contribuições de Paulo Freire para a melhoria da relação médico-paciente

### *Paulo Freire's contributions to improving the doctor-patient relationship*

Braulino Alexandre Carmes<sup>1</sup>, Charles Dalcanale Tesser<sup>1</sup>, Luiz Roberto Agea Cutolo<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/2358-289820241428790P

**RESUMO** Uma 'boa' relação médico-paciente é fundamental para uma prática clínica efetiva no Sistema Único de Saúde. São comuns, na prática clínica, os problemas de comunicação, o autoritarismo e certa desconsideração da situação existencial e da agenda dos usuários. Paulo Freire tratou de temas similares na educação, sendo menos aproveitado para ensino e prática da condução dos atendimentos médicos. O objetivo deste ensaio foi sintetizar contribuições das ideias freirianas para construção/melhoria da relação médico-paciente em contexto clínico ambulatorial. Metodologicamente, foi realizada uma análise de literatura articulando aspectos da relação médico-paciente e ideias de Freire. A análise consistiu em leitura e síntese livre de obras selecionadas sobre a relação clínica e das ideias contidas nos principais livros de Freire, consideradas pertinentes a essa temática (primeiro e segundo tópicos do artigo). Seguiu-se uma síntese das contribuições freirianas, organizadas em cinco temas: reforço ao desafio de desviar da objetificação do usuário; concepção emancipadora, crítica e participativa da relação médico-paciente e dos seus aspectos educativos; importância do mundo da vida dos usuários; importância de abrir e manter o diálogo; 'bem' manejar as dinâmicas de poder. As ideias de Freire continuam muito relevantes e contribuem para o ensino e a melhoria da prática clínica ambulatorial.

**PALAVRAS-CHAVE** Relações médico-paciente. Educação em saúde. Educação médica. Medicina de família e comunidade. Atenção Primária à Saúde.

**ABSTRACT** A 'good' doctor-patient relationship is essential for effective clinical practice in the Unified Health System. Communication problems, authoritarianism and a certain disregard for the patients' existential situation and agenda are common in clinical practice. Paulo Freire addressed similar issues in education, and his ideas were less used for teaching and practice of conducting medical care. This essay aimed to synthesize the contributions of Freire's ideas for building/improving the doctor-patient relationship in an outpatient clinical context. Methodologically, a literature review was performed coordinating doctor-patient relationship aspects and Freire's ideas. The analysis consisted of reading and free synthesis of selected works on the clinical relationship and the ideas contained in Freire's main books, considered relevant to this theme (first and second topics of the article), was followed by a synthesis of Freire's contributions, organized into five themes: reinforcing the challenge of avoiding patient objectification; emancipatory, critical and participatory conception of the doctor-patient relationship and its educational aspects; importance of the patient's lifeworld; centrality of opening and maintaining dialogue; handling power dynamics well. Freirean ideas are still very relevant and contribute to the teaching and improvement of outpatient clinical practice.

**KEYWORDS** Physician-patient relations. Health education. Medical education. General practitioners. Primary Health Care.

<sup>1</sup> Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Florianópolis (SC), Brasil. [braucarmes@gmail.com](mailto:braucarmes@gmail.com)



## Introdução

A qualidade do cuidado médico ambulatorial e do seu ensino é relevante para a saúde pública, na medida em que a Atenção Primária à Saúde (APS), via Estratégia Saúde da Família, deve ser o primeiro contato (não emergencial) do cidadão com o Sistema Único de Saúde (SUS), além de estruturante e coordenadora dos seus serviços. Entretanto, a abordagem da relação médico-paciente na educação médica é frequentemente marginalizada e colocada em matérias de psicologia, sociologia ou antropologia médica<sup>1</sup>.

Há certo consenso sobre a necessidade de deslocar o ‘holofote’ do médico e da doença para o usuário e sua relação com o profissional<sup>2</sup>. Foi reconhecida a relevância do vínculo terapêutico e de uma comunicação mais horizontalizada, e foram elaboradas técnicas para isso<sup>3</sup>. Todavia, na prática clínica e no seu ensino, há resistências a mudanças, perpetuando-se posturas paternalistas que veem o usuário como passivo<sup>4</sup>. Há necessidade de mudar o significado de ser médico<sup>3</sup>, pois mesmo um ótimo plano de manejo é inútil se o usuário não se compromete com ele<sup>5</sup>. São comuns críticas à objetificação do usuário<sup>3</sup>, ao autoritarismo<sup>4</sup>, à desconsideração da perspectiva do usuário<sup>5</sup> e clamores sobre a importância do diálogo<sup>6</sup>. Questões similares foram abordadas por Paulo Freire (1921-1997), educador que ressignificou a prática pedagógica<sup>7</sup> ao criar um método de alfabetização de adultos reconhecido no Brasil e no mundo<sup>8-10</sup>. Seus escritos abordam vários temas: diálogo, reflexão crítica, conscientização, liberdade, emancipação e autonomia<sup>11</sup>.

No Brasil, a obra freiriana influenciou a área da saúde<sup>12</sup>, principalmente iniciativas ainda hoje inovadoras de educação em saúde<sup>13</sup>. Destacou-se o movimento da Educação Popular em Saúde (EPS)<sup>13-15</sup>, iniciado nos anos 1970 e cujo propósito era “trazer, para o campo da saúde, a contribuição do pensamento freiriano”<sup>16(53)</sup>. A partir de 1991, a Rede de Educação Popular e Saúde (RedePop) articulou nacionalmente

profissionais de saúde e lideranças populares. Desde 2000, existe o Grupo Temático de Educação Popular em Saúde, na Associação Brasileira de Saúde Coletiva<sup>17</sup>. Em 2003, a RedePop tornou-se Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde (Aneps), e nesse ano, foi criada, no Ministério da Saúde, a Coordenação Geral de Ações Populares de Educação na Saúde<sup>18</sup>. Em 2013, foi promulgada a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS), com os princípios: diálogo, amorosidade, problematização, construção compartilhada do conhecimento, emancipação e compromisso com a construção do projeto democrático e popular<sup>19</sup>.

As ideias freirianas e da EPS são mais discutidas nas ações especificamente de educação em saúde<sup>20,21</sup>. Quando discutidas na clínica, são em sentido bem genérico ou voltado para ‘fortalecer as práticas populares de cuidado’<sup>19</sup>. Por exemplo, para Alves<sup>13</sup>, a EPS busca reorientar o trabalho, sobretudo na atenção primária, quanto às práticas de gestão, controle social, educação e cuidado. A EPS ajuda a “problematizar a realidade [...] nos consultórios [...] nas ações educativas nos territórios, nos espaços comunitários, escolares”<sup>22(11)</sup>. Vasconcelos<sup>23(126)</sup> considera que a EPS é

[...] fundamental na construção histórica de uma medicina integral, na [...] ampliação da inter-relação entre as diversas profissões, especialidades, serviços, doentes, familiares, vizinhos e organizações sociais [...]. Esta redefinição da prática médica se dá [...] pela articulação de múltiplas, diferentes e até contraditórias iniciativas [...] em um processo que valoriza principalmente os saberes e práticas [populares].

A EPS permite a

emergência de novos padrões de enfrentamento dos problemas de saúde marcados pela integração entre o saber técnico e o saber popular e pela mútua colaboração<sup>15(30)</sup>.

Em revisão de literatura sobre a EPS<sup>24</sup>, não se encontra nenhuma discussão específica sobre como ou em que o ideário freiriano pode influenciar/melhorar as consultas médicas e as relações médico-paciente intraconsultório. Há pouca discussão sobre suas contribuições ao ensino/melhoria da condução dos atendimentos médicos, cujo aprendizado técnico é geralmente relegado ao ensino da semiologia e ao aprendizado tácito realizado comumente em hospitais (enfermarias e ambulatorios). O aproveitamento das ideias freirianas parece ter sido algo maior em outras profissões, sobretudo a enfermagem<sup>25-27</sup>. Apesar de haver alguns estudos com foco clínico, em geral restrito – por exemplo: Borges e Porto<sup>28</sup> –, percebe-se uma escassez de exploração das contribuições freirianas ao ensino e técnica da clínica ambulatorial e à construção de uma boa relação médico-paciente. Neste estudo, tenta-se reduzir essa lacuna, fazendo uma imersão ou *zoom* no potencial específico de contribuições de Freire ao interior da condução das consultas médicas ambulatoriais comunitárias.

O objetivo deste trabalho é sintetizar as principais contribuições das ideias freirianas para a construção e melhoria da relação médico-paciente no atendimento individual de um ponto de vista da prática clínica ambulatorial. Metodologicamente, foi realizada uma análise de obras sobre a relação médico-paciente e de Paulo Freire selecionadas. Os textos de Freire analisados, por serem considerados essenciais para o entendimento das suas ideias, foram: ‘Educação como prática de liberdade’<sup>29</sup>; ‘Pedagogia do oprimido’<sup>30</sup>; ‘Extensão ou comunicação’<sup>31</sup>; ‘Educação e mudança’<sup>32</sup>; e ‘Pedagogia da autonomia’<sup>33</sup>.

Sobre a relação médico-paciente, foram selecionados alguns livros de referência usados no ensino de medicina de família e comunidade, pela sua relevância e por essa especialidade médica ter avançado mais em propostas de melhoria da performance clínica: ‘Entrevista clínica: habilidades de comunicação para profissionais de saúde’<sup>6</sup>, ‘Medicina centrada na

pessoa: transformando o método clínico’<sup>3</sup>, ‘The inner consultation: how to develop an effective and intuitive consulting style’<sup>5</sup>, e ‘Skills for communicating with patients’<sup>4</sup>, além de artigos referenciados.

A análise dos dois conjuntos de textos consistiu em leitura e síntese livre dos conteúdos considerados mais relevantes para os objetivos. Na sequência, realizou-se uma análise visando detectar e sintetizar as principais contribuições de Freire à melhoria da performance médica nos atendimentos ambulatoriais, a partir da experiência clínica na atenção primária à saúde dos autores. Não foram adotados procedimentos sistemáticos de análise, e sim leitura e discussão livres das ideias e sua síntese, de modo a permitir sua formatação em artigo. Não foram discutidas questões teóricas e filosóficas além de sua breve menção quando indispensáveis, devido ao foco na prática clínica.

## Sobre a relação médico-paciente

A relação médico-paciente tem sido estudada há décadas. Nos anos 1950, Parson<sup>34</sup> abordou-a enfatizando o ‘papel de doente’, incapacitado de exercer atividades sociais. A doença seria um desvio ameaçador da ordem social, e ao médico, caberia regular/controlar os doentes, para que retornem às suas atividades<sup>35</sup>. O psicanalista Balint<sup>36</sup>, em 1950-1960, analisou relatos de generalistas ingleses enfatizando desencontros e dificuldades relacionais a partir de uma perspectiva psicodinâmica. Sociólogos como Luc Boltanski (1940-...) <sup>37</sup> abordaram essa relação, e seus aspectos antropológicos foram discutidos por médicos antropólogos (por exemplo: Kleinman<sup>38</sup> [1941-...] e Helmann<sup>39</sup> [1944-2009]). Mais recentemente, tal relação é estudada abrangendo a personalização da assistência, a humanização do atendimento, o direito à informação<sup>40</sup>, o centramento da abordagem na pessoa<sup>3</sup> e as habilidades de comunicação necessárias para uma boa relação<sup>6</sup>.

A relação médico-paciente foi modelizada. Em 1956, Szazs<sup>41</sup> propôs três modelos básicos: atividade-passividade, cooperação-orientação e participação mútua. Este último, baseado na relação entre dois adultos (médico ajuda o usuário a se ajudar), foi considerado mais adequado. Outra proposta viu quatro padrões: paternalista, informativo, interpretativo e deliberativo. No último, mais desejável, o médico seria um amigo ou professor que oferece informações, ajuda o usuário a se conhecer e sugere o que considera melhor<sup>42</sup>.

Quando o usuário procura o médico, visa diminuir dores e sofrimentos, mas também dar nome e significado ao sofrimento e melhorar seu controle sobre a situação<sup>6</sup>. Ao procurar assistência, a pessoa está vulnerável, uma posição 'um abaixo', com um problema que não consegue resolver sozinha e com autoestima afetada. Ela não deve sair do atendimento 'dois abaixo'<sup>5</sup>.

Uma consulta inicia-se com a acolhida das demandas do usuário, continua com a anamnese e o exame físico para coletar informações e elaborar hipóteses diagnósticas, e, por fim, gera um plano de manejo a ser pactuado. Para o médico ser efetivo, precisa entender algo do significado, aspirações, crenças, ideias, expectativas e sofrimentos do doente<sup>3</sup>. Se o médico evita ou inibe as ideias dos usuários, é mais provável haver falhas de entendimento<sup>4</sup>.

O apoio empático e a cordialidade geram uma resposta positiva, já que o profissional deve ser a ponte para que o medo, comum nos adoecimentos, seja direcionado para uma conta racional<sup>6</sup>. É importante, na consulta, que se reconheça e se valorize o ponto de vista do usuário e não se despreze suas ideias e emoções. O reconhecimento das crenças, perspectivas e sentimentos e o incentivo a que sejam expressos permitem uma abordagem mais efetiva ao facilitar um lugar comum entre médico e usuário<sup>4</sup>.

Por vezes, o médico ignora quando o usuário dá voz à sua visão de mundo, e isso é associado nas pesquisas a piores desfechos<sup>3</sup>. Pode ocorrer que usuário e médico divirjam sobre

o adoecimento, ou que este último se sinta receoso de não controlar a consulta: ao deixar o primeiro falar, é incerto para onde irá a conversa. Comumente, os médicos interrompem precocemente e fazem perguntas fechadas, mantendo os usuários passivos e a situação sob controle<sup>4,43</sup>.

Isso também acontece por barreiras de comunicação decorrentes das diferenças entre médico e usuário (idade, gênero, raça, classe, escolaridade, particularidades culturais)<sup>6</sup>. Contudo, não é necessário ter compartilhado a experiência de vida da outra pessoa. Basta se aproximar e tentar enxergar a problemática na perspectiva de quem a está vivendo e comunicar seu entendimento, sem pena ou preocupação<sup>4</sup>.

Há duas vozes em uma consulta: a voz da medicina (científica) e a voz do usuário sobre o mundo<sup>44</sup>. Barry et al.<sup>45</sup> notaram que os melhores desfechos ocorriam quando havia um mundo da vida mútuo, em que profissional e usuário utilizam a voz do mundo da vida para salientar a experiência individual. Os médicos precisam ser sensibilizados para dar atenção às preocupações da vida trazidas a eles<sup>3</sup>. Para coletar informações e raciocinar clinicamente, há que se aproximar da perspectiva da pessoa, das suas crenças e expectativas<sup>6</sup>. Há algumas estratégias para isso: uma pergunta aberta sobre como o sofrimento afeta a vida induz expressar sentimentos e pensamentos<sup>4</sup>. Outra é tentar entender a diferença entre saúde e experiência da doença para a pessoa<sup>3</sup> e perguntar sobre o seu conhecimento prévio<sup>4</sup>.

Quando os usuários fazem perguntas, expressam suas preocupações, preferências e opiniões, o médico consegue ter melhor entendimento sobre suas crenças<sup>3</sup>. Se há falha de entendimento e visões divergentes, comumente o profissional não descobriu a visão do usuário nem dialogou com ela<sup>4</sup>. Ao final do atendimento, é recomendado ao médico expressar-se com segurança, não caindo na agressividade nem na passividade<sup>6</sup>, bem como evitar o jargão médico, gerador de problemas de comunicação e de inibição em perguntar<sup>4</sup>.

Quando o tratamento não é cumprido, é comum se falar de ‘não adesão’. Em usuários de precária situação socioeconômica ou idosos, isso pode criar estereótipos<sup>6</sup>. A má adesão pode ser uma discordância em que houve inibição de falar abertamente<sup>3</sup>. Colocar a culpa da não adesão ou mal entendimento no usuário é, muitas vezes, um equívoco já que é responsabilidade médica pactuar o plano terapêutico<sup>5</sup>.

O usuário só pode entender claramente o tratamento se o médico tiver claro o que cabe ao primeiro<sup>5</sup>. O plano de manejo pensado deve se ajustar ao mundo da vida da pessoa atendida<sup>3</sup>. Os usuários não pegam os dados recebidos em consulta e os processam como um computador, usuários e médicos são seres sociáveis vivendo em comunidade<sup>6</sup>. A sua relação não é um teste de força. O médico não precisa concordar com o usuário, mas deve propor sua explicação e tratamento de forma minimamente consistente com a visão da pessoa, e isso deve fazer sentido na sua perspectiva<sup>3</sup>.

O profissional é apenas mais uma influência na vida do usuário, como as mídias, os amigos, a família; e o influenciará na medida em que ele permitir. Logo, não é eficaz ordenar unilateralmente medidas<sup>6</sup>. É necessário construir comprometimento com a terapêutica. Esse é o desafio da parte final da consulta. Abre-se um processo de negociação em que, quanto maior o entendimento e a concordância, maior o compromisso. Essa negociação deve ser um diálogo não deixado na mão do usuário nem ordenado unilateralmente pelo médico. O objetivo não é transmitir a verdade, e sim procurar de forma conjunta e responsável o melhor plano de ação<sup>6</sup>.

Na decisão compartilhada, amplamente defendida na literatura, médico e usuário compartilham todas as decisões em mão dupla de informações, preocupações e expectativas<sup>4</sup>. O médico não faz tudo o que lhe é solicitado; ele coloca seu conhecimento para discussão do manejo do sofrimento/adoecimento<sup>3</sup>. O usuário tem direito de discordar, e quando isso acontece, deve ativar a curiosidade genuína

do profissional e o diálogo, tornando a relação mais proveitosa<sup>6</sup>.

## Ideias de Paulo Freire

“A liberdade [...] é uma conquista e exige permanente busca”<sup>30(22)</sup>, pois quem luta por ela é quem não a tem. Não obstante, Freire pontuava a necessidade de equilíbrio entre liberdade e autoridade, porque “uma ruptura desse equilíbrio poderia gerar autoritarismo ou licenciosidade”<sup>33(89)</sup>. Destacou que o desafio da autoridade é a necessidade da generosidade. Quando um educador usa de arrogância e mandonismos, inferioriza sua autoridade, pois a autoridade democrática entende que “a disciplina verdadeira não existe [...] no silêncio dos silenciados, mas no alvoroço dos inquietos”<sup>33(56)</sup>. Para não degenerar em autoritarismo, a autoridade deve procurar uma relação simpática e respeitosa<sup>30</sup>.

A autonomia é algo que se constrói conforme a pessoa adquire experiências. Ninguém é responsável pela autonomia de ninguém. A prática educativa deve ser centrada em promover experiências estimuladoras das decisões e da responsabilidade, respeitosa da liberdade. A prática de um profissional crítico que lida com gente é criar essa responsabilidade na capacitação, sem “estimular os sonhos impossíveis... [e sem] negar a quem sonha o direito de sonhar”<sup>33(144)</sup>. Por meio do equilíbrio entre autoridade e liberdade, o educando pode construir uma autonomia com materiais elaborados por ele mesmo ou emprestados pelo educador. Assim, a autonomia vai se construindo por meio da liberdade, que “vai preenchendo o espaço antes habitado por sua dependência”<sup>33(94)</sup>, e se funda na sua responsabilidade.

Freire fazia oposição à educação verbosa e palavresca, que apenas faz comunicados ao invés de comunicar. Colocava que só o diálogo comunica. Quando os dois polos do diálogo se ligam, fazem-se críticos na busca de algo<sup>29</sup>. O diálogo é um encontro em que se solidariza o

refletir e o agir. Isso não é um ato de depositar ideias em um outro supostamente ignorante; ao que chamou de ‘educação bancária’<sup>32</sup>.

Não há diálogo quando alguém se aliena da própria ignorância, enxergando-a apenas no outro e nunca em si, e quando um se fecha à contribuição do outro. O “educador ensina e aprende de forma dialógica com o educando, pois não há ignorantes absolutos nem tampouco sábios. Há homens que, em comunhão, buscam saber mais”<sup>30(33)</sup>. Por isso, Freire era opositor do anti-diálogo, uma relação de A sobre B, de uma forma desamorosa, arrogante, que rompe a relação de empatia que o diálogo produz<sup>32</sup>.

Freire aborda a interação de educandos e educadores como cointencionados em um diálogo entre sujeitos que, de forma crítica, conhecem a realidade para, assim, recriar o conhecimento a partir da reflexão. Quanto mais criticamente a capacidade de ensinar/aprender é exercida, maior é a construção de uma curiosidade epistemológica<sup>32</sup>. O autor defendia uma educação que propicia reflexão sobre o próprio refletir, desenvolvendo essa potencialidade do educando. Tal educação crítica recria a relação do sujeito com a realidade e resulta em estar na realidade e com ela por atos de criação, recriação e decisão. Via como sintoma da desumanização uma pessoa acomodada ao que lhe é imposto em forma de receita, sem oportunidade de discutir. Isso afoga a pessoa na massificação e sacrifica sua capacidade criadora, rebaixando-a a um objeto<sup>29</sup>.

Para Freire, o trabalhador social que opta pela mudança deve ‘desmitificar’ a realidade, ver nas pessoas com quem trabalha (no caso dos médicos, os usuários) sujeitos, e contribuir para a superação da estrutura que os rebaixa à condição de objetos. Deve atuar e refletir com quem trabalha, para conscientizar-se com eles sobre a sua realidade. Necessita cada vez mais ampliar seus conhecimentos técnicos e saberes sobre os limites objetivos que enfrenta no seu ‘que fazer’<sup>32</sup>. Quando um profissional ignora os obstáculos, experiências históricas, políticas e sociais que obstruem o processo

de autoconhecimento, está trabalhando em favor desses obstáculos. Por isso, não pode defender uma humanidade em abstrato. Há de lutar constantemente contra qualquer forma de opressão<sup>33</sup>.

Se a tomada de consciência coloca a pessoa de forma crítica em um sistema de relações e superando a si mesma, aprofunda-se e se torna conscientização. Contrapondo-se à desumanização, a conscientização resulta na pessoa se defrontando com o mundo, na sua realidade concreta<sup>31</sup>. Compreendendo sua realidade, pode procurar soluções ela mesma e, assim, transformar sua realidade, seu eu e suas circunstâncias. O trabalho educativo envolve, para Freire, intensificar e dialogicizar a relação da pessoa com sua realidade vivida. O educador deve ir em direção a ela e ali perceber aspectos relevantes e significativos para os educandos, para, a partir deles, construir, em diálogo, novos conhecimentos, visando à conscientização crítica.

Em ‘Pedagogia do oprimido’, Freire defende a dialogicidade do seu método como “essência da educação como prática da liberdade”<sup>46(9)</sup>. Esse método usa o diálogo para identificar as relações homem-mundo, os ‘temas geradores’, que são palavras e expressões do universo do alfabetizando usados como ponto de partida, ao permitirem conhecer o seu contexto para retirar da vida cotidiana o vocabulário usado na alfabetização e o conteúdo programático da educação<sup>47</sup>. Assim, sua metodologia se dirige ao mundo vivido das pessoas para dele partir, conforme sua experiência e perspectiva, via trabalho dialógico, e chegar aos objetivos educacionais pretendidos.

## Contribuições de Paulo Freire

Foram identificados cinco temas centrais em torno dos quais as ideias freirianas contribuem para a melhoria de relacionamentos nos atendimentos clínicos, tornando-os mais efetivos e emancipatórios (*quadro 1*).

Quadro 1. Contribuições principais de Freire para a melhoria da relação clínica

- 1 Reforço ao desafio de desviar da objetificação do paciente
- 2 Concepção emancipadora, crítica e participativa da relação clínica
- 3 A importância do mundo da vida dos usuários
- 4 A centralidade de abrir e manter o diálogo
- 5 Cuidado no manejo das dinâmicas de poder

Fonte: elaboração própria.

### Reforço ao desafio de desviar da objetificação do usuário

Um problema da relação médico-paciente é a tendência de abordar o usuário como um objeto, derivada do centramento do saber e técnica médicos na dimensão biológica do indivíduo e seu adoecimento (ou riscos). Isso fragmenta o sujeito e o induz a negligenciar as suas demais dimensões, afastando sua complexidade e reduzindo-o a objeto. Há quem justifique isso alegando ser necessário um distanciamento crítico para melhor juízo diagnóstico, um eufemismo para uma suposta neutralidade<sup>48</sup>.

Ademais, barreiras sociais (diferenças culturais e de classe ou grupo social) facilitam que o profissional transforme sua competência em preconceito e arrogância, ignorando a complexidade da vida da pessoa, colocando-a como passiva<sup>6</sup>. Isso induz o usuário a se sentir suspenso, levando-o a julgar seu mundo de uma forma diferente<sup>29</sup>. De tanto ouvir que é incapaz, termina por se convencer disso. “Fala de si como aquele que não sabe e dos ‘doutores’ como os que sabem”<sup>30(28)</sup>.

Se o profissional impõe um objetivo prescrevendo tratamentos (curativos e/ou preventivos), coisificará o usuário em uma relação de domesticação<sup>31</sup>. Ao agir como ‘doutor’, não explorando no usuário suas complexidades e singularidades contextuais e pessoais, o profissional se torna menos sensível à sua humanidade, compromete-se com sua desumanização e desumaniza-se também<sup>32</sup>.

Freire reforça esse antigo desafio da formação e prática médicas. Para exercer uma relação baseada na humanização, é necessária uma aceitação do usuário, suas crenças, conhecimentos, emoções e subjetividade. Aceitação não significa concordar com ele, mas ouvir e reconhecer suas emoções e saberes, sua subjetividade, apreciar sua perspectiva e construir uma relação dialógica e participativa<sup>4</sup>.

### Concepção emancipadora, crítica e participativa da relação clínica

Freire se colocava contra a educação bancária, fundada na opressão, em que o não saber se encontra apenas no outro<sup>30</sup>. Se o profissional se julga membro de uma elite de especialistas salvadores, donos de um saber a ser doado aos ignorantes, diminui-se como profissional e humano, alienando-se da sua função<sup>32</sup>. Para se opor a isso, o profissional deve construir uma relação em que ambos são sujeitos do processo, superando o autoritarismo do método bancário.

Um profissional crítico não pode ser um memorizador mecânico, que não percebe quando não existe relação do que leu e o que ocorre na realidade de seu país, cidade, bairro ou usuário. É necessário perceber melhor as leituras de mundo que os grupos sociais com quem trabalha fazem do seu contexto, e não desconsiderar seu saber. A “leitura de mundo” precede a “leitura da palavra”<sup>33(27)</sup>. Não há técnicas neutras que possam ser transferidas de um contexto ao outro; e a alienação

do profissional, por vezes, não permite que perceba isso<sup>32</sup>. A comunicação exige sujeitos que incidem sua 'admiração' sobre o mesmo objeto. Sendo comuns a ambos as palavras que expressam essa admiração, nasce uma compreensão semelhante do objeto, cujo processo não é isento de condicionantes socioculturais<sup>31</sup>.

Para Freire, o respeito pela leitura de mundo do educando (usuário) não visa gerar simpatia. É a maneira de atuar com o educando (não sobre ele) na tentativa de superação de uma maneira mais ingênua para um modo mais crítico de se relacionar com o mundo. Quando se respeita tal leitura, ela pode ser tomada como ponto de partida do papel da curiosidade como impulsionadora da construção de conhecimento. Quando se desrespeita essa leitura, denotando um gosto elitista, não se escuta o outro nem se fala com ele<sup>33</sup>.

Não se deve pensar pelos outros ou para os outros. A investigação de como o povo (o usuário) pensa deve ser feita com ele como sujeito do seu pensar. Se tiver um pensamento ingênuo, será refletindo o seu pensar que ele mesmo o superará. Tal superação não é consumo de ideias, e sim ato de produzi-las e transformá-las na ação e comunicação<sup>30</sup>, o que se constrói pela curiosidade epistemológica, fomentada pelo aprender criticamente<sup>33</sup>.

Para isso, educador e educando precisam estar co-intencionados à realidade como sujeitos, não apenas para conhecê-la de forma crítica, mas também para recriar este conhecimento<sup>30(31)</sup>.

Essa mensagem de Freire reforça que o desafio da relação clínica é oferecer em diálogo informações claras que despertem interesse, confiança e reflexão crítica<sup>32</sup>. A comunicação é um processo interativo e dialogal, envolve *feedback* sobre como a mensagem foi interpretada, se foi entendida e qual seu impacto<sup>4</sup>. O diálogo é incontornável, viabiliza um encontro em que o profissional estimula o refletir dos sujeitos. Contudo, não é possível dialogar quando se fica fechado para a contribuição da perspectiva do outro<sup>30</sup>.

Assim, a tarefa do profissional é a prática da construção do conhecimento: desafiar gentilmente e dialogalmente a pessoa a produzir seu conhecimento. Não existe a inteligibilidade que não se funde na dialogicidade<sup>33</sup>. O profissional e o usuário cointencionados ao adoecimento/sofrimento contextualizado no mundo da vida se encontram como sujeitos para conhecer criticamente e recriar tal conhecimento<sup>30</sup>, visando ao cuidado.

### **A importância do mundo da vida do usuário**

Barry et al.<sup>45</sup> conduziram uma análise qualitativa de consultas médicas e observaram três tipos de relação: a) mundo da vida ignorado, em que a perspectiva das pessoas era ignorada pelo médico; b) mundo da vida bloqueado, na qual essa perspectiva era suprimida pela perspectiva médica; e c) mundo da vida mútuo, em que o usuário e o médico usam a perspectiva de vida do primeiro para salientar o aspecto único da vivência da pessoa. Nessas análises, os piores desfechos ocorreram nos dois primeiros tipos, e os melhores, no último. Os autores concluíram que os médicos precisam ser sensibilizados para dar atenção às preocupações do mundo da vida que a pessoa traz.

O mundo da vida varia para cada pessoa e em diferentes momentos. A explicação e o tratamento devem ser consistentes com o ponto de vista do usuário e fazer sentido em seu mundo<sup>3</sup>. Para uma atuação democrática na relação, o médico deve colocar seus conhecimentos à disposição, e a pessoa os usa em seu benefício<sup>6</sup>.

Freire defendeu que o trabalho educativo necessita partir do mundo da vida vivida das pessoas para com elas reinterpretar tal mundo criticamente, e nele agir. Isso é amplamente convergente com as diretrizes que conclamam, há décadas, que a abordagem clínica seja centrada nas pessoas. No método clínico clássico, influenciado pelo ambiente hospitalar, rapidamente se abandona o mundo vivido do doente. Isso sacrifica em grande parte a

dialogicidade, afasta sua perspectiva, seus valores, preocupações e modelos explicativos, e inibe o diálogo que permite maior compreensão crítica da situação e mais engajamento e participação no tratamento. Assim, a relação tende a reproduzir hierarquia e dominação.

A qualidade da ação clínica e de seu componente educativo depende essencialmente da dialogicidade e do seu centramento na pessoa em contexto familiar, ocupacional e psicossocial. Por outro lado, a perspectiva superficial de melhorar a ‘humanização’ da relação médico-paciente (empatia, confiança, vínculo) visando apenas a uma maior adesão, via treinamento de técnicas de entrevista, é muito limitada diante da complexidade da construção de maior consciência crítica; da dificuldade de se abrir e manter um diálogo genuíno com maior horizontalidade e empatia no contexto do atendimento médico; e das armadilhas das dinâmicas de poder envolvidas nas relações clínicas. Isso fica em destaque ao se considerar a (progressivamente maior) necessidade de participação dos usuários no seu cuidado devido aos adoecimentos crônicos e à maior longevidade.

### **A centralidade de abrir e manter o diálogo**

“O diálogo é uma exigência existencial, [...] educação é comunicação e diálogo, um encontro de sujeitos que buscam a significação dos significados”<sup>30(42)</sup>. Essa centralidade do diálogo deve ser percebida na relação médico-paciente. Enquanto a atuação médica for “verbosa, palavresca, assistencializadora e tutelar não comunicará e sim fará comunicados”<sup>29(94)</sup>.

Há estratégias e dicas para facilitar o diálogo. Uma delas é a diminuição e a evitação do uso do jargão médico, pois quando se usa linguagem técnica, a pessoa pode não entender e se sentir inibida em perguntar<sup>4</sup>. Porém, a principal estratégia de comunicação é ficar atento à perspectiva do usuário quando ele transmitir seu sistema de crenças, sua percepção do problema e seu contexto. Reconhecendo

essa perspectiva, o médico pode trazer de forma mais adequada o seu próprio sistema de crenças e oferecê-lo como possibilidade de beneficiar o usuário. O objetivo da consulta, assim, é trazer essas duas porções de sistemas de crenças para interagirem dialogicamente, para que, quando os sujeitos se separarem, cada uma tenha mudado um pouco: o médico tenha adquirido novas informações sobre a pessoa e esta última tenha avançado algo na resolução/manejo do seu problema de saúde<sup>5</sup>.

O protagonista principal da consulta é o usuário, e o profissional deve agir como um facilitador, a oferecer recomendações e orientações. Por isso, é importante usar a negociação, que difere da persuasão, já que em uma negociação as duas partes desejam algo por meio do diálogo. Quase sempre, os acordos feitos com diálogo honesto são mais efetivos do que as propostas iniciais, se há escuta sincera e aceitação de que o usuário pode acrescentar algo para a condução do quadro<sup>6</sup>. Um indicador do espaço que o usuário tem na consulta é a porcentagem de tempo ocupado pela fala do usuário no atendimento.

Aceitar as ideias do usuário, principalmente as discordantes, sem um julgamento, pode não ser fácil inicialmente. No entanto, isso estabelece um lugar comum, via entendimento compartilhado da perspectiva do usuário. O profissional reconhece para o usuário que ter ideias e emoções em relação a seu quadro é importante, usufrui delas para o aperfeiçoamento da sua proposta diagnóstica e terapêutica e, adicionalmente, cria uma sensação no usuário de acolhimento das suas necessidades<sup>4</sup>.

Para um diálogo efetivo, é importante o silêncio. O ato de escutar deve ser realizado procurando entrar no movimento interno do pensamento do usuário. A verdadeira escuta não impossibilita que o profissional discorde. Pelo contrário, é escutando que se pode acessar o ponto de vista do usuário<sup>31</sup>. Faz parte da construção do diálogo estimular a pergunta e a reflexão crítica dessa pergunta. O fundamental é que a postura seja dialógica e indagadora, com um respeito pelo saber da pessoa, e que

pode ser superado, se for o caso, por meio da curiosidade epistemológica<sup>31</sup> despertada/reforçada via diálogo interessado pelo seu quadro de forma crítica<sup>30</sup>.

O profissional de saúde não parte do zero. Há uma confiança depositada nele pelo prestígio social, pelo saber técnico que domina ou pela assertividade que opera. Esta última depende da habilidade comunicacional em expressar-se com segurança. Contudo, é preciso equilibrar a confiança que o usuário deposita no profissional. Não se deve deixar que ela crie uma dinâmica de poder que ofusque o objetivo do bem-estar e do crescimento da autonomia do usuário.

### **Cuidado no manejo das dinâmicas de poder**

Nas dinâmicas de poder em uma consulta, por vezes, o usuário não distingue entre pedir e exigir. Isso pode ocorrer por falta de educação da pessoa, mas também pode ser derivado de experiências prévias autoritárias com médicos, nas quais aprendeu que sua opinião só é avaliada quando a impõe agressivamente<sup>6</sup>. Não sendo a consulta um teste de força, a habilidade médica consiste em apresentar uma sugestão que faça sentido no conjunto de hábitos e crenças do usuário, para que, assim, ele se torne um aliado na busca do bem-estar<sup>5</sup>.

Durante a consulta, o usuário fornece diversas 'dicas' sobre a complexidade de seu sistema de crenças de modo verbal e não verbal. Entretanto, os profissionais, muitas vezes, falham em captá-las, o que é alimentado pela sua tendência de prestar atenção somente nas partes da fala dos usuários que podem ser relacionadas à(s) sua(s) doença(s) ou riscos (doença(s) na acepção biomédica, ou *disease*), ignorando sua relação com ela(e)(s). Isso pode ocorrer por busca de controle pelo profissional, via perguntas fechadas limitantes das contribuições do usuário<sup>4</sup>. Outra forma é não informar sobre a situação diagnóstica em sua completude, a não ser que o usuário o solicite, o que reforça a hierarquia de poder e sacrifica

a oportunidade de educação sanitária<sup>6</sup>. Se a diferença de patamar do conhecimento do médico para o do usuário é algo reforçado pelo profissional, ocorre uma mistificação do conhecimento técnico e a desvalorização do saber do usuário, dificultando a criação de usuários autônomos e informados<sup>4</sup>. É importante romper com essa dinâmica de poder e não dominar a consulta<sup>3</sup>.

O que marca a consulta de um profissional, porém, não é tanto o seu uso do poder, mas o seu comprometimento com o sofrimento da pessoa. Esses aspectos emocionais são os mais valorizados pelos usuários. Assim, o objetivo da consulta é criar um ambiente em que ambas as partes se mantenham confortáveis e que a autonomia do usuário seja respeitada, para que se tenha sempre em mente que o profissional só influencia o paciente até onde ele permitir, sem necessidade de sermões. É difícil dialogar em um clima de relação antagônica, em que o profissional só impõe ou cede e não dialoga com ideias ou crenças, logo, não as transforma. Adequar os conhecimentos científicos às crenças do usuário não significa relativizar o saber técnico, que deve ser oferecido da melhor forma possível. A autonomia do usuário não pode ser desculpa para que o médico não trabalhe para a construção do conhecimento sanitário<sup>5,6</sup>.

O profissional que busca sair da ideologia da opressão deve romper com a (suposta) neutralidade na sua atuação. O discurso da neutralidade é uma maneira cômoda de esconder a opção de denunciar uma injustiça; 'lavar as mãos' em face da opressão é reforçar o lado opressor. O que se coloca ao profissional democrático, ciente da impossibilidade da neutralidade, é saber que a sua prática não é a chave para transformações sociais nem é reprodutora da ideologia dominante. Assim, deve saber que quando uma pessoa inserida em um contexto de carência e ou injustiça se adapta à dor, à fome, ao desconforto, essa adaptação toma forma de resistência ao descaso ofensivo a que é submetida. Tais adaptações são resistências necessárias para a sobrevivência física.

Entretanto, na resistência que a mantém viva, é preciso que se coloque o futuro como um problema (com possibilidade de resolução), não como inevitável.

Na vocação para o ‘ser mais’ como expressão da natureza humana, há que se fundamentar na rebeldia, e não na resignação para galgar as mudanças perante as ofensas que destroem ou oprimem o ser. A rebeldia em si é um ponto de partida indispensável para buscar a mudança, mas ela não é o suficiente. A mudança implica a dialetização entre a denúncia da situação desumanizante e o anúncio de sua superação, o que é fundamental: mudar é difícil, mas é possível. Esse mote pode orientar as ações do profissional democrático e crítico, cuja tarefa ao se relacionar com o outro (usuário) é apoiá-lo para que ele mesmo vença suas dificuldades na compreensão do problema<sup>33</sup>.

Deve haver um equilíbrio entre autoridade e liberdade: quando em harmonia, há disciplina; quando há desequilíbrio, a relação se degenera para a licenciosidade ou para o autoritarismo. Um indício de desequilíbrio é a “sofreguidão pelo mando”<sup>33(89)</sup>, que se poderia contextualizar na medicina como mania de sermão e prescrição. Uma relação que incorpore a perspectiva, o mundo da vida e a agenda do usuário, baseada em estímulo para ele participar e se expressar em diálogo na construção de uma interpretação diagnóstica comum e de uma decisão compartilhada da terapêutica, é um antídoto aos comuns desequilíbrios autoritários na relação clínica.

## Considerações finais

Há consenso sobre haver necessidade de atitudes e domínio pelo médico de habilidades importantes na relação médico-paciente para uma consulta efetiva: busca de humanização da consulta, maior compartilhamento de ideias e decisões e melhor entendimento da perspectiva do usuário, para que o plano terapêutico seja pactuado e adaptado às suas crenças, expectativas e situação de vida. As ideias de Paulo

Freire dialogam, enriquecem e intensificam tais atitudes e habilidades ao aprofundarem a crítica à objetificação do usuário, destacarem a importância do diálogo e de investir nele do começo ao final dos atendimentos, enfatizarem a necessidade de partir da perspectiva do usuário em seu mundo da vida para construir com ele saber crítico e ampliar sua autonomia, sem reproduzir dinâmicas de poder autoritárias e apassivadoras.

O referencial freiriano traz conceitos e ideias pouco abordados na teoria, na prática e no ensino da clínica ambulatorial, que fazem sentido nesse contexto e lhe são pertinentes. Tal referencial traz uma perspectiva de ‘profissional democrático’, questionando conceitos de neutralidade e autoridade na relação clínica. Além disso, reforça a necessidade do entendimento do contexto socioeconômico, familiar e psicossocial em que o usuário está inserido para o fomento da autonomia, da conscientização crítica e do seu envolvimento no cuidado. No Brasil, cuja população é multicultural, exposta a intensas desigualdades, violências e iniquidades e rica em práticas/saberes diversos em saúde, isso implica maior conhecimento e aproveitamento dos recursos de cuidado das pessoas, suas comunidades e seus saberes, comumente ignorados pelos profissionais em suas propostas terapêuticas. Tais ideias contribuem para ressignificar a atuação do médico e melhorar sua performance clínica, podendo também orientar estrategicamente sua formação.

## Colaboradores

Carmes BA (0000-0002-2595-9539)\* colaborou para concepção, análise da literatura, redação da primeira versão, revisão crítica e redação da versão final do manuscrito. Tesser CD (0000-0003-0650-8289)\* e Cutolo LRA (0000-0003-3102-3195)\* colaboram para concepção, revisão crítica, redação da versão final e orientação do manuscrito. ■

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

---

## Referências

1. Sucupira AC. A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde. *Interface (Botucatu)*. 2007;11(23):624-627. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832007000300016>
2. Caprara A, Franco A. Relação médico-paciente e humanização dos cuidados em saúde: limites, possibilidades, falácias. In: Deslandes SF, organizadora. *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 85-108.
3. Stewart M, Brown JB, Weston WW, et al. *Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico*. Porto Alegre: Artmed; 2010.
4. Silverman J, Kurtz S, Draper J. *Skills for communicating with patients*. 3. ed. London: CRC Press; 2013.
5. Neighbour R. *The inner consultation: how to develop an effective and intuitive consulting style*. London: Radcliffe Publishing; 2004.
6. Carrió FB. *Entrevista clínica: habilidades de comunicação para profissionais de saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2012.
7. Lima PG. Uma leitura sobre Paulo Freire em três eixos articulados: o homem, a educação e uma janela para o mundo. *Pro-Posições*. 2014;25(3):63-81. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-7307201407504>
8. Silva FCD, Sampaio MN. Cinquentenário das “40 horas de Angicos”: memória presente na educação de jovens e adultos. *Rev Bras Educ*. 2015;20(63):925-947. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-24782015206307>
9. Germano JW. As quarenta horas de Angicos. *Educ Soc*. 1997;18(59):391-395. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-73301997000200009>
10. Gadotti M, organizador. *Paulo Freire: uma bibliografia*. São Paulo: Cortez/Instituto Paulo Freire; 1996.
11. Saul AM. Paulo Freire na atualidade: legado e reinvenção. *e-Curriculum [Internet]*. 2016 [acesso em 2023 fev 10];14(1)9-34. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/curriculum/article/view/27365/19377>
12. Brandão CR. A educação popular na área da Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2001;5(8):127-131. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832001000100010>
13. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface (Botucatu)*. 2005;9(16):39-52. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832005000100004>
14. Vasconcelos EM. *Educação Popular nos serviços de saúde*. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 1997.
15. Vasconcelos EM. *Educação popular e a atenção à saúde da família*. São Paulo: Hucitec; 1999.
16. Stotz EM, David HSL, Wong-Un JA. Educação popular e saúde: trajetória, expressões e desafios de um movimento social. *Rev APS*. 2005;8:49-60.
17. Lima LO, Silva MRF, Cruz PJSC, et al. Perspectivas da Educação Popular em Saúde e de seu Grupo Temático na Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). *Ciênc saúde coletiva*. 2020;25(7):2737. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020257.26122020>
18. Pedrosa JIS. A Política Nacional de Educação Popular em Saúde em debate: (re) conhecendo saberes e lutas para a produção da Saúde Coletiva. *Interface (Botucatu)*. 2021;25:e200190. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.200190>
19. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS (PNEPS-SUS). *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2013 nov 20; Seção I:62-63.

20. Acioli S. Radicalizar as práticas de Educação Popular e Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2021;25:e200536. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.200536>
21. Correa ST, Castelo-Branco S. Amandaba no Caeté: círculos de cultura como prática educativa no autocuidado de portadores de diabetes. *Saúde debate*. 2019;43(123):1106-1119. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912310>
22. Nespoli G, Paro CA, Lima LO, et al. Por uma pedagogia do cuidado: reflexões e apontamentos com base na Educação Popular em Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2020;24:e200149. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.200149>
23. Vasconcelos EM. Redefinindo as práticas de Saúde a partir de experiências de Educação Popular nos serviços de saúde. *Interface (Botucatu)*. 2001;5(8):121-126. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832001000100009>
24. Gomes LB, Merhy EE. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(1):7-18. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000100002>
25. Miranda KCL, Barroso MGT. A contribuição de Paulo Freire à prática e educação crítica em enfermagem. *Rev Lat-Am Enfermagem*. 2004;12(4):631-635. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000400008>
26. Araújo BBMI, Machado ACC, Rossi CS, et al. Referencial teórico-metodológico de Paulo Freire: contribuições no campo da enfermagem. *Rev Enferm UERJ (Rio de Janeiro)*. 2018;26:e27310. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2018.27310>
27. Ceolin S, González JS, Ruiz MCS, et al. Bases teóricas de pensamento crítico na enfermagem ibero-americana: revisão integrativa da literatura. *Texto Contexto Enferm*. 2017;26(4):e3830016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017003830016>
28. Borges SAC, Porto PN. Por que os pacientes não aderem ao tratamento? Dispositivos metodológicos para a educação em saúde. *Saúde debate*. 2014;38(101):338-346. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140031>
29. Freire P. Educação como Prática da Liberdade. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1967.
30. Freire P. Pedagogia do Oprimido. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.
31. Freire P. Extensão ou comunicação? 10. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1992.
32. Freire P. Educação e Mudança. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1979.
33. Freire P. Pedagogia da autonomia; saberes necessários à prática pedagógica. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1997.
34. Parsons T. The social system. Glencoe: The Free Press; 1951.
35. Jaisson M. O estudo de práticas médicas: o cenário da sociologia das profissões. *Saúde Soc*. 2018;27(3):704-714. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018180842>
36. Balint M. O médico, seu paciente e a doença. Rio de Janeiro: Atheneu; 1988.
37. Boltanski L. As classes sociais e o corpo. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1979.
38. Kleinman AM. Patients and healers in the context of culture. Berkeley: University of California Press; 1980.
39. Helman CG. Cultura, saúde e doença. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
40. Caprara A, Franco ALS. A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cad Saúde Pública*. 1999;15(3):647-654. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1999000300023>
41. Szasz TS, Hollender MH. A Contribution to the Philosophy of medicine: the basic models of

- the doctor-patient relationship. *AMA Arch Intern Med.* 1956;97(5):585-592. DOI: <https://doi.org/10.1001/archinte.1956.00250230079008>
42. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA.* 1992;267(16):2221-2226. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.268.11.1410b>
43. Ospina NS, Phillips KA, Rodriguez-Gutierrez R, et al. Eliciting the patient's agenda- secondary analysis of recorded clinical encounters. *J Gen Intern Med.* 2019;34(1):36-40. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4540-5>
44. Mishler EG. *The discourse of medicine. The dialectics of medical interviews.* Norwood, NJ: Ablex; 1984.
45. Barry CA, Stevenson FA, Britten N, et al. Giving voice to the lifeworld: more humane, more effective medical care? *Soc Sci Med.* 2001;53(4):487-505. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00351-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00351-8)
46. Saviani D. Paulo Freire, centésimo ano: mais que um método, uma concepção crítica de educação. *Educ Soc.* 2021;42:e254988. DOI: <https://doi.org/10.1590/ES.254988>
47. Tozoni-Reis MFC. Temas ambientais como “temas geradores”: contribuições para uma metodologia educativa ambiental crítica, transformadora e emancipatória. *Educ Rev.* 2006;(27):93-110. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-40602006000100007>
48. Aciole GG. O lugar, a teoria e a prática profissional do médico: elementos para uma abordagem crítica da relação médico-paciente no consultório. *Interface (Botucatu).* 2004;8(14):95-112. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832004000100006>

---

Recebido em 31/07/2023

Aprovado em 07/06/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Tesser CD recebeu bolsa de produtividade em pesquisa do Conselho Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento (CNPq) - processo nº 313822/2021-2

**Editora responsável:** Jamilli Silva Santos

## Por um gesto de leitura materialista do discurso da avaliação em saúde: critérios e padrões

*For a materialist reading approach to the discourse of health evaluation: criteria and standards*

Max Felipe Vianna Gasparini<sup>1</sup>, Alcides Fernando Gussi<sup>2</sup>, Juarez Pereira Furtado<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/2358-289820241429215P

**RESUMO** Este ensaio parte da inquietação epistemológica de avaliadores em saúde na busca por compreender os sentidos de sua prática profissional e suas formulações teóricas. Tal inquietação emerge a partir do estranhamento acumulado em anos de atuação no campo e um crescente questionamento, face à naturalização da relação entre os conceitos empregados na avaliação em saúde e suas implicações para a manutenção de relações de poder. Apresentamos, neste ensaio, uma proposta analítica para a compreensão dos conceitos mobilizados pela avaliação em saúde amparados pela Análise de Discurso de Michel Pêcheux, pela Filosofia Materialista de Louis Althusser e pela Epistemologia Histórica de Georges Canguilhem. Propomos um gesto de leitura materialista para a análise do discurso normatizado acerca do desenvolvimento da avaliação, buscando contribuir para a superação de leituras idealistas em torno de abordagens e padrões que se sucedem e são estabilizados enquanto verdades, com vistas a avançar para uma compreensão histórica. Compreender a formação do discurso conceitual em torno da prática social da avaliação em saúde no Brasil – e, assim, compreender o funcionamento ideológico de sua enunciação – pode nos auxiliar a aprofundar a análise acerca dos sentidos que operam na prática e na formulação deste espaço social.

**PALAVRAS-CHAVE** Avaliação em saúde. Saúde coletiva. Epistemologia. Discurso. História.

**ABSTRACT** *This essay is based on the epistemological concerns of health evaluators in their search to understand the meanings of their professional practice and their theoretical formulations. Such concerns emerge from the strangeness accumulated over years of work in the field and a growing questioning, given the naturalization of the relationship between the concepts used in health evaluation and their implications for the maintenance of power relations. In this essay, we present an analytical proposal for understanding the concepts mobilized by health evaluation supported by Michel Pêcheux's Discourse Analysis, Louis Althusser's Materialist Philosophy, and Georges Canguilhem's Historical Epistemology. We propose a materialist reading approach for the analysis of the standardized discourse about the development of evaluation, seeking to contribute to overcoming idealistic readings around approaches and standards that succeed one another and are stabilized as truths, with a view to advancing towards a historical understanding. Understanding the formation of the conceptual discourse around the social practice of health evaluation in Brazil—and, thus, understanding the ideological functioning of its enunciation—can aid us to deepen the analysis of the meanings that operate in the practice and formulation of this social space.*

**KEYWORDS** *Health evaluation. Public health. Epistemology. Discourse. History.*

<sup>1</sup>Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) – São Paulo (SP), Brasil.  
maxgasparini89@gmail.com

<sup>2</sup>Universidade Federal do Ceará (UFC) – Fortaleza (CE), Brasil.



## Introdução

Este estudo surge a partir de questões e preocupações do grupo de pesquisadores e avaliadores do Laboratório de Estudos e Avaliação em Saúde (Aval-Lab), da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), ao longo de anos de atuação com o tema da avaliação. No decorrer dessa trajetória, vários esforços de análise sobre a própria avaliação em saúde como área de formulações e práticas foram empreendidos, a partir de diferentes olhares e práticas. Podemos citar a compreensão da avaliação enquanto dispositivo de mudanças institucionais por meio da abordagem construtivista<sup>1</sup>, a abordagem sociológica das dinâmicas sociais e de poder envolvidas na emergência da avaliação em saúde no Brasil<sup>2</sup> e a análise sobre os fundamentos filosóficos e epistemológicos que embasam a prática de avaliação<sup>3</sup>. Trata-se, também, de área em que estamos implicados enquanto práticos, por meio da condução de avaliações de programas e serviços no interior do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>4-8</sup>.

Especificamente, este estudo parte de um estranhamento das posições hegemônicas da avaliação em saúde em torno de suas práticas e conceitos mobilizados, cujos sentidos são tidos como transparentes, apresentando-se enquanto verdades a partir de enunciados que produzem um reconhecimento com efeito de evidência e, por isso, ideológico<sup>9</sup>. Tais posições compreendem o desenvolvimento da avaliação enquanto uma sucessão de abordagens metodológicas, enfoques privilegiados por avaliadores, cronologias de autores ou modelos que se sucedem em uma lógica linear de superação de abordagens anteriores, gerando uma profusão de classificações com pretensões teóricas e metodológicas para a prática da avaliação. Além disso, a avaliação tem sido caracterizada pela imposição de padrões e critérios que regulam o que seriam avaliações mais ou menos adequadas, normalizando condutas, tanto para as avaliações quanto para as meta-avaliações, ou avaliações das avaliações.

O objetivo deste ensaio é introduzir um gesto de leitura materialista, ou seja, uma forma de análise que considera o conhecimento enquanto processo histórico de produção, propondo que a própria história e a função social da avaliação sejam abordadas a partir das relações dialéticas e materiais que estabelecem em seus processos de produção, com base em determinações estruturais. Tal gesto é amparado pela teoria da Análise de Discurso elaborada por Michel Pêcheux e pela Epistemologia Histórica de Georges Canguilhem, além das formulações da Filosofia Materialista propostas pelo filósofo Louis Althusser. A combinação destas abordagens teóricas nos parece oferecer caminhos para a análise dos sentidos da avaliação em saúde na direção de uma reflexividade crítica que, em última instância, sirva ao objetivo de questionar relações materiais cujos sentidos são ideologicamente constituídos e produtores de assimetrias de poder, a partir da reprodução de conceitos que respondem a um determinado modelo hegemônico de sociedade.

A análise empregada neste ensaio se dá pela associação entre o problema, o objeto e o método empregado, e tal articulação tem se apresentado a nós como um processo de experimentação analítica que simultaneamente busca aplicar uma lente teórica a um objeto determinado e produz suas questões no decurso da investigação. Do ponto de vista da Análise de Discurso, compreende-se que as questões de investigação, ou aquelas do discurso, emergem em ato, durante o processo analítico, razão pela qual não se compreende a Análise de Discurso enquanto um método, de forma que novos caminhos, relações e contradições vão emergindo, sem necessariamente ter um ponto específico de partida e um ponto final de chegada. Isto equivale a afirmar que o entendimento do problema a ser analisado neste estudo surge justamente do aporte teórico aplicado sobre nosso objeto, buscando escapar da armadilha empirista<sup>9</sup>. Ou seja, o problema dos inventários normativos para a compreensão dos sentidos da avaliação em

saúde emerge como tal somente em função da lente teórica que estabelecemos para compreender nosso próprio campo de atuação e elaborações: a Análise de Discurso, a Epistemologia Histórica e a Filosofia Materialista. Enquanto ensaio teórico, este estudo busca tensionar e provocar a expansão dos limites analíticos de nosso objeto, a partir de um caminho reflexivo e interpretativo, à luz de uma abordagem teórica explícita, cujas premissas e análises precisam ser coerentes, evitando subjetivações e o recurso a evidências anedóticas<sup>10</sup>.

Partindo da abordagem da Análise de Discurso, constituímos um arquivo – aqui entendido enquanto um conjunto de relações de sentido, que se dão a partir de suportes formais, como os do tipo textual, e não o conteúdo dos documentos em si mesmo<sup>11,12</sup> – formado por artigos, livros, teses, manuais orientativos para a prática e documentos de diretrizes profissionais da avaliação de programas. Tal conjunto é assumido, neste ensaio, como referência, constituindo a visão que tem se mostrado hegemônica para explicar o desenvolvimento da avaliação de programas e a orientação da prática tida como adequada. A partir disto, estabelecemos uma relação de entrecchoque entre essa discursividade e nossa lente teórica da Análise de Discurso, da Epistemologia Histórica e dos aportes de uma Filosofia Materialista, propondo um gesto de leitura materialista que oriente futuras interpretações de sentido do discurso conceitual da avaliação e, mais especificamente, da avaliação em saúde.

## **Por um gesto de leitura materialista para análise dos conceitos em avaliação: articulação entre a Análise de Discurso e a Epistemologia Histórica**

Como afirmou Sérgio Arouca em ‘O dilema preventivista’<sup>13</sup>, obra na qual o autor se ancora em Canguilhem para produzir uma das mais

importantes bases teórico-conceituais do campo da saúde coletiva, o aporte de uma Epistemologia Histórica das ciências opera enquanto um dispositivo capaz de delimitar o ideológico nas práticas sociais, favorecendo, assim, uma prática teórica capaz de oferecer novos instrumentais analíticos para as práticas em saúde<sup>14</sup>, como é o caso da prática da avaliação.

Desse modo, compreendemos, a partir da Epistemologia Histórica, que a história de uma determinada disciplina científica (e aqui assumimos a avaliação como uma disciplina científica ou um saber com pretensões científicas)<sup>15</sup> se dá pela compreensão do contexto conceitual e dos objetivos em torno dos quais se compõem seus efeitos de sentido. Ou seja, não nos parece suficiente, em um estudo que busca compreender os sentidos do discurso da avaliação, partirmos de uma conceitualização ampla e genérica, tal como aquela que entende a avaliação como uma prática sistemática que utiliza abordagens científicas para determinar mérito e valor, por meio do julgamento de uma intervenção social. Esta concepção amplamente aceita e replicada alhures, em diversas referências sobre o tema, nos parece mais provocar questionamentos – ou, até mesmo, apagamentos – do que esclarecer pressupostos.

Tomar um objeto de investigação como discurso significa compreender que a realidade material de um determinado objeto, em um dado contexto histórico, não se apresenta enquanto um fenômeno explicitamente visível e disponível ao olhar de um investigador<sup>12</sup>. Tomar o objeto de investigação a partir de sua discursividade – em nosso caso, de sua discursividade textual – significa propor uma forma específica de ler, ver e ouvir, e, mais do que isso, uma forma específica de produzir conhecimento a partir dos enunciados que constituem relações de sentido.

Não se trata, portanto, de coletar dados dispostos na realidade como frutos já amadurecidos em uma plantação (como a própria palavra ‘coleta’, tomada como metáfora, pode sugerir), o que equivaleria à defesa de uma posição

epistemológica empirista, que apartaria o sujeito conhecedor do objeto a ser conhecido<sup>16</sup>. Nossa postura nesta investigação – ou nosso gesto de leitura, em relação àquilo que produz efeitos de sentidos do discurso que queremos investigar – pressupõe que, ao abordarmos o discurso, estamos imersos em um processo de produção mais amplo, determinado, em última instância, por uma estrutura produtiva específica, no âmbito da sociedade de classes e suas disputas<sup>17</sup>, e sobredeterminada a partir das relações dialéticas que se estabelecem no bojo dos conflitos de classes sociais<sup>18</sup>.

O emprego da Epistemologia Histórica nos orienta a abordar os enunciados científicos a partir dos conceitos que sustentam suas práticas, compreendendo-os como ‘células de conhecimento’ – como cunhou Bachelard (*cellules de savoir*)<sup>19</sup> – que constituem a ligação entre os enunciados universais (ou teorias) e a materialidade histórica, a qual possibilita aos cientistas formularem, designarem e constituírem os objetos que compõem a realidade. Por meio de uma filosofia da ciência que se estabelece contrária à Teoria do Conhecimento, a Epistemologia Histórica constitui o discurso científico – entendido enquanto conceitos em ação, sob regras – como o seu objeto ou, mais apropriadamente, a história desse discurso e, conseqüentemente, a sua historicidade<sup>20</sup>. Em especial, referendamo-nos nos pressupostos sobre a história das ciências proposta por Canguilhem<sup>21</sup>, para quem não há ciência sem conceitos, e os conceitos são historicamente determinados. Isto é, um conceito não existe desde sempre, de forma imutável, mas sim emerge a partir de condições específicas e é reformulado, corrigido, refinado, ampliado, abandonado – poderíamos mesmo afirmar que os conceitos são historicamente disputados. Além disto, os conceitos estão imersos em relações com outros conceitos que lhes conferem sentido, de modo que o pesquisador precisa reconstituir a síntese na qual o conceito está inserido<sup>20</sup>.

O conceito deve ser, ainda, compreendido por meio de sua relação com uma problemática, uma vez que a definição de um conceito

é, também, a de um problema: é na relação entre problema e conceito que se encontra a condição de possibilidade de busca da cientificidade, razão pela qual os problemas a que um conceito foi chamado a responder são o que melhor podem dar corpo a seus sentidos<sup>20</sup>.

Considerando que os conceitos designam, constituem, formulam e definem questões cruciais de uma área, tornando alguns problemas passíveis de abordagem pelo pensamento e outros mesmo impensáveis<sup>22</sup>, e levando em conta a pluralidade que marca as práticas da avaliação em saúde, reconhecemos a abordagem dos conceitos e sua função privilegiada na composição de uma área científica enquanto forma de viabilizar a compreensão das determinações discursivas que definem as problemáticas conceituais da avaliação em saúde. Nossa tomada de posição para leitura e análise de nosso objeto permite uma compreensão crítica acerca da relação estabelecida entre a prática da avaliação e suas abordagens específicas, a qual nos cabe aqui detalhar.

Nas formulações da avaliação de programas tradicional – termo que usamos para designar as produções advindas, sobretudo, do contexto estadunidense, ao longo do século XX, e que formaram as bases para a avaliação em saúde no interior da saúde coletiva brasileira<sup>2</sup> –, a prática genérica da avaliação adquire seus sentidos à medida que emergem as diferentes abordagens práticas e os problemas a elas relacionados, historicamente determinados, sempre estabelecendo uma relação de dependência de sentido com aquilo que melhor qualifica o foco, escopo ou objeto da avaliação. Tal relação entre as abordagens específicas e os problemas que subjazem sua emergência não aparece de forma explícita nos enunciados técnicos, científicos e normativos, cabendo ao analista remontar tais contextos a partir dos enunciados que constituem seus sentidos. Em outras palavras, as abordagens propostas para a avaliação e sua normatividade nos indicam os problemas aos quais os conceitos associados à avaliação foram mobilizados a responder, e não o contrário; e tal funcionamento não está

explícito, mas é, antes, apagado na discursividade que confere linearidade e objetividade para o desenvolvimento da avaliação em torno de modelos e normas, e não de conceitos em funcionamento.

O que propomos neste ensaio é partirmos de uma posição de leitura que questiona a relação dada entre sujeito e objeto<sup>17</sup>, ou entre os chamados teóricos da avaliação<sup>23,24</sup>, e as concepções sistematizadas acerca das abordagens praticadas e normas estabelecidas, implicando, assim, em um gesto de leitura materialista<sup>25</sup>. Ao questionarmos o objeto deste discurso, as abordagens e normas de avaliação, e seu desenvolvimento a partir do acúmulo de produções que se sucedem de forma linear e progressiva, compreendemos a relação entre discurso e objeto, e não mais entre sujeito e objeto<sup>17</sup>.

É preciso, neste ponto, reconhecer o desafio intelectual dessa tomada de posição de leitura materialista, na medida em que o sujeito que analisa mantém uma relação intrínseca com seu objeto; no caso, o analista de discurso é, também, um avaliador de programas (e isto se aplica tanto para os autores dos textos que compõem nosso arquivo quanto aos próprios autores deste ensaio). Talvez esse fator tenha sido pouco refletido nas produções acerca do desenvolvimento da avaliação, o que é compreensível, dado que a posição idealista de investigação se caracteriza enquanto uma forma de funcionamento espontâneo da forma-sujeito, em que a relação entre sujeitos do conhecimento e objeto é tida como natural. Tal funcionamento leva à ilusão empirista de que os sujeitos são produtos de suas próprias concepções, logo, as abordagens em avaliação seriam concepções oriundas de sujeitos, e não determinadas historicamente por formações discursivas específicas<sup>17</sup>.

As leituras sobre avaliação por nós analisadas, que compõem a montagem de nosso arquivo<sup>26</sup>, parecem incidir na definição de objetos já concebidos no arcabouço de suas próprias concepções e teorias explicativas, em um movimento endógeno, idealista. A esse

respeito, foi em Pêcheux que encontramos a explicação desse funcionamento da ideologia, na reprodução do chamado ‘efeito-sujeito’, que auxilia na compreensão do problema em torno dos inventários e na ilusão idealista do sujeito como fonte do conhecimento, no seguinte trecho de ‘Semântica e Discurso’<sup>25(149-150)</sup>:

[...] o funcionamento da Ideologia em geral como interpelação dos indivíduos em sujeitos (e, especificamente, em sujeitos de seu discurso) se realiza através do complexo das formações ideológicas (e, especificamente, através do interdiscurso intrincado nesse complexo) e fornece ‘a cada sujeito’ sua “realidade”, enquanto sistema de evidências e de significações percebidas – aceitas – experimentadas. Ao dizer que o EGO, isto é, o imaginário no sujeito (lá onde se constitui para o sujeito a relação imaginária com a realidade), não pode reconhecer sua subordinação, seu assujeitamento ao *Outro*, ou ao *Sujeito*, já que essa subordinação-assujeitamento se realiza precisamente no sujeito *sob a forma da autonomia*, não estamos, pois, fazendo apelo a nenhuma transcendência (um *Outro* ou ao *Sujeito reais*); estamos simplesmente, retomando a designação que Lacan e Althusser – cada um a seu modo – deram (adotando deliberadamente as formas travestidas e fantasmagóricas inerentes à subjetividade) do processo natural e sócio-histórico pelo qual se constitui-reproduz o efeito-sujeito como *interior sem exterior*, e *isso pela determinação do real (exterior)*, especificamente – acrescentaremos – *do interdiscurso como real (exterior)*.

Mas cumpre, neste momento, esclarecer o que estamos chamando de um gesto de leitura materialista sobre as abordagens de avaliação de programas, foco central deste ensaio. Em suas notas introdutórias do livro ‘Ler o capital’<sup>17</sup>, Althusser se dedica a explicitar ao leitor de que forma irá se relacionar com a obra máxima de Marx, ou que tipo de leitura irá empreender. Althusser esclarece que seu gesto de leitura será por meio da lente da Filosofia Materialista, empregando o mesmo ‘veneno’

que Marx aplica a seu objeto na referida obra. Assim, diferentemente de uma leitura a partir da Economia, por exemplo, que buscaria, em 'O Capital', analisar e associar elementos internos da própria disciplina da Economia ou, até mesmo, a partir da perspectiva da disciplina da História – cuja análise levaria ao estabelecimento de relações históricas e da dinâmica dos objetos, compreendendo a lógica interna da História como campo do saber –, a leitura a partir da Filosofia questiona, de início, a relação – dada como transparente – entre sujeito e objeto de análise. Essa delimitação inicial em torno da elucidação da relação entre sujeito e objeto parte de uma negação da naturalização de que objeto e sujeito estão imbricados, o que seria o equivalente a dizer que os próprios sujeitos são fontes originais de seus objetos de conhecimento, ou que os sujeitos produzem seus próprios objetos de conhecimento<sup>17</sup>.

Para Pêcheux, um gesto de leitura representa um tipo de abordagem à leitura, a forma como será interpretado um determinado arquivo (inserido, em nosso caso, no discurso do tipo textual). Em seu texto 'Ler o arquivo hoje'<sup>12</sup>, Pêcheux apresenta o emprego de um determinado tipo de leitura de arquivo, começando pela identificação de duas culturas tradicionais que delimitam gestos de leitura específicos ao longo da história. A primeira delas é preocupada com uma leitura não implicada na produção de um conhecimento original, uma leitura classificatória e burocrática, tida como objetiva, que encontra na figura do escritor ou do copista seus exemplos mais clássicos. Este gesto de leitura nos é muito familiar, pois representa a forma como o discurso científico tem, de maneira hegemônica, normatizado os gestos de leitura, como fica evidente, por exemplo, nas diversas técnicas estruturadas para a delimitação da leitura científica, como os protocolos de revisão sistemática, a bibliometria e as variações oriundas das análises de conteúdo (inscritas no espaço lógico-matemático). Aqui, não há brechas para um deslizamento da língua, de seus sentidos, das relações de

ambiguidades, visto que justamente se busca controlar esse transbordamento de sentidos que escapam aos instrumentos 'objetivos' definidos para a leitura. Não por acaso, tal modelo tem sido visto como um limite para o desenvolvimento teórico da ciência, em um raciocínio que prioriza a ênfase descritiva dos objetos de investigação, na qual o objetivismo e o empirismo sobrepõem o papel da teoria na construção de um conhecimento original<sup>27</sup>.

Pêcheux ainda apresenta um segundo gesto de leitura, a do tipo literária, uma maneira de ler que parte da individualidade do autor e estabelece uma forma específica de ler ('singular e solitária')<sup>12</sup>. Compõem esta tradição de leitura os historiadores, os filósofos e as pessoas de letras, cujos debates e tensões não ultrapassam os limites disciplinares, conservando um gesto de leitura implícito. Aqui, ambos os gestos de leitura e, inclusive, as tensões entre elas partem da premissa de que os enunciados têm um significado dado, com sentidos transparentes. Se o primeiro gesto de leitura amparou o discurso científico e seus interesses próprios, o segundo define de forma normativa os sentidos da leitura, por meio do olhar de cada especialista, hermetico às pressões e exigências contextuais. Para Pêcheux, uma leitura do discurso não assume que o óbvio está dado na língua, mas sim que os sentidos se constroem nas diversas possibilidades de relações entre os discursos, variando a partir da relação que cada sujeito do discurso estabelece<sup>12</sup>.

O texto do autor francês, que nos empresta seu arcabouço teórico para o presente estudo, provoca e questiona a posição isolada de cada tipo de leitura e seus sujeitos (literatos e cientistas) frente a uma conjuntura que ameaça a própria concepção de memória, e impõe, cada vez mais, a normatização dos sentidos<sup>12</sup>, talvez possa subsidiar nossa própria provocação aos cientistas e aos literatos da avaliação diante de ambos os gestos de leitura tradicionais.

Por um lado, gestos de leitura buscam, cada vez mais, normatizar e tornar linear o desenvolvimento do campo, em suas abordagens

metodológicas e em sua padronização de termos e condutas, em prol da busca da cientificação e da profissionalização da avaliação, ainda que, como Patton, esta associação invoque a ‘luta contra as trevas’ que ameaçam o conhecimento<sup>28</sup>. Estaria embutido em tal gesto de leitura – e produtor de sentidos – um esforço de dotar a prática social da avaliação de referenciais ‘cientificamente embasados’, com aportes teóricos que delimitam seus procedimentos, muito embora – é preciso dizer – este objetivo normativo não se sustente na prática, pois nem sempre a prática da avaliação se dá a partir de referenciais teórico-metodológicos consagrados, que estabeleceriam seu sentido imediato<sup>29</sup>.

A prática da avaliação de programas no Brasil também se constitui enquanto uma prática profissional inserida em um mercado próprio de serviços, que tem buscado estabelecer parâmetros normativos para regular sua atuação, por diferentes grupos de interesses. Assim, além do discurso normativo em torno das abordagens em avaliação, cuja interface podemos afirmar, ter se dado com o campo acadêmico, há, ainda, disputas no campo da atuação profissional e interesses corporativos<sup>30</sup>.

Ademais, por outro lado, caberia provocar um gesto de leitura que circunscrevesse a interpretação do campo da avaliação a si mesmo, por meio de seus intelectuais ou teóricos, isolando seu objeto do tecido histórico que determina e sobredetermina a produção de seus sentidos. Neste tipo de leitura, o contexto histórico costuma aparecer enquanto coadjuvante, como um cenário cujas mobílias ilustram narrativas de descobertas, *insights* e trajetórias individuais dotadas de especiais atributos pioneiros. É, como diz Pêcheux, no entremeio destas duas culturas do ler, destes dois gestos de leitura e suas formas específicas de se manifestar no interior do campo da avaliação, que buscamos nos posicionar.

Com isso, queremos defender uma posição de leitura que desnaturaliza a relação entre o sujeito e o objeto que produz um determinado

conhecimento de seu próprio campo, compreendendo tal relação enquanto determinações de um processo discursivo.

O que essa tomada de posição acerca de nossa leitura (materialista) implica na forma como vamos nos relacionar com o nosso objeto de investigação, a avaliação e seus conceitos? Em primeiro lugar, estamos delimitando aquilo que Althusser<sup>17</sup> chama de uma leitura com culpa, ou seja, uma leitura que admite a contestação do enunciado e sua forma, dado como conhecimento. Ao questionarmos os enunciados que buscam construir uma historicidade da avaliação, a partir de uma relação sujeito-objeto empirista, estamos partindo do pressuposto de que a avaliação é um tipo de prática social, o que implica compreender que, em última instância, são as relações de produção historicamente determinadas que lhe conferem sentido, e não os indivíduos praticantes isoladamente, visto que, em uma leitura materialista, os indivíduos são interpelados pela ideologia como sujeitos<sup>16-18</sup>. Deste modo, mais do que uma sucessão de abordagens propostas e descobertas desenvolvidas ao longo da história por ‘teóricos’ e praticantes da avaliação, o que nos parece mais importante é compreendermos o contexto histórico e suas determinações para os conceitos da avaliação.

Ao questionarmos a leitura dos conceitos de avaliação como se estes fossem transparentes, como se toda a natureza do objeto se reduzisse à simples condição do dado, o que buscamos é escapar do “mito especular do conhecimento como visão de um objeto dado, ou leitura de um texto estabelecido, que são sempre a própria transparência”, como ensina Althusser<sup>17(18)</sup> a respeito da perspectiva empirista. O conhecimento é produção porque ele tem a capacidade de transformação do objeto: o que os teóricos ou ‘inventariadores’ da avaliação deixam escapar em suas cronologias é que não há um objeto pré-existente, solto na história, a desenvolver-se em gerações<sup>31</sup>, ondas<sup>32</sup> ou ramos de uma árvore<sup>23</sup>, ou, ainda, um conjunto de padrões de qualidade para conduta profissional virtuoso por si mesmo,

mas sim um objeto que este mesmo esforço de produção do conhecimento gera em sua própria operação de conhecimento.

Partimos do pressuposto de que tal contexto vale a pena ser relido e ter sua memória disputada, buscando compreender sentidos cuja transparência discursiva lhe confira *status* de memória estabelecida como verdade; uma compreensão que busque ir além da transparência dos discursos gerais sobre o tema, já escritos, lidos e falados, mas que podem conter interditos, não ditos, e condições históricas determinantes de sentidos ainda por elucidar.

### **O problema dos inventários de abordagens e padrões em torno da avaliação: cronologias e disputas entre profissionais e associações reguladoras da avaliação**

Inventariar abordagens, campos e metodologias de avaliação já sistematizadas tem sido uma forma muito comum de organizar as diferentes produções desenvolvidas ao longo da história da avaliação de programas, a partir das fragmentações e definições de focos específicos. Tais inventários existem em abundância, e deles têm se servido autores e praticantes da avaliação, cuja necessidade de orientação prática – como modo de compreender diferentes formas de avaliar determinados objetos, produzindo, até mesmo, uma certa historicidade de seu desenvolvimento enquanto área profissional – tem sido comum.

É assim que Guba e Lincoln<sup>31</sup> desenvolvem o que podemos chamar de uma cronologia metodológica geracional, no interior da qual grupos de avaliadores exercem suas práticas em função da ênfase em determinados objetivos das avaliações, em distintos espaços cronológicos. Os autores caracterizam as avaliações em função de determinados períodos, identificando um período cujo foco é a mensuração do desempenho observado nos programas, por meio da aplicação de testes e comparação normativa com padrões pré-estabelecidos (primeira geração); uma geração na qual a ênfase

se dá na descrição pormenorizada de como os programas produzem ou não os resultados esperados (segunda geração); outra em que a preocupação está na prescrição, a partir de um julgamento, do desempenho dos programas em função do alcance de seus resultados (terceira geração); e, por fim, uma geração que se caracteriza por propor avaliações enquanto processos de negociação compostos por diferentes partes envolvidas com as intervenções e na interpretação de seus olhares sobre o objeto avaliado, de forma a investir em avaliações sensíveis às demandas de seus beneficiários e construtivas em relação à produção de informações e aprendizagem em seu processo (quarta geração). Esta última, como sabemos, constitui a própria proposição dos autores<sup>31</sup>, e podemos considerar que estaria hierarquicamente situada no topo das abordagens, como a avaliação de última geração, já que os autores situam as outras abordagens como gerações anteriores, sugerindo tacitamente uma escala evolutiva.

Poderíamos citar outras propostas de inventários para as abordagens em avaliação, como aquela formulada por Robert Stake<sup>33</sup>, que apresenta sua análise a partir da polarização de autores e abordagens metodológicas privilegiadas, ou aquela de Marvin C. Alkin<sup>23</sup>, que, em sua metafórica árvore da avaliação, delimita um conjunto de abordagens mediante a ênfase dada por avaliadores tidos como expoentes a características como valor, método e uso. Há, também, a vinculação estrita do histórico da avaliação a paradigmas e ideias de ‘teóricos’ da área, que equivalem percurso histórico a estágios de desenvolvimento teórico estanque e ligado a nomes e personalidades específicos, prescindindo do contexto sócio-histórico, a não ser como pano de fundo ilustrativo, como podemos ver em Shadish et al.<sup>24</sup>.

As abordagens de avaliação também já foram inventariadas por Evert Vedung, a partir da metáfora de ondas<sup>32</sup>, em que quatro ondas se sobreporiam umas às outras, deixando sedimentos que influenciariam as avaliações ao longo do tempo: a onda científica, que marca o

início das avaliações de programas no contexto das décadas de 1950 e 1960; a onda da avaliação orientada pelo diálogo, que marca uma crítica em relação ao modelo anterior, no início dos anos 1970; a onda neoliberal, que emerge no final da década de 1970 e marca uma pressão para orientar as avaliações à lógica de mercado; e a onda da avaliação baseada em evidências, a partir da metade da década de 1990, que, para o autor, é tida como uma retomada da tradição expressa na primeira onda.

Em um importante livro sobre avaliação traduzido para o português, Worthen, Sanders e Fitzpatrick<sup>34</sup> trazem um conjunto extenso de abordagens e procedimentos práticos, onde temos vários exemplos disso que vimos expondo: avaliações centradas em objetivos; avaliações centradas na administração; avaliações centradas nos consumidores; avaliações centradas em especialistas; avaliações centradas em adversários; e avaliações centradas nos participantes. No que concerne à avaliação em saúde, podemos citar inventários que definem tipos específicos de avaliações, como aquele organizado por Brousselle et al.<sup>35</sup>: apreciação normativa; análise estratégica; análise lógica; análise de produção; análise de efeitos; avaliação econômica; e análise de implementação; e aqueles ainda propostos por Vieira-da-Silva, já no contexto de demandas e necessidades que emergem em sistemas de saúde universais, como é o caso do Brasil<sup>36</sup>: avaliações de cobertura, acesso, equidade, efetividade, eficiência, qualidade, implantação e percepção dos usuários. Mais recentemente, esforço semelhante foi feito por grupo de pesquisadoras avaliadoras em saúde, na proposição de modelos e métodos específicos para a prática da avaliação, com ênfase na abordagem centrada na teoria e modelização de intervenções<sup>37</sup>. Podemos citar, também, a proposta desenvolvida por Russel Glasgow<sup>38</sup> para a avaliação do impacto, o modelo RE-AIM (sigla inglesa para os atributos componentes do modelo, quais sejam: *reach, efficacy, adoption, implementation and maintenance*), que traduzido e adaptado para o contexto brasileiro<sup>39</sup>, se constitui por cinco

dimensões: alcance, adoção, implementação, eficácia e manutenção.

A definição de padrões, critérios, atributos e dimensões para caracterizar a avaliação também tem servido para a sua própria normatização, ao definir focos prioritários de análise que, em última instância, representam conceitos cujos efeitos de sentidos são notáveis, mas não explicitados. É o caso, por exemplo, dos seis critérios de avaliação definidos pela Rede de Desenvolvimento em Avaliação (DAE, na sigla em inglês), da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE): relevância, efetividade, impacto, coerência, eficiência e sustentabilidade<sup>40</sup>. Há, também, o estabelecimento de padrões a serem seguidos nos processos de meta-avaliação, ou avaliação das avaliações e seus praticantes, que abarcam dimensões como conduta e postura dos avaliadores e conceitos a serem aplicados, como o proposto pelo Joint Committee on Standards for Educational Evaluation (JCSEE), uma associação de profissionais estadunidenses e canadenses com foco na qualidade das avaliações, adotando os seguintes padrões: utilidade, viabilidade, propriedade, precisão e responsabilidade<sup>41</sup>.

Nota-se que, associada à definição de critérios para a avaliação, a lógica em torno dos inventários avança, ainda, para a normatização das práticas profissionais em torno da própria avaliação, como já esboçado na proposta da JCSEE em outros documentos, que poderíamos chamar de regulatórios. A Associação Americana de Avaliação (AEA, na sigla em inglês) define um conjunto de princípios orientadores para a prática profissional de avaliadores, em torno de cinco dimensões: investigação sistemática, competência, integridade, respeito pelas pessoas, e bem comum e equidade (*systematic inquiry, competence, integrity, respect for people, and common good and equity*), cujos objetivos declarados são “reger o comportamento de avaliadores em todas as fases da avaliação”<sup>42</sup>. É o caso de produção feita no contexto da América Latina e do Caribe, por iniciativa da Rede de Monitoramento,

Avaliação e Sistematização da América Latina e Caribe (ReLAC), que organiza em documento um conjunto de quatro diretrizes para a prática da avaliação: Rigoriedade, Ética e Princípios Jurídicos, Compreensão Cultural, e Relevância e Utilidade<sup>43</sup>. Diretrizes para a prática da avaliação também foram desenvolvidas por rede que busca orientar e normatizar a atuação profissional de avaliadores no contexto brasileiro, sob o argumento de garantir sua qualidade, a Rede Brasileira de Monitoramento e Avaliação (RBMA), que estabelece os seguintes padrões: Aprendizagem e Utilidade, Direitos e Integridade, Contextualização e Valoração, e Método e Viabilidade<sup>44</sup>.

Em todos esses exemplos de produções em torno de tipologias, abordagens, critérios, padrões e normas para as avaliações, temos uma relação de sentido que associa a avaliação a algum outro elemento qualificador, ou a outros – estes sim constituídos de formulações conceituais opacas, que merecem ser compreendidas, uma vez que são tais conceitos que fundamentam os sentidos mais gerais das diversas práticas avaliativas. O funcionamento discursivo de tais produções opera a partir de construções que buscam se apresentar entre as dimensões políticas e técnicas, exibindo-se enquanto dotadas de ampla aceitabilidade e incontestável relevância, sob o argumento de que a avaliação precisa atender a critérios de qualidade, como os mencionados acima.

O que essas formas de inventariado das abordagens em avaliação têm em comum, em termos de lógica de organização de seu raciocínio, é, em primeiro lugar – como identificam Furtado e Vieira-da-Silva<sup>45</sup>, ao analisarem a cronologia metodológica geracional de Guba e Lincoln, mas que serve para outros atores que vimos citando –, o recurso a um artifício que confere linearidade e homogeneidade a uma leitura pretensamente histórica, como se as gerações se sucedessem sem conflitos, contradições ou apartadas de determinações históricas, o que se associa a uma forma tradicional de interpretação histórica das ciências<sup>46</sup>. Em segundo lugar, observamos que

essas propostas em torno de inventários cronológicos de abordagens em avaliação, cujas características metodológicas são imperativas para delimitar distinções, compartilham da ênfase nos autores e suas trajetórias individuais, suas capacidades inventivas e formulações que supostamente romperam paradigmas problemáticos, tidos como tradicionais, ultrapassados ou limitados.

Compreendemos que tal lógica empregada na literatura que vimos expondo busca sustentar um discurso racional para o desenvolvimento histórico da avaliação e, ainda que possamos apontar os méritos em sistematizar a profusão de aplicações que esta área tem acumulado ao longo dos anos, baseia-se em uma posição epistemológica em que opera uma primazia dos sujeitos enquanto produtores de suas práticas sociais. É assim que emerge, na literatura acima citada, a associação direta entre autores praticantes da avaliação e suas formulações metodológicas como um fluxo imaginativo capaz de colocar em movimento as engrenagens de uma área de práticas estabelecida e autônoma, na qual os sujeitos seriam a fonte de suas próprias formulações.

De forma semelhante, observamos, no conjunto de documentos que buscam normatizar a prática da avaliação – tanto em sua dimensão profissional enquanto serviço vendido no mercado de consultoria quanto naquela prática de pesquisa no interior de universidades e centros de pesquisa –, um conjunto de padrões que se apresentam como evidentes e inquestionáveis, justificando, assim, sua universalização (padronização). Neste tipo de discurso, é opaca a intencionalidade de associações e redes profissionais (e, até mesmo, de nações), bem como de organismos e instituições intra e transnacionais, ao determinar – a partir de suas posições privilegiadas – aquilo que deve ou não ser a norma para um campo de práticas tão plural e contextualmente diverso tal qual a avaliação, como já observado<sup>30</sup>.

Diferentemente de tal lógica, e com base em uma concepção epistemológica histórica, parece-nos que a prática da avaliação de programas

encontra, em seus objetos, em suas abordagens metodológicas privilegiadas, em aspectos específicos das intervenções que delimita para estabelecer seu foco, e nos tipos de condutas que define para seus praticantes, justamente as relações conceituais que lhe determinam os sentidos, e não na formulação de sujeitos. É na relação com o objeto e com as escolhas privilegiadas que podemos captar resquícios discursivos que revelam os atravessamentos de sentido, ou seja, é com a pluralidade de determinações possíveis que a avaliação começa a emergir, a partir de seus conceitos fundantes, ou melhor, dos problemas que justificam o desenvolvimento de seus conceitos. É neste apagamento do funcionamento dos conceitos, em detrimento dos sujeitos enquanto fontes de seus saberes e normas, que aportamos nosso gesto de leitura específico.

## Considerações finais

Ao mobilizarmos a Análise de Discurso e a Epistemologia Histórica como pressupostos teóricos para abordar a avaliação de programas e serviços, a partir de suas formulações no contexto da *program evaluation* estadunidense – que, como dito, produz efeitos de sentido na avaliação em saúde no Brasil –, partimos do estranhamento àquilo que nos é mais familiar, pois se constitui enquanto nosso principal objeto de investigação e nossa própria prática profissional. Tal escolha exige um constante processo de reflexividade crítica e implicação analítica, precisamente por entendermos que não estamos alheios à armadilha idealista do sujeito enquanto produtor do conhecimento, como já discutido. Não se trata, também, de se colocar acima dos conflitos, dos interesses e da reprodução de possíveis apagamentos de sentidos que o funcionamento ideológico do discurso produz em todo e qualquer analista. O que buscamos aqui é justamente elucidar este funcionamento e propor gestos de leitura capazes de, se não superar, estranhar e desnaturalizar uma discursividade que

se impõe como verdade, encobrendo outras determinações, no caminho de construir um conhecimento teórico.

Buscamos, neste ensaio, apresentar as bases teóricas e analíticas para uma primeira compreensão e crítica do discurso dominante da avaliação de programas e serviços que, por meio de sua documentação oficial, no que concerne a abordagens, métodos e modelos, e também a normas e padronizações aplicadas à prática profissional da avaliação em diferentes contextos, estabiliza um discurso e o torna opaco em suas intencionalidades e disputas históricas de sentido.

Em um última instância, trata-se de um primeiro esforço para romper a estabilidade discursiva de uma área cujos pressupostos e intencionalidades estão em constantes disputas e representam propostas distintas e, até mesmo, antagônicas de sociedade: a avaliação de programas e serviços, especificamente no setor de saúde, pode tanto produzir efeitos materiais que apoiem transformações sociais e fortaleçam as lutas por independência e protagonismo político e epistemológico quanto reproduzir sentidos conservadores, que visam manter as relações de poder tais como estão, fortalecendo privilégios.

O gesto de leitura materialista para Análise de Discurso da avaliação em saúde, sob a forma transversal que apresentamos neste ensaio, constitui o primeiro passo para compreender que tal discurso se orienta por meio do estabelecimento de conceitos que, por sua vez, aportam sentidos que merecem ser analisados. Por se tratar de uma área que lança mão de uma profusão de conceitos para estruturar seu discurso científico (métodos e abordagens) e político (normas e padrões de conduta), e as diversas imbricações entre estes, uma primeira aproximação mais geral nos pareceu necessária.

Seja por meio de uma construção discursiva que busca remontar uma história linear e dotada de objetividade, seja na definição de normas e padrões estabilizados, tidos como parâmetros para boas avaliações, o que vimos

no discurso normatizado acerca da avaliação de programas – a partir de um gesto de leitura específico – foi uma tentativa de racionalizar a área, por meio de construções que tornariam invisíveis suas contradições. Em última instância, cronologias, inventários de abordagens e parametrizações de condutas não se apresentam como o resultado de arranjos e disputas materiais forjadas no interior da prática da avaliação, em suas relações com formações discursivas específicas, mas se impõem como força de verdade amparada pela lógica da tecnicidade e do desenvolvimento harmônico de abordagens e modelos de avaliação, ao longo do tempo. Os conceitos mobilizados não são tratados como históricos ou imersos em redes de outros conceitos significantes, que lhes conferem sentido material, mas antes enquanto proposições tidas como soluções técnicas mais arrojadas, a depender de cada contexto e intencionalidade da avaliação e de seus praticantes.

Creemos ser possível, a partir deste primeiro impulso, o mergulho em conceitos específicos, cujos sentidos merecem ser analisados e disputados, em um movimento de desestabilização e busca por sínteses explicativas, sempre transitórias e complexas, acerca das determinações e implicações ideológicas de tais conceitos para o discurso da avaliação em saúde no Brasil.

## Colaboradores

Gasparini MFV (0000-0002-5574-9719)\* contribuiu para concepção, coleta, análise e interpretação dos dados, redação, revisão crítica e aprovação final do manuscrito. Gussi AF (0000-0002-5510-5286)\* contribuiu para revisão crítica e aprovação final do manuscrito. Furtado JP (0000-0001-6605-1925)\* contribuiu para desenho, revisão crítica e aprovação final do manuscrito. ■

---

## Referências

1. Furtado JP. Um método construtivista para a avaliação em saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2001;6(1):165-181. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000100014>
2. Furtado JP, Vieira-da-Silva LM. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(12):2643-2655. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00187113>
3. Gasparini MFV. Bases filosóficas e epistemológicas da avaliação: caminhos a serem trilhados. *Rev Aval* [Internet]. 2020 [acesso em 2024 jan 10];3(17):12-31. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/aval/article/view/60287/161879>
4. Gasparini MFV, Furtado JP. Longitudinalidade e integralidade no Programa Mais Médicos: um estudo avaliativo. *Saúde debate*. 2019;43(120):30-42. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912002>.
5. Furtado JP. Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. *Ciênc saúde coletiva*. 2006;11(3):785-795. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000300026>

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

6. Borysow IC, Furtado JP. Acesso, equidade e coesão social: avaliação de estratégias intersectoriais para a população em situação de rua. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(6):1069-1076. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000700015>
7. Iacabo P, Furtado JP. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: análises estratégica e lógica. *Saúde debate*. 2020;44(126):666-677. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012606>
8. Carvalho AP, Furtado JP. Moradia assistida para pessoas em situação de rua no contexto da política de drogas brasileira: avaliação de implantação. *Physis*. 2021;31(1):e310116. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310116>
9. Althusser L. Sobre o trabalho teórico: dificuldades e recursos. In: Barison T, organizador. *Teoria marxista e análise concreta: textos escolhidos de Louis Althusser e Étienne Balibar*. São Paulo: Expressão Popular; 2009. p. 83-114.
10. Meneghetti FK. O que é um Ensaio-Teórico? *RAC*. 2011;15(2):320-332. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-65552011000200010>
11. Barbosa Filho FR. Ler o arquivo em análise de discurso: observações sobre o alienismo brasileiro. *Cad Est Ling*. 2022;64:e022007. DOI: <https://doi.org/10.20396/cel.v64i00.8664658>
12. Pêcheux M. Ler o arquivo hoje. In: Orlandi EP, organizador. *Gestos de leitura: da história no discurso*. Tradução: Bethânia S. C. Mariani. Campinas: Editora da Unicamp; 1994. p. 55-66.
13. Arouca S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. São Paulo, Rio de Janeiro: Ed. Unesp, Ed. Fiocruz; 2003. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788575416105>
14. Ayres JRCM. Georges Canguilhem e a construção do campo da saúde coletiva brasileira. *Intell Rev Hist Intelec*. 2016;2(1):139-155. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2447-9020.intelligere.2016.115732>
15. Narzetti C. Para uma história epistemológica do conceito de formação discursiva. *Ling (Dis) curso*. 2018;18(3):647-663. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-4017-180311-12917>
16. Althusser L. *Iniciação à filosofia para os não-filósofos*. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2019.
17. Althusser L, Balibar E, Establet R. De o capital à filosofia de Marx. In: Althusser L, Balibar E, Establet R. *Ler o Capital*. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1980. v. II. p. 11-74.
18. Althusser L. *Por Marx*. Campinas, SP: Unicamp, 2015.
19. Peña-Guzmán DM. French epistemology: discourse, concepts, and the norms of rationality. *Stud Hist Philos Sci*. 2020;79:68-76. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.shpsa.2019.01.006>
20. Narzetti C. Para uma história epistemológica do conceito de formação discursiva. *Ling (Dis) curso*. 2018;18(3):647-663. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-4017-180311-1291>
21. Canguilhem G. *Estudos de história e filosofia das ciências: concernentes aos vivos e à vida*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2012.
22. Canguilhem G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2020.
23. Alkin MC, editor. *Evaluation roots: tracing theorists' view and influences*. Thousand Oaks: Sage; 2004. DOI: <http://doi.org/10.1177/1098214006287988>
24. Shadish WR, Cook TD, Leviton LC. *Foundations of program evaluation: theories of practice*. Newbury Park: Sage Publications; 1995.
25. Pêcheux M. *Semântica e discurso: uma crítica à afirmação do óbvio*. Tradução Eni Pulcinelli Orlandi. 5. ed. Campinas, SP: Editora da Unicamp; 2014.

26. Orlandi EP, organizador. Gestos de leitura: da história no discurso. Tradução: Bethânia S. C. Mariani. Campinas: Editora da Unicamp; 1994.
27. Faria JH. Foi e não se sabe se volta: o sumiço progressivo da teoria original. *Rev Adm Contemp*. 2023;27(1):e220065. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-7849rac2022220065.por>
28. Patton MQ. *Evaluation Science*. *Am J Eval*. 2018;39(2):183-200. DOI: <https://doi.org/10.1177/1098214018763121>
29. Christie CA. What guides evaluation? A study of how evaluation practice maps onto evaluation theory. *New Dir Eval* [Internet]. 2003 [acesso em 2024 jan 10];(97):7-35. Disponível em: [https://wmich.edu/sites/default/files/attachments/u58/2015/What\\_Guides\\_Evaluation.pdf](https://wmich.edu/sites/default/files/attachments/u58/2015/What_Guides_Evaluation.pdf)
30. Furtado JP. Por uma meta-avaliação sem metafísica. *Rev Bras Aval*. 2022;11(2):e112022. DOI: <http://dx.doi.org/10.4322/rbaval202211020>
31. Guba EG, Lincoln YS. *Avaliação de quarta geração*. Campinas: Unicamp; 2011.
32. Vedung E. Four Waves of Evaluation Diffusion. *Evaluation*. 2010;16(3):263-277. DOI: <https://doi.org/10.1177/1356389010372452>
33. Stake RE. *Evaluación comprensiva y evaluación basada en estándares*. Barcelona: Graó; 2006.
34. Worthen BR, Sanders JR, Fitzpatrick JL. *Avaliação de programas: concepções e práticas*. São Paulo: Gente; 2004.
35. Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, et al., organizadores. *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.
36. Vieira-da-Silva LM. *Avaliação de políticas e programas de Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014. 110 p.
37. Santos EM, Cardoso GCP, Oliveira EA. *Aprendendo Avaliação: modelos e métodos aplicados*. Rio de Janeiro: Cebes; 2023. DOI: <https://doi.org/10.5935/978-65-87037-06-6.B001>
38. Glasgow RE, Vogt TM, Boles SM. Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. *Am J Public Health*. 1999;89(9):1322-7. DOI: <https://doi.org/10.2105/ajph.89.9.1322>
39. Almeida FA, Brito FA, Estabrooks PA. *Modelo RE-AIM: Tradução e Adaptação cultural para o Brasil*. *REFACS*. 2013;1(1):6-16. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v1i1.602>
40. Organisation for Economic Cooperation and Development. *Applying evaluation criteria thoughtfully*. Paris: OECD Publishing; 2021. DOI: <https://doi.org/10.1787/543e84ed-en>
41. Yarbrough DB, Shula LM, Hopson RK, et al. *The Program Evaluation Standards: A guide for evaluators and evaluation users* [Internet]. 3. ed. Thousand Oaks, CA: Corwin Press; 2010 [acesso em 2024 jan 10]. Disponível em: <https://jcsee.org/program/>
42. American Evaluation Association. *American Evaluation Association: Guiding Principles for Evaluators* [Internet]. Washington, DC: AEA; 2011 [acesso em 2023 jan 25]. Disponível em: [https://www.eval.org/Portals/0/Docs/AEA\\_289398-18\\_GuidingPrinciples\\_Brochure\\_2.pdf](https://www.eval.org/Portals/0/Docs/AEA_289398-18_GuidingPrinciples_Brochure_2.pdf)
43. Bilella PR, Martinic SV, Soberón LA, et al. *Diretrizes para Avaliação para a América Latina e o Caribe* [Internet]. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Akian Grafica Editora S.A; 2016 [acesso em 2024 jan 10]. Disponível em: [https://www.deval.org/fileadmin/Redaktion/Bilder/2016\\_FINAL\\_ESTANDARES\\_DIGITAL\\_PORTUGUES.pdf](https://www.deval.org/fileadmin/Redaktion/Bilder/2016_FINAL_ESTANDARES_DIGITAL_PORTUGUES.pdf)
44. Silva RR, Joppert MP, Gasparini MFV, organizadores. *Diretrizes para a prática de avaliação no Brasil* [Internet]. Rio de Janeiro: Rede Brasileira de Monitoramento e Avaliação; 2020 [acesso em 2024 jan 10].

Disponível em: <https://sinapse.gife.org.br/download/diretrizes-para-pratica-de-avaliacoes-no-brasil>

45. Furtado JP, Vieira-da-Silva LM. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(12):2643-2655. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00187113>

46. Althusser L. Apresentação. In: Canguilhem G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2020. p. 137-139.

---

Recebido em 15/01/2024

Aprovado em 10/06/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes)

**Editora responsável:** Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato



## Abordagem das situações de violências em inquéritos populacionais: revisão de escopo

### *Approach to violent situations in population surveys: scoping review*

Heloísa Garcia Claro Fernandes<sup>1</sup>, Nathalia Nakano Telles<sup>2</sup>, Priscilla de Oliveira Luz<sup>2</sup>, Julia Carolina de Mattos Cerioni Silva<sup>2</sup>, Guilherme Correa Barbosa<sup>3</sup>, Aline Geovanna de Lima Baquete<sup>1</sup>, Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira<sup>2</sup>

DOI: 10.1590/2358-289820241429247P

**RESUMO** O artigo teve como objetivo mapear inquéritos populacionais que identificam dados sobre violências domésticas, intrafamiliares, por parceiro íntimo e sexual, incluindo abordagens sobre comportamento sexual e diversidade sexual e de gênero. Realizou-se uma revisão de escopo conforme as diretrizes do JBI e do checklist PRISMA-ScR. A busca foi conduzida de dezembro de 2021 a abril de 2022 nas bases de dados Lilacs e Medline, Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações para a literatura cinzenta, e extensiva a 18 fontes, dentre sites e instituições pertinentes ao tema. Das 1.191 publicações recuperadas, 57 fizeram parte da amostra final. A maior parte dos inquéritos foi conduzida no Brasil, Portugal e Estados Unidos. Os estudos focaram, principalmente, na violência doméstica ou sexual, sendo seus dados obtidos por entrevista presencial. Percebe-se que variáveis como fatores de risco e proteção, preditores e determinantes sociais de violência ainda são pouco exploradas nos inquéritos, limitando a compreensão do fenômeno. A revisão aqui relatada pode subsidiar o planejamento de novas pesquisas e subsequentes ações de prevenção, avaliação de serviços e de intervenções em saúde, bem como a implantação de políticas públicas de manejo da carga social e individual impostas às vítimas de violência.

**PALAVRAS-CHAVE** Inquéritos epidemiológicos. Questionários. Violência. Exposição à violência.

**ABSTRACT** *This paper aimed to map population surveys that identify data on domestic, intra-family, intimate partner and sexual violence, including approaches to sexual behavior and sexual and gender diversity. This is a scoping review that follows the guidelines of the Joanna Briggs Institute and the PRISMA checklist. The search was carried out from December 2021 to April 2022 in the LILACS and Medline databases, Brazilian Digital Library of Theses and Dissertations for gray literature, and extended to 18 sources among websites and institutions relevant to the theme. Out of the 1,191 publications retrieved, 57 were included. Most of the surveys were conducted in Brazil, Portugal and the United States, with a recent increase in the last two decades. The studies focused mainly on domestic or sexual violence and obtained data by means of face-to-face interviews. It is clear that variables such as risk and protective factors, predictors and social determinants of violence are still underexplored in surveys, limiting the understanding of the matter. This review can support the planning of new research and subsequent prevention actions, evaluation of health services and interventions, as well as the fulfillment of public policies to manage the social and individual burden imposed on victims of violence.*

**KEYWORDS** *Epidemiological surveys. Questionnaires. Violence. Exposure to violence.*

<sup>1</sup>Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil.

<sup>2</sup>Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil.  
pris\_luz@usp.br

<sup>3</sup>Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (Unesp) – São Paulo (SP), Brasil.



## Introdução

A violência é um fenômeno que permeia variados contextos, histórias, culturas, gêneros, sexos e pode ser experienciada pelas pessoas em diferentes fases do desenvolvimento. O relatório mundial sobre violência, proposto e realizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2002, foi o primeiro a abordar o tema de maneira global e mostrou que mais de 1,6 milhão de pessoas perdiam a vida anualmente em decorrência de uma situação de violência coletiva, interpessoal ou auto infligida. Identificou que o impacto dessas perdas pode trazer prejuízos de forma indireta a um número imensurável de pessoas e evidenciou que onde as situações de violências persistem, há um sério comprometimento à saúde de forma coletiva<sup>1</sup>.

Ao fazer um recorte quanto a questão de gênero, é possível identificar que a violência contra as mulheres está presente em todos os países e culturas, causando danos a milhões de vítimas e suas famílias. O relatório da OMS, que estimou a prevalência de violência contra a mulher, encontrou que, em 2018, cerca de 641 milhões de mulheres sofreram violência e somente 6% delas, em todo o mundo, relataram terem sido violentadas sexualmente por alguém que não seja seu marido ou parceiro íntimo. Pela subnotificação, pode-se afirmar que, provavelmente, o número real seja significativamente mais alto, tendo sido agravado pela pandemia de covid-19<sup>2,3</sup>.

Estima-se que 37% das mulheres que vivem nos países mais pobres sofreram violência física ou sexual por parte de seu parceiro ao longo da vida; alguns desses países atingem taxas de prevalência de até uma em cada duas mulheres. Mulheres mais jovens estão em maior risco de violência recente. Entre aquelas que já estiveram em um relacionamento íntimo, as maiores taxas (16%) de violência praticada pelo parceiro íntimo nos últimos doze meses foram observadas entre 15 e 24 anos<sup>2</sup>.

A violência por parte de parceiros íntimos é a forma mais comum de violência contra

as mulheres. Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), a violência contra as mulheres é um problema generalizado de saúde pública e de direitos humanos. Na região das Américas, uma em cada três mulheres sofre violência física ou sexual durante sua vida, e os fatores de risco são encontrados nos níveis individual, familiar, comunitário e social<sup>3</sup>.

A Agenda para o Desenvolvimento Sustentável 2030, da Organização das Nações Unidas (ONU), em seu décimo sexto objetivo, prevê paz, justiça e instituições eficazes, e a meta de reduzir significativamente todas as formas de violência e as taxas de mortalidade, o que destaca a importância de pesquisas sobre essa temática<sup>4</sup>.

A prevenção da violência exige o enfrentamento das desigualdades econômicas e sociais estruturais para garantir acesso à educação, moradia e trabalho seguro e transformar as normas e instituições discriminatórias de gênero<sup>2</sup>. As intervenções bem-sucedidas também incluem estratégias que garantam que os serviços essenciais estejam disponíveis e acessíveis às sobreviventes, que apoiem as organizações de mulheres, desafiem as normas sociais injustas, reformem as leis discriminatórias e fortaleçam as respostas legais e de cuidado<sup>2</sup>. Para tanto, faz-se necessário que instituições governamentais, de ensino e de pesquisa elaborem investigações pautadas no delineamento de inquéritos populacionais para mapear e monitorar dados que contribuam na definição de prioridades, investimentos e possam subsidiar políticas públicas e práticas intersectoriais de enfrentamento à violência<sup>5</sup>.

Analisar conjuntamente dados de inquéritos e dados secundários de rotina do Sistema Único de Saúde (SUS), complementam e ampliam a compreensão sobre a saúde da população de um país. Ademais, os inquéritos permitem interseccionar os indicadores estudados para subgrupos populacionais, evidenciando e monitorando desigualdades sociais em saúde<sup>5</sup>.

Inquéritos realizados em diferentes países<sup>6-8</sup> colocam em foco as questões relacionadas à

violência. A partir deles, é possível verificar a conformidade dos discursos de proteção com a realidade de cada local, além de garantir dados para a elaboração de políticas voltadas para o enfrentamento dessa questão. No Brasil, os inquéritos existentes, mesmo o Atlas da Violência<sup>9</sup>, não são suficientes para abranger os vários contextos e cenários de violência existentes no país. Muitos precisam ser revistos e aperfeiçoados<sup>10</sup>, o que traz relevância para esta revisão.

As revisões de escopo permitem mapear, sintetizar e analisar amplas e variadas evidências sobre determinado tema, além de subsidiar a construção de novas investigações<sup>11</sup>. Para a construção, portanto, de inquéritos e estudos sobre violência, é útil mapear as evidências disponíveis sobre como são conduzidas as pesquisas e inquéritos sobre violência, quais os meios utilizados para abordar os participantes, quais as variáveis coletadas, quais as barreiras e facilitadores para a pesquisa, qual a orientação metodológica, dentre outros.

O objetivo da revisão de escopo não é apresentar resultados sobre os desfechos dos estudos de violência, como, por exemplo, uma revisão sistemática tradicional sobre o tema, mas orientar, com base nas evidências da literatura, as melhores práticas sobre como realizar inquéritos e estudos sobre violência com a população e subsidiar censos, estudos populacionais, inquéritos e estudos epidemiológicos que sejam, por sua vez, ferramentas para o planejamento de políticas públicas para o manejo da violência e suas consequências.

Diante do exposto, este estudo teve por objetivo desenvolver uma revisão de escopo para mapear inquéritos populacionais cuja finalidade é identificar dados sobre violências domésticas, intrafamiliares, por parceiro íntimo e sexual, incluindo abordagens sobre comportamento sexual e diversidade sexual e de gênero. Espera-se que os achados subsidiem o delineamento de estratégias de coleta e análise de dados sobre violência a serem utilizadas em inquéritos populacionais.

## Material e métodos

Trata-se de uma revisão de escopo que se caracteriza como estudo descritivo, exploratório e bibliográfico. Foi conduzida de acordo com a metodologia JBI para revisões de escopo<sup>12,13</sup> e com o *checklist* PRISMA-ScR<sup>14</sup>. O protocolo desta revisão foi registrado na plataforma Open Science Framework (OSF) sob o DOI: 10.17605/OSF.IO/AJ6GC. As revisões de escopo possuem uma pergunta de pesquisa e critérios mais amplos do que as revisões sistemáticas tradicionais, embora também façam uso de métodos sistemáticos e transparentes para sua elaboração. É um delineamento de estudo utilizado para mapear, de forma ampla, as evidências disponíveis sobre um determinado assunto<sup>14</sup>. Foi utilizada a estratégia do acrônimo PCC para a elaboração da pergunta de pesquisa sendo: P para problema – inquéritos de base populacional; C para conceito – violências domésticas, intrafamiliares, por parceiro íntimo e sexual, incluindo abordagens sobre comportamento sexual e diversidade sexual e de gênero e relacionadas às políticas de equidade; e C para contexto – global. A questão da revisão foi conhecer os inquéritos e base populacional que abordaram dados sobre violências

Incluíram-se documentos que apresentaram dados cujos participantes foram pessoas que sofreram algum tipo de violência tal como o uso intencional da força ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, contra um grupo ou uma comunidade, que resultou ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação<sup>15</sup>. Consideraram-se elegíveis os documentos que abordaram inquéritos sobre levantamento de dados envolvendo violência doméstica, intrafamiliar, por parceiro íntimo e sexual, incluindo abordagens sobre comportamento sexual e diversidade sexual e de gênero, independentemente das instituições responsáveis, dos aspectos culturais ou geográficos. Entende-se por inquérito as metodologias de pesquisa que

utilizam estratégias de coleta de dados sistemáticas a partir de entrevistas aplicadas a uma amostra significativa da população analisada com o objetivo de subsidiar a formulação e avaliação de políticas públicas<sup>16</sup>.

## Esquema de busca

Realizaram-se pesquisas preliminares em bases de dados que publicam protocolos tais como OSF, Cochrane, Figshare, JBI e PROSPERO, não sendo identificadas revisões de escopo ou sistemáticas sobre o tema. As buscas nas bases de dados foram realizadas no período de dezembro de 2021 a abril de 2022 e priorizaram localizar inquéritos de base populacional publicados em formato de relatório. Na ausência desse material, optou-se por considerar estudos publicados em formato de artigo científico.

Uma pesquisa inicial limitada às bases de dados nacionais e internacionais, como o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e a National Institute of Justice (EUA), foi realizada para identificar documentos

sobre o tema. As palavras relevantes do texto, títulos, resumos e os termos de índice usados para descrever os documentos acessados foram usados para o desenvolvimento de um esquema completo de busca.

O esquema de busca incluiu os descritores “violência”, “exposição à violência”, “inquérito demográfico”, “demografia” e suas variações, conforme os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e o Medical Subject Headings (MeSH), sendo adaptados para cada fonte de informação, assim como a combinação dos operadores booleanos AND e OR. Dada a característica não clássica das bases de dados pesquisadas, o esquema em cada uma delas teve que ser adaptado aos recursos disponíveis em seus endereços eletrônicos. Utilizamos estratégias tais como buscas manuais nos ícones dos sites, busca simples com termos como “violência” e “levantamento”, “*violence and survey*”, “violência”, entre outros, em caixas de buscas dos endereços eletrônicos. O *quadro 1* resume as estratégias, datas e resultados das buscas realizadas em cada fonte. Não houve restrição de idioma ou período de publicação.

Quadro 1. Descrição dos esquemas de buscas, datas e resultados das buscas para cada uma das fontes de dados

Base	Data da Busca	Nº de registros	Esquemas
BVS (Lilacs e Medline)	21/12/2022	836	(“Inquérito Demográfico” OR Demografia) AND (Violência OR “Exposição à violência”) – filtro “título, resumo, assunto”
Instituto Maria da Penha	21/12/2021	3	Ícone pesquisa
IPEA	21/01/2022	88	Campo de busca: violência,
Instituto sou da Paz	21/01/2022	0	Traz apenas notícias vinculadas a outras mídias
Fórum Brasileiro de Segurança Pública	21/01/2022	13	Campo de busca: violência
Instituto Patrícia Galvão	21/01/2022	08	Ícone ‘nossas pesquisas’
Laboratório de Análise da Violência	21/01/2022	25	Ícone produções
Instituto Marielle Franco	21/01/2022	0	Não há produções científicas
Instituto Maria da Penha	21/01/2022	0	Não há produções científicas
Observatório da Violência Contra a Mulher Santa Catarina	21/01/2022	09	Há um link de publicações no site, mas nenhum deles traz diagnósticos ou inquéritos
Observatório da Violência Contra a Mulher RS	21/01/2022	15	Há um link de publicações no site, mas nenhum deles traz diagnósticos ou inquéritos

Quadro 1. Descrição dos esquemas de buscas, datas e resultados das buscas para cada uma das fontes de dados

Base	Data da Busca	Nº de registros	Esquemas
Observatório Judicial da Violência contra a Mulher RJ	21/01/2022	23	Ícone produções no próprio site
Observatório Nacional de Violência de Gênero - Lisboa	21/01/2022	71	Ícone produções_ARTIGOS
Observatório Nacional de Violência de Gênero - Lisboa	24/01/2022	270	Ícone produções_LIVROS
Observatório Nacional de Violência de Gênero - Lisboa	24/01/2022	124	Ícone produções_TESSES ACADEMICAS
Observatório Nacional de Violência de Gênero - Lisboa	24/01/2022	96	Ícone produções_RELATÓRIOS
IBGE	03/02/2022	269	Violência
Biblioteca Virtual em Saúde (Bireme)	25/04/2022	362	("Inquérito Demográfico" OR Demografia) AND ("Violencia" OR "Exposição a violencia"). Filtro "texto completo"
Fundação Oswaldo Cruz	19/02/2022	343	Campo de busca: violência
Unidade de Pesquisa em álcool e Drogas (Uniad)	14/04/2022	0	Ícone do site publicações
Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações - BDTD	20/04/2022	836	Campo de busca: "(Todos os campos: violência E Todos os campos: levantamento)"
Associação Brasileira de Defesa da Mulher da Infância e da Juventude - Asbrad	20/04/2022	1	Direto no link publicação
Associação Portuguesa de Apoio à Vítima - Apav	20/04/2022	29	Ícone do site publicações
Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (NID/Claves)	20/04/2022	3	Biblioteca - inquérito e levantamento
Centers for Disease Control and Prevention (CDC - EUA)	30/04	39	Campo de busca: violence and survey
Conselho Nacional de Justiça - CNJ	30/04	4	Ícones do site
National Institute of Justice	30/04	5	Campo de busca: violence survey (publication)
Unicef	30/04	5	Campo de busca: violência

Fonte: elaboração própria.

## Fontes de dados

As buscas foram realizadas nas bases e *websites* de instituições mais comumente envolvidas com essas temáticas. As bases de dados inicialmente pesquisadas foram Lilacs e Medline, além dos portais Ipea, Observatório da Violência Contra a Mulher Santa Catarina, Observatório da Violência Contra a Mulher do Rio Grande do Sul, Observatório Judicial da

Violência contra a Mulher do Rio de Janeiro, Observatório Nacional de Violência de Gênero - Lisboa, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Fundação Oswaldo Cruz e Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (Uniad).

Outras bases foram identificadas e acrescentadas no decorrer do processo de seleção ou na fase de leitura das publicações na íntegra: Laboratório de Análise da Violência, Fórum

Brasileiro de Segurança Pública, Instituto Marielle Franco, Instituto Maria da Penha, Instituto Patrícia Galvão, Instituto sou da Paz, Associação Brasileira de Defesa da Mulher da Infância e da Juventude (Asbrad), Associação de Apoio à Vítima (Apav), Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (Núcleo de Informação e Documentação (NID/Claves), além das que haviam sido propostas no protocolo de revisão. A busca por estudos não publicados e literatura cinzenta foi realizada na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD).

### Seleção dos documentos

Todas as citações identificadas foram coletadas e inseridas em uma planilha Excel. Títulos e resumos foram avaliados por duplas de revisores independentes quanto aos critérios de inclusão da revisão. Um teste piloto foi conduzido para ajustar o nível de concordância entre os revisores. Todos os documentos potencialmente relevantes foram recuperados na íntegra. Duplas de revisores independentes avaliaram detalhadamente o texto completo das citações selecionadas e as razões para sua exclusão dos estudos foram registradas e relatadas. Qualquer desacordo entre revisores em cada fase do processo de seleção foi resolvido com o apoio de um terceiro revisor. Os resultados da pesquisa foram apresentados por meio do fluxograma PRISMA<sup>14</sup>.

### Extração dos dados

Na primeira etapa, duplas de revisores extraíram os dados de forma independente, usando um formulário de extração elaborado e previamente testado pelos revisores. Os dados extraídos incluíam detalhes bibliográficos e informações específicas para esta revisão, nos seguintes tópicos: i) detalhes bibliográficos: título do estudo, autor(es), data de publicação, localização geográfica e tipo de publicação;

ii) detalhes do estudo: objetivo(s), desenho do estudo, população estudada (sexo/gênero, idade, escolaridade, região geográfica, renda, raça/cor, estado civil, ocupação, religião e se tem filhos), amostra, instrumentos de rastreamento e escalas de violência; iii) informações específicas para esta revisão do escopo: tipos de violência, variáveis utilizadas para descrever as situações de violências domésticas, intrafamiliares, por parceiro íntimo e sexual, incluindo abordagens sobre comportamento sexual e diversidade sexual e de gênero e relacionadas às políticas de equidade, formas de investigação; e iv) principais dificuldades.

Não foi necessário contatar os autores dos documentos incluídos para a obtenção de dados ausentes ou informações adicionais.

### Síntese dos dados

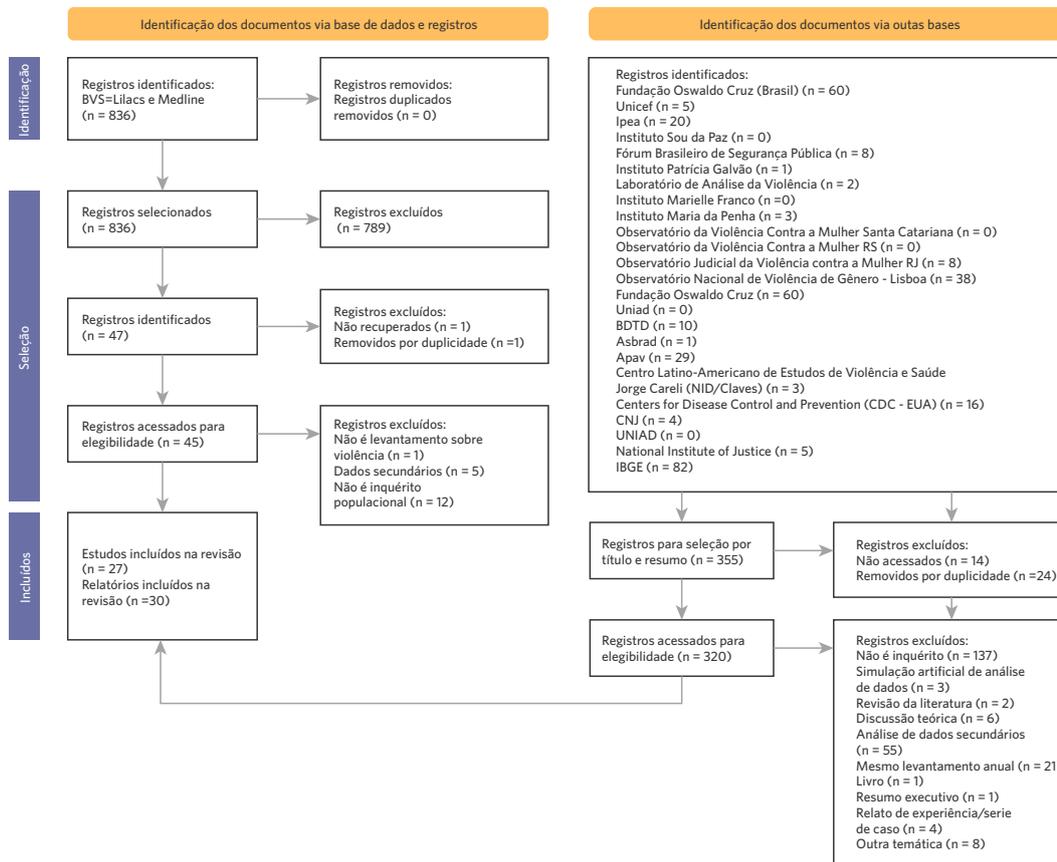
Com base nas diretrizes de revisão de escopo do JBI<sup>12,13</sup> para ilustrar e resumir as principais descobertas, os dados foram apresentados separadamente em forma tabular e gráfica para cada abordagem.

Um resumo narrativo acompanhou os resultados. Todos os achados foram combinados e classificados de acordo com as principais categorias obtidas durante o processo de extração de dados. Subcategorias específicas foram relacionadas às questões de revisão no intuito de identificar e esclarecer como a literatura abordou: i) população; ii) conceito, ou seja, descrição, metodologia ou métodos; iv) contexto, v) instrumentos de rastreamento e escala, v) delineamento da pesquisa, vi) tipos de inquéritos populacionais.

## Resultados

A busca resultou em 1.191 publicações, das quais 57<sup>17-73</sup> foram incluídas na revisão de escopo, como está apresentado na *figura 1*.

Figura 1. Diagrama de fluxo do processo de seleção dos estudos segundo PRISMA, 2020



Fonte: elaboração própria.

O quadro 2 informa que os estudos incluídos foram, em sua maioria, publicados de 2011 a 2020 e que houve apenas três publicações sobre a temática antes do ano 2000. Ressalta-se que, somente em 2021 e 2022, já foram publicados quatro estudos sobre o tema. O Brasil liderou em número de publicações nessa amostra, fazendo com que a América

do Sul fosse o continente com maior número de publicações sobre o tema (n = 30), seguido por Estados Unidos (n = 8), Portugal (n = 3) e Bangladesh (n = 2) e Espanha (n = 2). África (n = 6) e Ásia (n = 4) tiveram representatividade na amostra. Quanto à amostra desta revisão, a maioria do material selecionado foi publicados em artigos científicos.

Quadro 2. Caracterização dos estudos incluídos na amostra da revisão quanto à autoria, ano, tipo de publicação, país de origem e abrangência territorial. Organizados segundo seleção na amostra

<b>Autoria</b>	<b>Ano</b>	<b>Publicação</b>	<b>País</b>	<b>Abrangência</b>
Carvalho e Oliveira <sup>17</sup>	2016	Relatório ou inquérito	Brasil	Nacional
Fórum Brasileiro de Segurança Pública <sup>18</sup>	2021	Relatório ou inquérito	Brasil	Nacional
Instituto Patrícia Galvão <sup>19</sup>	2020	Relatório ou inquérito	Brasil	Nacional
Instituto de Economia Aplicada <sup>20</sup>	2014	Relatório ou inquérito	Brasil	Nacional
Instituto Patrícia Galvão <sup>21</sup>	2013	Relatório ou inquérito	Brasil	Nacional
Instituto Avon <sup>22</sup>	2013	Relatório ou inquérito	Brasil	Nacional
Medina-Ariza e Barberet <sup>23</sup>	2003	Artigo	Espanha	Nacional
Memiah et al. <sup>24</sup>	2020	Artigo	África Leste	Local
Bellizi et al. <sup>25</sup>	2019	Artigo	Afeganistão, Colômbia, Índia, Mali, Peru, Filipinas e São Tomé e Príncipe	Internacional
Kuhlmann et al. <sup>26</sup>	2017	Artigo	Honduras	Nacional
Carmona-Torres et al. <sup>27</sup>	2017	Artigo	Espanha	Nacional
Brasil <sup>28</sup>	2017	Relatório ou inquérito	Brasil	Nacional
Conserve et al. <sup>29</sup>	2016	Artigo	Haiti	Nacional
Lima <sup>30</sup>	2016	Monografia	Brasil	Nacional
Kdoku e Asante <sup>31</sup>	2015	Artigo	Gana	Nacional
Zembe et al. <sup>32</sup>	2015	Artigo	África do Sul	Estadual
Rahman et al. <sup>33</sup>	2013	Artigo	Bangladesh	Nacional
Boel-Studt e Renner <sup>34</sup>	2013	Artigo	Estados Unidos	Nacional
Luz et al. <sup>35</sup>	2011	Artigo	Brasil	Nacional
Lindner et al. <sup>36</sup>	2015	Artigo	Brasil	Municipal
Garcia e Silva <sup>37</sup>	2018	Artigo	Brasil	Nacional
Moraes et al. <sup>38</sup>	2017	Artigo	Brasil	Nacional
Lima et al. <sup>39</sup>	2017	Artigo	Brasil	Nacional
Gil et al. <sup>40</sup>	2015	Artigo	Portugal	Nacional
Malta et al. <sup>41</sup>	2015	Artigo	Brasil	Nacional
Andrade et al. <sup>42</sup>	2012	Artigo	Brasil	Nacional
Silva et al. <sup>43</sup>	2012	Artigo	Brasil	Municipal
Zanoti-Jeronymo et al. <sup>44</sup>	2009	Artigo	Brasil	Nacional
Anacleto et al. <sup>45</sup>	2007	Artigo	Brasil	Municipal
Moraes et al. <sup>46</sup>	2008	Artigo	Brasil	Distrital
Ortiz-Hernandez e Torres <sup>47</sup>	2005	Artigo	México	Nacional
Ferreira et al. <sup>48</sup>	2015	Artigo	Brasil	Municipal
Azevêdo et al. <sup>49</sup>	2013	Artigo	Brasil	Municipal
Costa et al. <sup>50</sup>	2017	Artigo	Brasil	Municipal
Alves et al. <sup>51</sup>	2012	Artigo	Brasil	Municipal
Ferdos e Rahman <sup>52</sup>	2018	Artigo	Bangladesh	Nacional
Boing et al. <sup>53</sup>	2019	Artigo	Brasil	Nacional
Halpern et al. <sup>54</sup>	2017	Artigo	Brasil	Nacional
Pilecco et al. <sup>55</sup>	2011	Artigo	Brasil	Nacional

Quadro 2. Caracterização dos estudos incluídos na amostra da revisão quanto à autoria, ano, tipo de publicação, país de origem e abrangência territorial. Organizados segundo seleção na amostra

<b>Autoria</b>	<b>Ano</b>	<b>Publicação</b>	<b>País</b>	<b>Abrangência</b>
Augusto <sup>56</sup>	2010	Dissertação	Brasil	Municipal
Associação Portuguesa de Apoio à Vítima <sup>57</sup>	2022	Relatório ou inquérito	Portugal	Municipal
Griboski <sup>58</sup>	2015	Tese	Brasil	Municipal
Bhona <sup>59</sup>	2011	Dissertação	Brasil	Municipal
Molinos <sup>60</sup>	2011	Dissertação	Brasil	Estadual
Khalifeh <sup>61</sup>	2013	Artigo	Inglaterra	Internacional
Dadoud et al. <sup>62</sup>	2012	Artigo	Canadá	Nacional
Deribe et al. <sup>63</sup>	2012	Artigo	Etiópia	Nacional
Navaratne et al. <sup>64</sup>	2009	Artigo	Sri Lanka	Distrital
Leemis et al. <sup>65</sup>	2022	Relatório ou inquérito	Estados Unidos	Nacional
Smithe et al. <sup>66</sup>	2017	Relatório ou inquérito	Estados Unidos	Nacional
Felliti et al. <sup>67</sup>	1998	Artigo	Estados Unidos	Municipal
Instituto Nacional de Saúde <sup>68</sup>	2022	Relatório ou inquérito	Moçambique	Nacional
Tjalden e Thoennes <sup>69</sup>	1998	Artigo	Estados Unidos	Nacional
Tjalden e Thoennes <sup>70</sup>	1998	Artigo	Estados Unidos	Nacional
Taylor et al. <sup>71</sup>	2016	Relatório ou inquérito	Estados Unidos	Nacional
Grotper et al. <sup>72</sup>	2008	Relatório ou inquérito	Estados Unidos	Nacional
Lisboa et al. <sup>73</sup>	2009	Relatório ou inquérito	Portugal	Nacional

Fonte: elaboração própria.

Os estudos, em sua maioria, desejaram saber a opinião de mais de um entrevistado. A opinião mais encontrada foi de mulheres, mesmo quando o assunto não foi diretamente a violência de gênero. Idosos e adolescentes também foram bastante avaliados nas pesquisas. Salienta-se a baixa quantidade de estudos questionando a opinião ou experiência de crianças e populações vulneráveis. Acerca do método de coleta, 49 estudos utilizaram entrevistas<sup>17,18,22-25,28-31,33-66,68-73</sup> e oito

questionários<sup>19-21,26,28,32,67,68</sup>. As entrevistas presenciais foram o principal método de coleta utilizadas em 43 estudos<sup>17,18,22-25,28,29,33,35-66,72,73</sup>, assim como os questionários presenciais também foram maioria, utilizados em quatro estudos<sup>20,21,26,32</sup>. Questionários on-line foram utilizados em três estudos<sup>19,27,68</sup> e entrevistas on-line em apenas um estudo<sup>71</sup>. Os objetivos dos estudos incluídos na amostra desta revisão estão resumidos no *quadro 3*.

Quadro 3. Quadro de caracterização dos estudos incluídos na amostra da revisão quanto a objetivos, população estudada e método de coleta

<b>Autoria</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Caracterização da amostra</b>	<b>Método de coleta</b>
Carvalho e Oliveira <sup>17</sup>	Desenvolver um questionário capaz de equilibrar a ampla gama de perspectivas envolvidas na análise moderna da violência doméstica, coletar esses dados e articular em torno da pesquisa um grupo internacional de investigação científica interdisciplinar.	Mulheres a partir de 16 anos	Entrevista presencial
Fórum Brasileiro de Segurança Pública <sup>18</sup>	Medir a taxa de vitimização de mulheres para um conjunto de situações de violência, bem como a percepção da população sobre o tema.	População a partir de 16 anos em geral	Entrevista presencial
Instituto Patrícia Galvão <sup>19</sup>	Não relatado.	Mulheres e homens	Questionário on-line
Instituto de Economia Aplicada <sup>20</sup>	Apurar percepções da população brasileira acerca de temas afetos à violência contra as mulheres.	População a partir de 16 anos em geral	Questionário presencial
Instituto Patrícia Galvão <sup>21</sup>	Avaliar a percepção sobre violência e assassinatos de mulheres e captar a percepção de homens e mulheres sobre o cenário de violência doméstica contra a mulher no Brasil, sobretudo no que diz respeito aos assassinatos de mulheres por seus parceiros ou ex-parceiros.	População em geral	Questionário presencial
Instituto Avon <sup>22</sup>	Ouvir os homens e conhecer a percepção deles sobre a violência doméstica.	Homens autores de violência, especialistas, mulheres e homens a partir de 16 anos	Entrevista presencial
Medina-Ariza e Barberet <sup>23</sup>	Medir a violência contra mulheres e argumentar que é crucial incorporar questões sobre a percepção de abuso.	Mulheres	Entrevista presencial
Memiah et al. <sup>24</sup>	Examinar associações entre violência por parceiro íntimo contra mulheres do leste africano e risco de morte de seus neonatos, bebês e crianças, assim como as variáveis relacionadas.	Mulheres de 15 a 49 anos	Entrevista presencial
Bellizi et al. <sup>25</sup>	Avaliar a associação entre o tempo de exposição à violência sexual por parceiro íntimo e eclâmpsia.	População em geral	Entrevista presencial
Kuhlmann et al. <sup>26</sup>	Descrever a relação entre exposição à violência por parceiro íntimo física ou sexualmente e os indicadores de uso de serviços de cuidado pré-natal entre mulheres hondurenhas em idade reprodutiva.	Mulheres casadas ou vivendo em união de estável e ter pelo menos uma criança de cinco anos ou menos.	Questionário presencial
Carmona-Torres et al. <sup>27</sup>	Determinar a prevalência da violência por parceiro íntimo entre profissionais de saúde que trabalham no Sistema Nacional de Saúde espanhol, de acordo com as comunidades autônomas da Espanha.	Profissionais da saúde de ambos os sexos	Questionário on-line
Brasil <sup>28</sup>	Promover políticas de prevenção e proteção às pessoas em situação de violência e vítimas de acidentes, de modo a reduzir sua ocorrência, contribuindo para a promoção da saúde e da qualidade de vida.	Vítimas de violências e acidentes por causas externas que procuraram atendimento nos serviços de urgência e emergência.	Entrevista presencial
Conserve et al. <sup>29</sup>	Investiga as atitudes sobre violência por parceiro íntimo, conhecimento e uso de preservativos.	Homens de 15 a 59 anos de idade	Entrevista presencial
Lima <sup>30</sup>	Comparar as características sociodemográficas de mulheres segundo a cor, com foco nas mulheres negras, e analisar os tipos mais comuns de agressões a elas infringidas na assistência ao parto pelo Sistema Único de Saúde.	Mulheres atendidas em maternidades públicas e privadas conveniadas ao SUS em todo o Brasil	Entrevista telefônica
Kdoku e Asante <sup>31</sup>	Investigar os fatores que influenciam a aprovação de mulheres sobre violência física doméstica entre mulheres ganesas de 15 a 49 anos.	Mulheres de 15 a 49 anos e homens de 15 a 59	Entrevista domiciliar

Quadro 3. Quadro de caracterização dos estudos incluídos na amostra da revisão quanto a objetivos, população estudada e método de coleta

<b>Autoria</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Caracterização da amostra</b>	<b>Método de coleta</b>
Zembe et al. <sup>32</sup>	Associar a extensão e correlacionar a violência por parceiro íntimo; explorar a relação desigual de poder e o papel dos riscos sexuais e sociais na produção de violência entre mulheres jovens de 16 a 24 anos.	Mulheres negras de 16 a 24 anos, residindo, trabalhando ou confraternizando na comunidade de estudo; que relataram ter múltiplos parceiros sexuais nos últimos três meses.	Questionário autopreenchido
Rahman et al. <sup>33</sup>	Examinar a associação entre aspectos multidimensionais, inequidade de gênero e risco de violência por parceiro íntimo.	Mulheres casadas de Bangladesh	Entrevista presencial
Boel-Studt e Renner <sup>34</sup>	Explorar a associação entre características da juventude, comportamento parental, risco de violência familiar e risco de vitimização física ou psicológica de pares.	Adolescentes de 10 a 17 anos	Entrevista telefônica
Luz et al. <sup>35</sup>	Examinar características sociodemográficas, desfechos e tipos de acidentes e violências que levaram a atendimento em 74 serviços-sentinelas situados em 23 capitais brasileiras e no Distrito Federal.	População em geral a partir de 20 anos	Entrevista presencial
Lindner et al. <sup>36</sup>	Investigar a associação entre sexo e violência física entre parceiros íntimos.	População entre 20 e 59 anos	Entrevista presencial
Garcia e Silva <sup>37</sup>	Descrever o perfil dos atendimentos a vítimas de violência por parceiro íntimo em serviços de urgência e emergência vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e investigar diferenças entre os sexos.	Todos os atendimentos por causa de violência	Entrevista presencial
Moraes et al. <sup>38</sup>	Estimar a prevalência de violência física entre parceiros íntimos nos primeiros seis meses após o parto entre mulheres que frequentam Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Rio de Janeiro, Brasil, para o acompanhamento da criança.	Mães de crianças com até seis meses de vida que procuraram consulta pediátrica ou de puericultura em 27 UBS do Sistema Único de Saúde (SUS), no Município do Rio de Janeiro	Entrevista presencial
Lima et al. <sup>39</sup>	Estimar a prevalência de violência contra mulheres profissionais do sexo segundo natureza e perpetrador e identificar os fatores associados.	Mulheres profissionais do sexo	Entrevista presencial
Gil et al. <sup>40</sup>	Aprofundar e caracterizar a estrutura sociodemográfica e socioeconômica da vítima, o conhecimento dos processos e condições de violência no contexto da vida familiar por tipos de conduta, frequência e sentimentos associados à vitimização; identificar os fatores de risco relativos à polivitimização e compreender as trajetórias das vítimas na rede institucional. Pretenderam, também, aprofundar e aliar o maior conhecimento do problema a recomendações que sejam de utilidade para a elaboração de políticas, indo ao encontro das preocupações suscitadas pela OMS.	Idosos	Entrevista presencial
Malta et al. <sup>41</sup>	Analisar o perfil dos atendimentos de emergência por acidentes e violências envolvendo crianças menores de dez anos no Brasil no ano de 2011.	Crianças de até dez anos de idade vítimas de acidentes e violências que procuraram atendimento nos serviços de urgência e emergência selecionados	Entrevista presencial
Andrade et al. <sup>42</sup>	Identificar a associação entre o consumo de álcool e outras drogas e o bullying com o envolvimento em situações de violência física entre adolescentes de 13 a 15 anos, em escolas públicas e privadas das capitais brasileiras e do Distrito Federal.	Adolescentes de 13 a 15 anos	Entrevista presencial
Silva et al. <sup>43</sup>	Avaliar se a violência física entre parceiros íntimos é um fator de risco para o início tardio do acompanhamento da criança em unidades básicas de saúde (UBS).	Crianças nos primeiros seis meses de vida	Entrevista presencial
Zanoti-Jeronymo et al. <sup>44</sup>	Avaliar a prevalência de abuso físico e exposição à violência parental na infância segundo características sociodemográficas.	Adolescentes com 14 anos ou mais	Entrevista presencial
Anacleto et al. <sup>45</sup>	Estimar a prevalência da violência entre parceiros íntimos e os fatores associados em Lages, Santa Catarina, Brasil.	Mulheres adultas de 20 a 59 anos	Entrevista presencial

Quadro 3. Quadro de caracterização dos estudos incluídos na amostra da revisão quanto a objetivos, população estudada e método de coleta

<b>Autoria</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Caracterização da amostra</b>	<b>Método de coleta</b>
Moraes et al. <sup>46</sup>	Estimar a prevalência da violência física contra idosos no ambiente doméstico em população adstrita ao Programa Médico de Família de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.	Idosos	Entrevista presencial
Ortiz-Hernandez e Torres <sup>47</sup>	Estimar a frequência de danos à saúde mental via percepção do estado de saúde, ideia suicida, tentativa de suicídio, transtornos mentais comuns e alcoolismo em bissexuais, lésbicas e homossexuais na Cidade do México e analisar a possível relação da violência e da discriminação com a saúde mental dessa população.	Bissexuais, lésbicas e homossexuais que atendem bissexuais, lésbicas e homossexuais e que estavam na Cidade do México	Entrevista presencial
Ferreira et al. <sup>48</sup>	Avaliar se a violência física por parceiro íntimo afeta o status nutricional de mulheres adultas com diferentes Índices de Massa Corporal (IMC).	Mulheres de 20 a 59 anos de idade	Entrevista presencial
Azevêdo et al. <sup>49</sup>	Investigar a associação entre gravidez não planejada e violência por parceiro íntimo antes da gravidez.	Mulheres de 18 a 49 anos que tiveram gravidez não planejada	Entrevista presencial
Costa et al. <sup>50</sup>	Investigar fatores associados entre violência física contra mulheres grávidas.	Mulheres com 22 a 25 semanas de gestação	Entrevista presencial
Alves et al. <sup>51</sup>	Identificar os passos da exposição à violência comunitária relatada por pais e guardiões de crianças de 4 a 12 anos de idade e a associação com sintomas de asma infantil.	Crianças de 4 a 12 anos	Entrevista presencial
Ferdos e Rahman <sup>52</sup>	Explorar a relação entre desnutrição e violência por parceiro íntimo entre 1.086 jovens em Bangladesh de 13 a 24 anos.	Mulheres de 15 a 24 anos	Entrevista presencial
Boing et al. <sup>53</sup>	Quantificar a importância geral de as escolas explicarem a variação individual no uso de tabaco e testar a associação entre as características do ambiente escolar e sua proximidade com a experimentação e uso regular de cigarros.	Alunos do 9º ano do ensino fundamental	Entrevista presencial
Halpern et al. <sup>54</sup>	Avaliar a gravidade do uso de substâncias psicoativas, situações de violência, saúde física e emocional de usuários de crack que procuraram atendimento em Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (Caps-ad), em relação ao status de moradia.	Adultos usuários de crack que procuraram CAPSad para tratamento da dependência	Entrevista presencial
Pilecco et al. <sup>55</sup>	Investigar a relação entre a prática do aborto e a declaração de coerção sexual.	Mulheres jovens	Entrevista presencial
Augusto <sup>56</sup>	Avaliar a frequência dos casos associados ao uso de álcool e outras drogas entre as denúncias de violência familiar nas nove Delegacias de Defesa da Mulher do Município (DDMs) de São Paulo.	Mulheres que procuraram as delegacias de defesa da mulher por denúncia de violência familiar	Entrevista presencial
Associação Portuguesa de Apoio à Vítima <sup>57</sup>	Promover e contribuir para a informação, proteção e apoio aos cidadãos vítimas de infrações penais.	Vítimas diretas de violência	Entrevista presencial
Griboski <sup>58</sup>	Identificar os significados e a ocorrência de violências perpetradas por parceiros íntimos (VPI) em mulheres trabalhadoras rurais; descrever o perfil sociodemográfico e a ocorrência de violências perpetradas por parceiros íntimos em trabalhadoras e líderes rurais; estimar a prevalência e a frequência da ocorrência de VPI; analisar os discursos atribuídos aos significados das VPI.	Trabalhadoras rurais participantes da 4ª Marcha das Margaridas e lideranças rurais	Entrevista presencial
Bhona <sup>59</sup>	Investigar a associação entre episódios de violência doméstica entre o casal ou direcionada aos filhos e os padrões de consumo de álcool entre mulheres num bairro de baixa renda da cidade de Juiz de Fora.	Mulheres entre 18 e 60 anos de idade	Entrevista presencial
Molinós <sup>60</sup>	Identificar episódios de violência com prejuízo da integridade física ou agressões de ordem moral ou psicológica e às condições de segurança e prevenção da violência no trabalho sofrida pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família que atuam nos serviços de saúde dos municípios de Coari, Manacapuru, Parintins, São Gabriel da Cachoeira do estado do Amazonas sob a ótica dos profissionais médicos, enfermeiros, dentistas, agentes comunitários da saúde.	Profissionais da Estratégia Saúde da Família	Entrevista presencial

Quadro 3. Quadro de caracterização dos estudos incluídos na amostra da revisão quanto a objetivos, população estudada e método de coleta

<b>Autoria</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Caracterização da amostra</b>	<b>Método de coleta</b>
Khalifeh <sup>61</sup>	Analisar o British Crime Survey (BCS) dos anos de 2009 e 2010. Estudo longitudinal com representatividade nacional de 44.398 adultos vivendo em ambiente familiar na Inglaterra e País de Gales.	Homens e mulheres com 16 anos ou mais que vivem em residências particulares na Inglaterra e no País de Gales	Entrevista presencial
Dadoud et al. <sup>62</sup>	Descrever a prevalência de abuso antes, durante e depois da gravidez em uma amostra de base populacional nacional de novas mães canadenses.	Mães de 15 anos ou mais em províncias e territórios canadenses	Entrevista telefônica
Deribe et al. <sup>63</sup>	Avaliar a magnitude da violência por parceiro íntimo no sudoeste da Etiópia, em comunidade predominantemente rural.	Mulheres casadas 15 a 49 anos	Entrevista presencial
Navaratne et al. <sup>64</sup>	Avaliar a incidência de diversos tipos de ferimentos no distrito de Galle, Sri Lanka.	População em geral que sofreu lesões fatais, incapacitantes e não fatais nos últimos 30 dias	Entrevista presencial
Leemis et al. <sup>65</sup>	Sumariar experiências no período de doze meses de vítimas de violência sexual nos Estados Unidos.	Adultos: 18 anos ou mais	Entrevista presencial
Smithe et al. <sup>66</sup>	Descrever em níveis nacional e estadual: a prevalência e características de violência sexual, perseguição e violência por parceiro íntimo; o impacto da violência sofrida por parceiro íntimo; a prevalência dessas formas de violências com menores de idades; e as condições de saúde associadas com essas formas de violência.	Adultos: 18 anos ou mais	Entrevista presencial
Felliti et al. <sup>67</sup>	Descrever relações de longa duração de experiências na infância com problemas médicos e de saúde pública importantes.	Membros do Plano de Saúde Kaiser	Questionário via correios
Instituto Nacional de Saúde <sup>68</sup>	Recolher, analisar e disseminar dados sobre a violência contra as crianças e jovens.	Indivíduos de 13 aos 24 anos de idade	Questionário on-line
Tjalden e Thoenes <sup>69</sup>	Investigar o nível de perseguições nos Estados Unidos; quem persegue quem; com qual frequência perseguidores ameaçam abertamente suas vítimas; com qual frequência perseguições são reportadas à polícia; e quais são as consequências sociais e psicológicas da perseguição.	População adulta em geral	Entrevista telefônica
Tjalden e Thoenes <sup>70</sup>	Compreender a violência contra mulheres.	População adulta em geral	Entrevista telefônica
Taylor et al. <sup>71</sup>	Construir campo de conhecimento sobre relacionamento de namoros de adolescentes, particularmente os marcados por abuso na relação adolescentes.	Adolescentes de 10 a 18 anos e seus pais	Entrevista on-line
Grotper et al. <sup>72</sup>	Conduzir análises sobre os relatos de abusadores sexuais que fizeram parte de uma amostra longitudinal representativa nacionalmente por 26 anos.	Pessoas entre 11 e 43 anos, seus parceiros e seus pais	Entrevista presencial domiciliar ou telefônica
Lisboa et al. <sup>73</sup>	Descrever as principais conclusões resultantes do Inquérito Nacional “Violência de Género”, promovido pela Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género (CIG) e desenvolvido pela Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa (FCSH-UNL), por meio do SociNova/CesNova.	Homens e mulheres a partir dos 18 anos	Entrevista presencial em domicílio ou lugares públicos

Fonte: elaboração própria, 2023.

Nota: Foi realizada tradução livre dos objetivos dos trabalhos originais.

Somente dois dos estudos<sup>17,64</sup> não apresentaram dados sociodemográficos sobre a população pesquisada. Dentre as informações coletadas pelo instrumento de extração de dados, o status de maternidade ou paternidade foi o menos investigado. O dado mais

investigado foi a idade da pessoa entrevistada. O interesse pela raça/cor da pessoa entrevistada apareceu em menos da metade dos estudos. O *quadro 4* apresenta as variáveis sociodemográficas questionadas nos estudos da amostra.

Quadro 4. Variáveis sociodemográficas adotadas em cada estudo da amostra

Autoria	Variáveis												
	Sexo/gênero*	Idade	Escolaridade	Região geográfica	Renda	Raça/cor	Estado civil	Ocupação / situação de emprego	Religião	Filhos	Suporte econômico familiar	Uso autorreferido de bebida alcoólica ou outras substâncias	
Carvalho e Oliveira <sup>17</sup>	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	
Fórum Brasileiro de Segurança Pública <sup>18</sup>	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Não	
Instituto Patrícia Galvão <sup>19</sup>	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	
Instituto de Economia Aplicada <sup>20</sup>	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	
Instituto Patrícia Galvão <sup>21</sup>	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	
Instituto Avon <sup>22</sup>	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	
Medina-Ariza e Barberet <sup>23</sup>	Não*	Não	Não	Sim	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	
Memiah et al. <sup>24</sup>	Não*	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	
Bellizi et al. <sup>25</sup>	Não*	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	
Kuhlmann et al. <sup>26</sup>	Não*	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Não	Não	Não	
Carmona-Torres et al. <sup>27</sup>	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Não	
Brasil <sup>28</sup>	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não	
Conserve et al. <sup>29</sup>	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não	
Lima <sup>30</sup>	Não*	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	
Kdoku e Asante <sup>31</sup>	Não*	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não	
Zembe et al. <sup>32</sup>	Não*	Sim	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	
Rahman et al. <sup>33</sup>	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	
Boel-Studt e Renner <sup>34</sup>	Sim	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	
Luz et al. <sup>35</sup>	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	
Lindner et al. <sup>36</sup>	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	
Garcia e Silva <sup>37</sup>	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não	Sim	
Moraes et al. <sup>38</sup>	Não*	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Não	
Lima et al. <sup>39</sup>	Não*	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não	
Gil et al. <sup>40</sup>	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	
Malta et al. <sup>41</sup>	Sim	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não	
Andrade et al. <sup>42</sup>	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	

Quadro 4. Variáveis sociodemográficas adotadas em cada estudo da amostra

Autoria	Variáveis											
	Sexo/gênero*	Idade	Escolaridade	Região geográfica	Renda	Raça/cor	Estado civil	Ocupação / situação de emprego	Religião	Filhos	Suporte econômico familiar	Uso autorreferido de bebida alcoólica ou outras substâncias
Silva et al. <sup>43</sup>	Não*	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não
Zanoti-Jeronymo et al. <sup>44</sup>	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não	Não
Anacleto et al. <sup>45</sup>	Não*	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Moraes et al. <sup>46</sup>	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não
Ortiz-Hernandez e Torres <sup>47</sup>	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	Não
Ferreira et al. <sup>48</sup>	Não*	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Não
Azevêdo et al. <sup>49</sup>	Não*	Sim	Sim	Não	Não	Não	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não
Costa et al. <sup>50</sup>	Não*	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	Não
Alves et al. <sup>51</sup>	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Ferdos e Rahman <sup>52</sup>	Não*	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Não
Boing et al. <sup>53</sup>	Não*	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Halpern et al. <sup>54</sup>	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não
Pilecco et al. <sup>55</sup>	Não*	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Não	Não
Augusto <sup>56</sup>	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não
Associação Portuguesa de Apoio à Vítima <sup>57</sup>	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não
Griboski <sup>58</sup>	Não*	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não
Bhona <sup>59</sup>	Não*	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim
Molinos <sup>60</sup>	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Não
Khalifeh <sup>61</sup>	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Dadoud et al. <sup>62</sup>	Não*	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Não
Deribe et al. <sup>63</sup>	Não*	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Sim	Sim	Não	Não	Não
Navaratne et al. <sup>64</sup>	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Leemis et al. <sup>65</sup>	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Não
Smithe et al. <sup>66</sup>	Sim	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Felliti et al. <sup>67</sup>	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Instituto Nacional de Saúde <sup>68</sup>	Não*	Não	Sim	Não	Não	Não	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não
Tjalden e Thoennes <sup>69</sup>	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Não
Tjalden e Thoennes <sup>70</sup>	Sim	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Taylor et al. <sup>71</sup>	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Não
Grotpeter et al. <sup>72</sup>	Sim	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Lisboa et al. <sup>73</sup>	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não

Fonte: elaboração própria.

\*A variável sexo/gênero não foi investigada em estudos que tinham apenas mulheres como sujeitos entrevistados.

Dos 57 estudos, 26 pesquisaram sobre violência doméstica<sup>17-21,24-26,28,31,33,35,36,40,41,43,44,50,52,54-58,63,71</sup>. A maioria desses, 18 estudos<sup>17,20,24,26,28,33,35,36,40,41,43,44,50,52,56-58,63</sup>, pesquisou sobre as formas de violência, três estudos investigaram o local de ocorrência da violência<sup>18,20,41</sup> e outros três, a relação da vítima com o agressor<sup>54-56</sup>. Apenas dois perguntaram sobre violência contra a gestante<sup>25,50</sup>; um estudo perguntou sobre a experiência da violência<sup>19</sup>; um investigou sobre a justificativa da violência doméstica<sup>31</sup>; e outro desejou conhecer a atitude dos pais sobre a violência doméstica<sup>71</sup>.

As pesquisas sobre as situações de violência intrafamiliares apareceram em 10 estudos<sup>17,20,34,39,54,55,57,67,68,70</sup>, sendo que oito questionaram a experiência sobre esta violência<sup>17,20,34,39,54,67,68,71</sup> e somente dois investigaram a relação da vítima com o agressor<sup>55,57</sup>. Dezesesseis estudos apresentaram variáveis sobre situações de violência por parceiro íntimo ou sexual<sup>16-20,26,27,29,32,33,57,62,65,66,68,69,71</sup>, desses, 12 apresentaram dados sobre as formas de violência<sup>17,19,20,26,27,29,32,33,62,65,66</sup>. Apenas um mostrou a relação entre vítima e agressor<sup>57</sup> e outro questionou sobre violência na primeira experiência sexual<sup>68</sup>. Vinte estudos apresentam variáveis sobre comportamento sexual<sup>17,18,20,29,32,34,54,56,58,62-72</sup>, sendo que 12 perguntaram sobre violência sexual<sup>17,55,58,62,63,66-70,72,73</sup> e 13 questionam sobre assédio sexual<sup>18,20,29,32,34,54,57,63,65,66,69,71,73</sup>.

Somente seis estudos contemplaram variáveis sobre diversidade sexual e identidade de gênero<sup>20,32,57,68,71,73</sup>, dos quais três investigaram sobre a violência relacionada ao estereótipo de gênero<sup>32,71,73</sup>, como o estereótipo de que a mulher não conseguiria ocupar cargos de liderança, e os outros três, sobre discriminação sexual e de gênero<sup>20,57,68</sup>, questionando se casais homoafetivos devem ter os mesmos direitos que casais heteroafetivos.

Mais especificamente sobre as questões de violência sexual, os inquéritos fizeram o levantamento de variáveis para mensurar a magnitude do problema relacionado à violência sexual, identificação de fatores de risco

e proteção, identificação de possíveis consequências da violência sexual, orientação de cuidados, estratégias e políticas públicas para manejo das consequências da violência e monitoramento e avaliação de serviços, intervenções ou tratamentos recebidos pelas vítimas de violência.

## Discussão

A discussão dos dados considera que o objetivo desta revisão de escopo é o de mapear inquéritos populacionais que identificam dados sobre violências domésticas, intrafamiliares, por parceiro íntimo e sexual. Inclui abordagens sobre comportamento sexual e diversidade sexual e de gênero e orienta o delineamento de esquemas de coleta e análise de dados sobre violência a serem utilizados em inquéritos populacionais.

O primeiro passo para o planejamento de um inquérito sobre violência é a determinação do objetivo central do estudo. Os inquéritos aqui incluídos tiveram como objetivo de destaque estimar a prevalência da violência na população, seja ela sexual, doméstica, urbana, interpessoal, dentre outras, fornecendo uma visão epidemiológica e peculiaridades e particularidades regionais<sup>74</sup>.

A maior parte dos estudos teve como foco a violência doméstica ou sexual em comparação a outros tipos de violências. Segundo a literatura, a justificativa está no aumento do número de estudos sobre violência doméstica nos últimos anos<sup>75</sup>, o que pode ser atribuído ao crescimento do interesse público na violência doméstica, impulsionado por campanhas de conscientização, movimentos sociais e mudanças culturais<sup>76</sup>.

Como resultado, a violência doméstica tornou-se um tema mais visível e importante na sociedade, levando a um aumento da demanda por pesquisas e estudos sobre o tema. Entretanto, o interesse público em dados sobre outros tipos de violências, como as direcionadas às crianças, por exemplo, se reduziu nos últimos anos. A literatura relaciona esse

resultado ao estresse, insatisfação e sentimentos negativos relacionados à veiculação de informações sobre violência contra a criança e o adolescente<sup>76,77</sup>.

Muitos estudos pretenderam identificar fatores de risco e proteção relacionados à violência. Pelo que se encontra em outras pesquisas, este tipo de estudo é útil para verificar se há uma correlação entre o tipo de violência e a idade, gênero, raça, status socioeconômico ou outros fatores, que podem subsidiar ações e planejamento locais de prevenção, cuidado e manejo relacionados à violência<sup>74,78,79</sup>.

Além disso, observamos que variáveis e questões de estudo – se a vítima recebeu a ajuda de que precisava, que tipos de recursos recebeu dos serviços após a violência, onde procurou ajuda, quem lhe deu apoio, por exemplo – ajudam a identificar as consequências da violência, tanto para as vítimas, por meio de repercussões na saúde emocional, física, impactos familiares e sociais, como para a sociedade em geral, uma vez que o planejamento de ações de prevenção e cuidado é um investimento na redução do custo e carga sociais da violência sexual.

Para conhecer as consequências da violência, os estudos avaliaram a presença de problemas de saúde mental, comportamentos de risco, impacto na produtividade e custos associados à assistência de saúde, social e de direitos às vítimas<sup>74,78,79</sup>.

Entende-se que os inquéritos aqui estudados têm potencial de orientação de políticas públicas, uma vez que fornecem informações importantes para o planejamento de estratégias de prevenção e intervenção na área de violência<sup>79-81</sup>. Um exemplo é que há preocupação grande com o risco para violência sexual contra a mulher e população LGBTQIA+. Logo, serviços que atendem a mulheres são, por meio desses estudos, incentivados a encontrar indícios de violência nas mulheres lá assistidas, e explicitar ajuda a direcionar recursos e esforços para onde são mais necessários e eficazes, de forma custo-efetiva<sup>82</sup>.

Alguns inquéritos também objetivaram monitorar e avaliar intervenções para o manejo das consequências da violência. Quando um estudo verifica resultados positivos de uma prática ou intervenção, esse dado subsidia a disseminação de boas práticas ou intervenções baseadas em evidências<sup>83</sup>. Quando levantam fragilidades ou desafios no manejo das situações de violência, os resultados dos inquéritos descobrem áreas que precisam de melhorias, melhor planejamento ou adaptações locais ou culturais.

Observou-se que os formulários on-line como ferramentas de pesquisa para os inquéritos foram pouco utilizados nos inquéritos de violência aqui estudados.

Os formulários de pesquisa on-line podem ser ferramentas valiosas para pesquisas sobre violência, pois permitem a coleta de dados de forma confidencial e anônima, sem necessidade de deslocamento ou abordagem presencial de entrevistador, o que pode incentivar as pessoas a fornecer informações mais sensíveis detalhadamente sobre experiências de violência podem ser difíceis de relatar pessoalmente. Além disso, os formulários on-line podem ser rapidamente disseminados com capilaridade<sup>84</sup>, aumentando a possibilidade de resposta vinda de pessoas em regiões mais remotas.

Entretanto, estudos revelam que o uso de ferramentas on-line para estudos sobre violência tende a aumentar a representação de pessoas mais jovens em detrimento às mais idosas, o que pode causar viés nos resultados encontrados<sup>85</sup>. Uma das indicações da literatura especializada em inquéritos de forma remota é que sejam realizados por meio de perguntas curtas e simples, de fácil entendimento pela população, utilizando ferramentas potentes capazes de garantir a total segurança dos dados<sup>86,87</sup>.

Os inquéritos e estudos de base populacional são ferramentas fundamentais para compreender as violências. Quando bem conduzidos, empregando variáveis abrangentes, sensíveis e cuidadosas, ajudam a

identificar a prevalência e os padrões da violência, bem como os fatores de risco e proteção associados à violência. Assim, subsidiam a identificação de preditores, determinantes sociais, fatores de risco e proteção, bem como permitem avaliar a eficácia das intervenções existentes e orientar a formulação de novas políticas e estratégias para prevenção e atendimento às vítimas<sup>5,15</sup>.

### Limitações da revisão

A principal limitação deste estudo foi a falta da descrição das variáveis estudadas por alguns inquéritos e a não disponibilização dos formulários e instrumentos de coleta de dados no formato aberto. A falta dos instrumentos de coleta na íntegra impossibilitou listar e analisar profundamente as variáveis estudadas por todos os inquéritos incluídos.

### Conclusões

As principais variáveis e questões investigadas pelos inquéritos incluídos nesta revisão de escopo tiveram por objetivo identificar os fatores de risco e proteção relacionados à violência e avaliar os programas, intervenções e políticas existentes para o manejo de seus desdobramentos e orientação na formulação de novas políticas públicas, estratégias e intervenções custo-efetivas para boas práticas no atendimento às vítimas dessas violências. Recomenda-se que sejam realizados inquéritos com populações vulnerabilizadas a partir do recorte de faixa etária, condição socioeconômica ou gênero ou raça/cor, que permitam uma análise mais aprofundada e interseccional dos tipos de violência. É importante que os

dados sobre violência possam ser relacionados a diversas variáveis e determinantes sociais de saúde para que se possa traçar um perfil e elaborar políticas públicas para o enfrentamento dos tipos de violência que acontecem em diversas esferas da sociedade.

### Agradecimentos

À Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem (FEnf Unicamp) e ao Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo (IEA USP) pelo apoio institucional para o desenvolvimento deste estudo. Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo financiamento desta revisão.

### Colaboradores

Fernandes HGC (0000-0003-1504-7074)\* contribuiu para concepção, coleta, análise, interpretação dos dados e revisão crítica do manuscrito. Telles NN (0000-0002-9176-887X)\* e Luz PO (0000-0003-0120-1667)\* contribuíram para coleta, análise, interpretação dos dados e redação do manuscrito. Silva JCM (0000-0001-5367-4197)\* contribuiu para coleta, análise e interpretação dos dados do manuscrito. Barbosa GC (0000-0002-7433-8237)\* contribuiu para coleta, análise, interpretação dos dados e revisão crítica do manuscrito. Baquete AGL (0000-0001-6649-307X)\* contribuiu para coleta e revisão dos dados do manuscrito. Oliveira MAF (0000-0002-1069-8700)\* contribuiu para desenho do trabalho e revisão crítica para aprovação final do manuscrito. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, et al. Relatório mundial sobre violência e saúde [Internet]. Geneva: Organização Mundial da Saúde; 2002 [acesso em 2022 jan 7]. Disponível em: <https://opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude-1.pdf>
- World Health Organization. Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women [Internet]. World Health Organization. Geneva: WHO; 2021 [acesso em 2022 jan 7]. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/341337>
- Pan American Health Organization. Addressing violence against women in health policies and protocols in the Americas: A regional status report [Internet]. Washington, D.C.: PAHO; 2022 [acesso em 2022 jan 12]. Disponível em: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56750/9789275126387\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56750/9789275126387_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- United Nations. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development [Internet]. [New York]: UN; 2021 [acesso em 2022 fev 4]. Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld/publication>
- Victora CG. Por que precisamos de inquéritos populacionais sobre saúde? *Cad Saúde Pública*. 2022;38(supl1):e00010222. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT010222>
- Medina-Ariza J, Barberet R. Intimate partner violence in Spain findings from a national survey. *VAW*. 2003;9(3):302-322. DOI: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1177/1077801202250073>
- Briceño-León R, Perdomo G. Violence against indigenous children and adolescents in Venezuela. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(supl3). DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00084718>
- Ariyo T, Jiang Q. Violência por parceiro íntimo e amamentação exclusiva de bebês: análise da pesquisa demográfica e de saúde da Nigéria de 2013. *Int Amamentar J*. 2021;16(15). DOI: <https://doi.org/10.1186/s13006-021-00361-9>
- Cerqueira D, Bueno S, Alves PP, et al. Atlas da Violência 2022 [Internet]. Brasília, DF: Ipea, FBSP; 2020 [acesso em 2022 jan 23]. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10214/1/Atlas-Violencia2020.pdf>
- Waldman EA, Novaes HMD, Albuquerque MFM, et al. Inquéritos populacionais: aspectos metodológicos, operacionais e éticos. *Rev Bras Epidemiol*. 2008;11:168-179. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2008000500018>
- Munn Z, Peters MDJ, Stern C, et al. Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Med Res Methodol*. 2018;18(1):143. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>
- Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, et al. Chapter 11: Scoping Reviews. In: Aromataris E, Munn Z, editores. *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. [local desconhecido]: The Joanna Briggs Institute; 2017 [acesso em 2022 jan 23]. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/319713049\\_2017\\_Guidance\\_for\\_the\\_Conduct\\_of\\_JBI\\_Scoping\\_Reviews](https://www.researchgate.net/publication/319713049_2017_Guidance_for_the_Conduct_of_JBI_Scoping_Reviews)
- Peters MDJ, Marnie C, Tricco AC, et al. Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBI Evid Synth*. 2020;18(10):2119-2126. DOI: <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167>
- Tricco AC, Lillie E, Zarin W, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169(7):467-473. DOI: <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Silva VSTM, Pinto LF. Inquéritos domiciliares nacionais de base populacional em saúde: uma revisão

- narrativa. *Ciênc saúde coletiva*. 2020;26(9):4045-4058. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.28792020>
16. World Health Organization, Global Consultation on Violence and Health. *Violence: a public health priority* [Internet]. Geneva: WHO; 1996 [acesso em 2022 jan 11]. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/179463>
  17. Carvalho JR, Oliveira VH. Pesquisa de condições socioeconômicas e violência doméstica e familiar contra a mulher – Relatório Executivo III – Primeira Onda – 2016. Prevalência da Violência Doméstica e o Impacto nas Novas Gerações [Internet]. [local desconhecido]: Instituto Maria da Penha; 2016 [acesso em 2022 jan 11]. Disponível em: [https://www.institutomariadapenha.org.br/assets/downloads/relatorio\\_I.pdf](https://www.institutomariadapenha.org.br/assets/downloads/relatorio_I.pdf)
  18. Bueno S, Martins J, Pimentel A. Visível e invisível: a vitimização de mulheres no Brasil [Internet]. 3. ed. [local desconhecido]: Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2021 [acesso em 2022 mar 11]. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/06/relatorio-visivel-e-invisivel-3ed-2021-v3.pdf>
  19. Instituto Patrícia Galvão (BR). Violência doméstica contra a mulher na pandemia [Internet]. [local desconhecido]: Instituto Patrícia Galvão; 2020 [acesso em 2022 fev 18]. Disponível em: [https://assets-institucional-ipg.sfo2.cdn.digitaloceanspaces.com/2020/11/LocomotivaIPG\\_ViolenciaDomesticanaPandemiaFinal.pdf](https://assets-institucional-ipg.sfo2.cdn.digitaloceanspaces.com/2020/11/LocomotivaIPG_ViolenciaDomesticanaPandemiaFinal.pdf)
  20. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (BR). Sistema de Indicadores de Percepção Social – Tolerância social à violência contra as mulheres [Internet]. [local desconhecido]: Ipea; 2014 [acesso em 2022 mar 7]. Disponível em: [https://assets-compromissoeatitude-ipg.sfo2.digitaloceanspaces.com/2014/04/IPEA\\_sips\\_violenciamulheres04042014.pdf](https://assets-compromissoeatitude-ipg.sfo2.digitaloceanspaces.com/2014/04/IPEA_sips_violenciamulheres04042014.pdf)
  21. Instituto Patrícia Galvão (BR), Data Popular. Percepção da sociedade sobre violência e assassinatos de mulheres [Internet]. [local desconhecido]: Instituto Patrícia Galvão; 2013 [acesso em 2022 abr 13]. Disponível em: [https://assets-compromissoeatitude-ipg.sfo2.digitaloceanspaces.com/2013/08/livro\\_pesquisa\\_violencia.pdf](https://assets-compromissoeatitude-ipg.sfo2.digitaloceanspaces.com/2013/08/livro_pesquisa_violencia.pdf)
  22. Instituto Avon (BR), Data Popular. Percepções dos homens sobre a violência doméstica contra a mulher [Internet]. [local desconhecido]: Instituto Patrícia Galvão; 2013 [acesso em 2022 abr 20]. Disponível em: [https://assets-compromissoeatitude-ipg.sfo2.digitaloceanspaces.com/2013/12/folderpesquisa\\_instituto22x44\\_5.pdf](https://assets-compromissoeatitude-ipg.sfo2.digitaloceanspaces.com/2013/12/folderpesquisa_instituto22x44_5.pdf)
  23. Medina-Ariza J, Barberet R. Intimate partner violence in Spain. Findings from a national survey. *VAW*. 2003;9(3):302-322. DOI: <https://doi.org/10.1177/1077801202250073>
  24. Memiah P, Bond T, Oponga Y, et al. Neonatal, infant, and child mortality among women exposed to intimate partner violence in East Africa: A multi-country analysis. *BMC Womens Health*. 2020;20(1):10. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12905-019-0867-2>
  25. Bellizzi S, Nivoli A, Salaris P, et al. Sexual violence and eclampsia: Analysis of data from demographic and health surveys from seven low-and middle-income countries. *J Glob Health*. 2019;9(2):020434. DOI: <https://doi.org/10.7189/jogh.09.020434>
  26. Kuhlmann AKS, Foggia J, Fu Q, et al. Intimate partner violence as a predictor of antenatal care service utilization in Honduras. *Rev Panam Salud Publica*. 2017;41(e104). DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2017.104>
  27. Carmona-Torres JM, Recio-Andrade B, Rodríguez-Borrego MA. Intimate partner violence among health professionals: Distribution by autonomous communities in Spain. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03256. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016049803256>
  28. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Viva: Vigilância de Violências e Acidentes: 2013 e 2014* [Internet]. Brasília, DF; 2017 [acesso em 2022

- fev 28]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva\\_vigilancia\\_violencia\\_acidentees\\_2013\\_2014.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_vigilancia_violencia_acidentees_2013_2014.pdf)
29. Conserve DF, Whembolua GLS, Surkan PJ. Attitudes toward intimate partner violence and associations with condom use among men in Haiti: An analysis of the nationally representative demographic health survey. *J Interpers Violence*. 2016;31(6):989-1006. DOI: <https://doi.org/10.1177/0886260514564065>
  30. Lima KD. Raça e violência obstétrica no Brasil [monografia]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2016.
  31. Doku DT, Asante KO. Women's approval of domestic physical violence against wives: Analysis of the Ghana demographic and health survey. *BMC Womens Health*. 2015;15:120. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12905-015-0276-0>
  32. Zembe YZ, Townsend L, Thorson A, et al. Intimate partner violence, relationship power inequity and the role of sexual and social risk factors in the production of violence among young women who have multiple sexual partners in a peri-urban setting in South Africa. *PLoS One*. 2015;10(11):e0139430. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0139430>
  33. Rahman M, Nakamura K, Seino K, et al. Does gender inequity increase the risk of intimate partner violence among women? Evidence from a national Bangladeshi sample. *PLoS One*. 2013;8(12):e82423. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0082423>
  34. Boel-Studt S, Renner LM. Individual and familial risk and protective correlates of physical and psychological peer victimization. *Child Abus Negl*. 2013;37(12):1163-1174. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.07.010>
  35. Luz TCB, Malta DC, Sá NNB, et al. Violências e acidentes entre adultos mais velhos em comparação aos mais jovens: evidências do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(11):2135-2142. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011001100007>
  36. Lindner SR, Coelho EBS, Bolsoni CC, et al. Prevalência de violência física por parceiro íntimo em homens e mulheres de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil: Estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(4):815-826. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00159913>
  37. Garcia LP, Silva GDM. Violência por parceiro íntimo: Perfil dos atendimentos em serviços de urgência e emergência nas capitais dos estados brasileiros, 2014. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(4):e00062317. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00062317>
  38. Moraes CL, Oliveira AGES, Reichenheim ME, et al. Prevalência de violência física entre parceiros íntimos nos primeiros seis meses após o parto no município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(8):e00141116. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00141116>
  39. Lima FSS, Merchán-Hamann E, Urdaneta M, et al. Fatores associados à violência contra mulheres profissionais do sexo de dez cidades brasileiras. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(2):e00157815. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00157815>
  40. Gil AP, Santos AJ, Kislaya I, et al. Estudo sobre pessoas idosas vítimas de violência em Portugal: Sociografia da ocorrência. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(6):1234-1246. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00084614>
  41. Malta DC, Mascarenhas MDM, Neves ACM, et al. Atendimentos por acidentes e violências na infância em serviços de emergências públicas. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(5):1095-1105. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00068814>
  42. Andrade SSSA, Yokota RTC, Sá NNB, et al. Relação entre violência física, consumo de álcool e outras drogas e bullying entre adolescentes escolares brasileiros. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(9):1725-1736. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000900011>
  43. Silva AG, Moraes CL, Reichenheim ME. Violência física entre parceiros íntimos: Um obstáculo ao início do acompanhamento da criança em unidades básicas de saúde do Rio de Janeiro, Brasil? *Cad Saúde Pública*.

- 2012;28(7):1359-1370. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000700014>
44. Zanoti-Jeronymo DV, Zaleski M, Pinsky I, et al. Prevalência de abuso físico na infância e exposição à violência parental em uma amostra brasileira. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(11):2467-2479. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001100016>
45. Anacleto AJ, Njaine K, Longo GZ, et al. Prevalência e fatores associados à violência entre parceiros íntimos: um estudo de base populacional em Lages, Santa Catarina, Brasil, 2007. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(4):800-808. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000400011>
46. Moraes CL, Apratto PC, Reichenheim ME. Rompendo o silêncio e suas barreiras: Um inquérito domiciliar sobre a violência doméstica contra idosos na área de abrangência do Programa Médico de Família de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(10):2289-2300. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001000010>
47. Ortiz-Hernández L, Torres MIG. Efectos de la violencia y la discriminación en la salud mental de bisexuales, lesbianas y homosexuales de la Ciudad de México. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(3):913-925. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300026>
48. Ferreira MF, Moraes CL, Reichenheim ME, et al. Effect of physical intimate partner violence on body mass index in low-income adult women. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(1):161-172. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300026>
49. Azevêdo ACC, Araújo TVB, Valongueiro S, et al. Intimate partner violence and unintended pregnancy: prevalence and associated factors. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(12):2394-2404. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00161111>
50. Costa DCS, Ribeiro MRC, Batista RFL, et al. Factors associated with physical violence against pregnant women from São Luís, Maranhão state, Brazil: An approach using structural equation modeling. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(1):e00078515. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00078515>
51. Alves GC, Santos DN, Feitosa CA, et al. Violência comunitária e prevalência de asma em crianças na periferia de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(1):86-94. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00078515>
52. Ferdos J, Rahman MM. Exposure to intimate partner violence and malnutrition among young adult Bangladeshi women: Cross-sectional study of a nationally representative sample. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(7):e00113916. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00113916>
53. Boing AC, Boing AF, Subramanian SV. Association of violence in schools' vicinity and smoking in schools' premises with tobacco use among Brazilian adolescents. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(12):e00057919. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00057919>
54. Halpern SC, Scherer JN, Roglio V, et al. Vulnerabilidades clínicas e sociais em usuários de crack de acordo com a situação de moradia: um estudo multicêntrico em seis capitais brasileiras. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(6):e00037517. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00037517>
55. Pilecco FB, Knauth DR, Vigo A. Aborto e coerção sexual: O contexto de vulnerabilidade entre mulheres jovens. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(3):427-439. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000300004>
56. Augusto LP. Levantamento das denúncias de violência familiar nas Delegacias de Defesa da Mulher do município de São Paulo: um estudo sobre a interface com o uso de bebidas alcoólicas e outras drogas [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2010.
57. Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. Estatísticas APAV – Relatório Anual 2021 [Internet]. Lisboa, Portugal; 2022 [acesso em 2022 abr 12]. Disponível em: [https://apav.pt/apav\\_v3/images/press/Relatorio\\_Anual\\_2021.pdf](https://apav.pt/apav_v3/images/press/Relatorio_Anual_2021.pdf)

58. Griboski RA. Mulheres trabalhadoras rurais e violências por parceiros íntimos [tese na Internet]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2015 [acesso em 2024 jan 23]. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/18934>
59. Bhona FMC. Violência doméstica e consumo de álcool entre mulheres: um estudo transversal por amostragem na cidade de Juiz de Fora – MG [dissertação]. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora; 2011.
60. Molinos BG. Violência no trabalho com profissionais do Programa de Saúde da Família no Estado de Amazonas [dissertação na Internet]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2011 [acesso em 2024 jan 23]. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/95632>
61. Khalifeh H, Howard LM, Osborn D, et al. Violence against people with disability in England and Wales: findings from a National Cross-Sectional Survey. *PLoS One*. 2013;8(2):e55952. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0055952>
62. Daoud N, Urquia ML, O'Campo P, et al. Prevalence of abuse and violence before, during, and after pregnancy in a national sample of Canadian women. *Am J Public Health*. 2012;102(10):1893-1901. DOI: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300843>
63. Deribe K, Beyene BK, Tolla A, et al. Magnitude and correlates of intimate partner violence against women and its outcome in Southwest Ethiopia. *PLoS One*. 2012;7(4):e36189. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0036189>
64. Navaratne KV, Fonseka P, Rajapakshe L, et al. Population-based estimates of injuries in Sri Lanka. *Inj Prev*. 2009;15(3):170-175. DOI: <https://doi.org/10.1136/ip.2008.019943>
65. Leemis RW, Friar N, Khatiwada S, et al. The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey: 2016/2017 Report on Intimate Partner Violence [Internet]. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention; 2022 [acesso em 2022 fev 23]. Disponível em: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/124646>
66. Smith SG, Chen J, Basile KC, et al. The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2010-2012 State Report [Internet]. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention; 2017 [acesso em 2022 mar 12]. Disponível em: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/46305>
67. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med*. 1998;56(6):245-258. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8)
68. Instituto Nacional de Saúde (MZ), Ministry of Health, Ministry of Gender Child and Social Action, Instituto Nacional de Estatística; U.S. Centers for Control Disease. Mozambique Violence against children and youth survey (VACS 2019) [Internet]. Maputo, Mozambique; 2022 [acesso em 2022 mar 18]. Disponível em: <https://files.mutualcdn.com/tfg/assets/files/Mozambique-VACS-report.pdf>
69. Tjaden P, Thoennes N. Stalking in America: Findings from the National Violence Against Women Survey. *Natl Inst Justice Centers Dis Control Prev* [Internet]. 1998 [acesso em 2022 fev 4]. Disponível em: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/21857>
70. Tjaden P, Thoennes N. Prevalence, incidence, and consequences of violence against women: Findings from the national violence against women survey. *VAW* [Internet]. 1998 [acesso em 2022 fev 4];6(2):2-16. Disponível em: <https://www.ojp.gov/pdffiles/172837.pdf>
71. Taylor BG, Mumford EA, Liu W. The National Survey of Teen Relationships and Intimate Violence [Internet]. Washington, DC: Department of Justice; 2016 [acesso em 2022 mar 2]. Disponível em: <https://nij.ojp.gov/library/publications/national-survey-teen-relationships-and-intimate-violence-striv>

72. Grotmeter J, Menard S, Gianola D, et al. Sexual Violence: Longitudinal, Multigenerational Evidence from the National Youth Survey [Internet]. Washington, DC: Department of Justice; 2008 [acesso em 2022 jan 29]. Disponível em: <https://www.ojp.gov/pdffiles1/nij/grants/223284.pdf>
73. Lisboa M, Barroso Z, Patrício J, et al. Violência e Género – Inquérito Nacional sobre a Violência exercida contra Mulheres e Homens [Internet]. Lisboa, Portugal; 2009 [acesso em 2022 abr 9]. Disponível em: [https://run.unl.pt/bitstream/10362/56714/1/Violencia\\_e\\_Genero.pdf](https://run.unl.pt/bitstream/10362/56714/1/Violencia_e_Genero.pdf)
74. Borges KMO, Macena RHM, Sousa JEP, et al. Violências e privação de liberdade: uma discussão em saúde coletiva. Maringá: Booknando Livros; 2019. 160 p.
75. Ali P, Allmark P, Booth A, et al. How accurate and useful are published UK prevalence rates of intimate partner violence (IPV)? Rapid review and methodological commentary. *J Crim Psychol*. 2021;11(2):129-140. DOI: <https://doi.org/10.1108/jcp-11-2020-0048>
76. Kelly J, Payton E. A Content analysis of local media framing of intimate partner violence. *Violence Gen*. 2019;6(1)47-52. DOI: <https://doi.org/10.1089/vio.2018.001>
77. Hartwell M, Hendrix-Dicken AD, Sajjadi NB, et al. Trends in public interest in child abuse in the United States: An infodemiology study of Google Trends from 2004 to 2022. *Child Abuse Negl*. 2022;134:105868. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105868>
78. Nobre CS. Violência interpessoal entre escolares de Fortaleza: análise situacional de vítimas, agressores e observadores [tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2019.
79. Carnassale VD. Notificação de violência contra a mulher: conhecer para intervir na realidade [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2012.
80. Santana IO. Violência urbana e suas implicações na qualidade de vida de pessoas idosas [tese]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2015.
81. Nascimento AF, Deslandes SF. A construção da agenda pública brasileira de enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil. *Physis*. 2016;26(4):1171-1191. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000400006>
82. Moleiro C, Pinto N, Oliveira JM, et al. Violência doméstica: boas práticas no apoio a vítimas LGBT: guia de boas práticas para profissionais de estruturas de apoio a vítimas. Lisboa: Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género; 2016.
83. Vasconcelos NM, Alves FTA, Andrade GN, et al. Violência contra pessoas LGB+ no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde 2019. *Rev Bras Epidemiol*. 2023;26(supl1):e230005. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720230005.supl.1.1>
84. Rasmussen V, Steel Z, Spangaro J, et al. Investigating the prevalence of intimate partner violence victimisation in women presenting to the emergency department in suicidal crisis. *Emerg Med Australas*. 2021;33(4):703-710. DOI: <https://doi.org/10.1111/1742-6723.13714>
85. Peraud W, Quintard B, Constant A. Factors associated with violence against women following the COVID-19 lockdown in France: Results from a prospective online survey. *PLoS One*. 2021;16(9):e0257193. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257193>
86. Reis AP, Góes EF, Pilecco FB, et al. Desigualdades de gênero e raça na pandemia de Covid-19: implicações para o controle no Brasil. *Saúde debate*. 2020;44(esp4):324-340. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E423>
87. Seff I, Vahedi L, McNelly S, et al. Remote evaluations of violence against women and girls interventions: a rapid scoping review of tools, ethics and safety. *BMJ Glob Health*. 2021;6(9):e006780. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-006780>

---

Recebido em 15/01/2024

Aprovado em 10/06/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: CNPq 401933/2021-0

Editora responsável: Ana Maria Costa

# SAÚDE EM DEBATE

## Diretrizes para autores

### Instruções para preparação e submissão de artigos

ATUALIZADAS EM MAIO DE 2023

## 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, o trabalho e a avaliação em saúde. Valorizamos os 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 apótem contribuições relevantes para o conhecimento científico acumulado na área.

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.

A revista 'Saúde em Debate' conta com um Conselho Editorial que contribui para a definição de sua política editorial, revista periodicamente. Seus membros integram o Comitê Editorial e o banco de pareceristas em suas áreas específicas.

O título abreviado do periódico é **Saúde debate**, que deve ser usado em bibliografias, notas de rodapé, referências e legendas bibliográficas.

## POLÍTICA DE PROPRIEDADE INTELECTUAL

Todo o conteúdo do *periódico*, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma Licença Creative Commons do tipo atribuição CC-BY 4.0. Esta informação está disponível na *homepage* do site e na primeira página de todos os artigos.

## DIREITOS AUTORAIS

Em caso de aprovação e publicação do artigo no periódico, os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade da revista. Os

autores devem, no ato da submissão, preencher e assinar a Declaração de Responsabilidade e Cessão de Direitos Autorais conforme modelo: <https://saudeemdebate.org.br/sed/libraryFiles/downloadPublic/147>.

## CUSTOS

É cobrada taxa de publicação no valor de R\$ 600,00 (**atualizado em junho de 2023**) para os artigos aprovados em qualquer seção da revista. Não cobramos taxas de submissão. Após a aprovação dos artigos os autores receberão *e-mail* orientando os procedimentos para o pagamento da taxa de publicação.

Artigo aprovado para editoração, em qualquer modalidade, fica sob a responsabilidade dos autores a revisão de línguas (obrigatória) e a tradução para a língua inglesa (opcional), com base em uma lista de revisores e tradutores indicados pela revista.

## POLÍTICA DE ACESSO ABERTO

A revista 'Saúde em Debate' oferece acesso livre ao seu conteúdo, sem custos, seguindo o princípio de que disponibilizar gratuitamente o conhecimento científico ao público proporciona maior democratização deste conhecimento, adotando a Licença Creative Commons do tipo atribuição CC-BY 4.0.

Todo o conteúdo da revista está disponível 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 reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, deve ter a prévia autorização dos editores da revista.

## POLÍTICA DE INCENTIVO À CIÊNCIA ABERTA

### Preprint

A 'Saúde em Debate' aceita artigos em *preprints* de bases de dados nacionais e internacionais reconhecidas academicamente como o SciELO *preprints*. Não é obrigatória a submissão do artigo em *preprint* e isso não impede a submissão concomitante à revista 'Saúde em Debate'. No caso de submissão em *preprint* o autor deve informar à revista o número DOI atribuído e o nome do servidor onde foi depositado.

### Compartilhamento de dados

A revista 'Saúde em Debate' incentiva o compartilhamento de dados. Para efetuar o depósito de Dados de Pesquisa, os autores devem escolher o repositório de Acesso Aberto que considerarem mais adequado para compartilhar seus dados e fazer o depósito. Informações sobre compartilhamento de dados em repositórios públicos podem ser encontradas em: <https://data.scielo.org/>.

Com base nos critérios da Ciência Aberta, solicitamos aos autores o preenchimento do Formulário sobre Conformidade com a Ciência Aberta – SciELO (modelo anexo), que deve ser anexado ao sistema da revista no momento da submissão do manuscrito como ‘Componentes do artigo – Documento complementar’.

## POLÍTICA DE ÉTICA E INTEGRIDADE EM PESQUISA

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](http://www.publicationethics.org). Essas recomendações, relativas à integridade e padrões éticos na condução e no relatório de pesquisas, estão disponíveis em [http://www.icmje.org/urm\\_main.html](http://www.icmje.org/urm_main.html). A ‘Saúde em Debate’ segue o ‘Guia de Boas Práticas para o Fortalecimento da Ética na Publicação Científica’ do SciELO. Recomenda-se a leitura pelos autores.

### 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 Helsink, 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 devem deixar claro, no último parágrafo, na seção de ‘Material e métodos’, o cumprimento dos princípios éticos, número da aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e encaminhar cópia do parecer de aprovação no ato da submissão.

### Política anti-plágio

A revista ‘Saúde em Debate’ adota as diretrizes, orientações e fluxos recomendados pelo Committee on Publication Ethics – COPE <http://publicationethics.org/>.

Ao serem recebidos os manuscritos passam por *softwares* detectores de plágio. 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 a existência de semelhanças com outros textos já publicados o manuscrito será excluído do processo de avaliação.

### Conflito de interesses

Os autores devem informar sobre relações que podem estabelecer conflito de interesses financeiro e/ou de filiação ao assinarem a Declaração de Responsabilidade e Cessão de Direitos Autorais.

## Autoria e contribuição

A revista aceita, no máximo, sete autores por artigo. As informações de todos os autores devem ser incluídas no formulário de submissão em: ‘Inserir Metadados – Lista de Coautores – Incluir coautor’, contendo: nome completo, instituições de vínculo com até três hierarquias, código Orcid (Open Researcher and Contributor ID) e e-mail. As pessoas designadas como autores devem ter participado substancialmente da elaboração do manuscrito e assumir responsabilidade pelo seu conteúdo.

Na submissão do manuscrito, todos os autores devem preencher e assinar a Declaração de Responsabilidade e Cessão de Direitos Autorais colocando o nome por extenso e a sua contribuição detalhada conforme recomendado pelo International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE):

- para concepção ou desenho do trabalho;
- para coleta, análise e interpretação dos dados;
- para redação do artigo ou em sua revisão crítica;
- para aprovação final da versão a ser publicada.

As informações sobre a participação de cada autor, com respectivo Orcid, constarão no artigo, no item ‘Colaboradores’, localizado antes das referências.

## Financiamento

Em trabalhos científicos financiados, os autores devem enviar a informação à revista sobre a fonte de financiamento, com registro do número do processo. 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

O processo de avaliação dos textos científicos submetidos à revista ‘Saúde em Debate’, em qualquer das modalidades previstas, é submetido a revisão por pares (*peer review*), sendo o mérito acadêmico o critério utilizado em todas as fases da avaliação. Procuramos promover a inclusão, diversidade e equidade. Nenhum artigo será liminarmente recusado com base em características dos autores como raça, religião, orientação sexual, crença política ou qualquer outro aspecto depreciativo.

Todo original recebido pela revista ‘Saúde em Debate’ é submetido à análise técnica prévia para identificar cumprimento das normas da revista. 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 editor-chefe e por editores associados, que avaliam a originalidade, abrangência, atualidade e atendimento à política editorial da revista. Os trabalhos aprovados nesta etapa de pré-avaliação, são encaminhados ao editor associado que indicará dois pareceristas, levando em consideração o tema do trabalho e sua *expertise*, os quais poderão aprovar, recusar e/ou fazer recomendações de alterações aos autores. Caso haja divergência de pareceres, o trabalho será encaminhado a um terceiro parecerista. Da mesma forma, os editores podem, a seus critérios, 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*, aos autores para revisão final, que deverão devolver no prazo estipulado.

Ao final do artigo constará informações sobre: data de recebimento, data de aprovação, suporte financeiro e conflito de interesses.

## ORIENTAÇÕES PARA A PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DOS TRABALHOS

Os trabalhos devem ser submetidos pelo *site*: [www.saudeemdebate.org.br](http://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

**Artigo original:** resultado de investigação empírica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter no máximo 6.000 palavras.

**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.

**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.

**Artigo de opinião:** exclusivo para autores convidados pelo Comitê Editorial, com tamanho máximo de 7.000 palavras.

**Relato de experiência:** descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com até 5.000 palavras que aportem contribuições significativas para a área.

**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.

**Entrevista:** texto produzido no mínimo por duas pessoas no qual o entrevistado é sempre o primeiro autor, com no máximo 7.000 palavras.

**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

#### Na primeira página:

**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](http://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.

### No corpo do texto:

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' elaborado pela editoria do Cebes.

Para contribuir com a qualificação e divulgação da revista recomendamos que sejam utilizados artigos publicados pela própria revista.

### 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 sobrecritas e sequenciais.

Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes que compõem o texto.

O número de figuras, gráficos, quadros ou tabelas deverá ser de, no máximo, cinco por texto (com no máximo duas laudas cada). As figuras, gráficos, quadros e tabelas devem estar em formato aberto/editável, não retirar de outros arquivos. No caso de figuras como por exemplo, fotografias, desenhos e mapas, enviar em alta resolução (no mínimo 300 DPIs), em preto e branco ou escala de cinza. Devem ser 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 serão inseridos.

Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

### ERRATA:

Após a publicação do artigo, caso haja necessidade de retratações, erratas ou modificações o autor deve entrar em contato por meio do e-mail da revista ([revista@saudeemdebate.org.br](mailto:revista@saudeemdebate.org.br)). A revista segue os procedimentos indicados no 'Guia para registro e publicação de errata' do SciELO.

### RECLAMAÇÕES E RECURSOS:

Os autores têm direito de pedir explicações, se perceberem má conduta em quaisquer políticas que envolvam éticas de publicação da revista. A reclamação deve ser feita por meio de carta, enviada ao editor pelo e-mail [revista@saudeemdebate.org.br](mailto:revista@saudeemdebate.org.br). Recebida a reclamação, inicia-se processo de investigação, pela equipe executiva da revista, sob orientação do editor-chefe. Ao final da apuração, elaborará-se relatório e encaminha-se, por e-mail, a resposta ao interessado com a decisão tomada.

Acreditamos que as reclamações contribuem para a melhoria do processo de avaliação, tempo de processamento e publicação dos manuscritos submetidos à revista.

## **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 devem preencher e assinar a declaração conforme modelo disponível em: <https://saudeemdebate.org.br/sed/libraryFiles/downloadPublic/147>.

### **2. Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)**

No caso de pesquisas que envolvam seres humanos, realizadas no Brasil, anexar 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.

### **3. Formulário sobre Conformidade com a Ciência Aberta - SciELO**

Os autores devem preencher o formulário: <https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Formulario-de-Conformidade-Ciencia-Aberta.docx>, e anexar ao sistema da revista como 'Componentes do artigo - Documento complementar'.

## **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.

## **POLÍTICA DE PRIVACIDADE**

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

A revista utiliza o *software* OJS (Open Journal Systems) para avaliação de seus manuscritos. Este sistema prevê o *backup* de todo conteúdo registrado. Além disso, a 'Saúde em Debate' encontra-se disponível nos acervos digitais da empresa Docpro desde seu primeiro número, lançado em 1976 <http://www.docvirt.com/asp/saudeemdebate/default.asp>.

## **ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA**

Avenida Brasil, 4.036, sala 802

Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil - CEP 21040-361

E-mail: [revista@saudeemdebate.org.br](mailto:revista@saudeemdebate.org.br)

# SAÚDE EM DEBATE

(HEALTH IN DEBATE)

## Authors' Guidelines

*Instructions for preparing and submitting articles*

UPDATED MAY 2023

---

### EDITORIAL POLICY

The 'Saúde em Debate' (Health in Debate) journal was created in 1976 and is a Brazilian Center for Health Studies (CEBES) publication. This Center aims to disseminate studies, research, and reflections that contribute to the debate in the field of collective health, especially those that address issues related to health policy, planning, management, work, and evaluation. We value studies based on different theoretical-methodological approaches and with contributions from different branches of science.

The journal is published quarterly, and, at the editors' discretion, special issues that follow the same submission and evaluation process as the regular issues are published. 'Saúde em Debate' accepts original and unpublished works that make relevant contributions to the scientific knowledge accumulated in the field.

The authors are entirely and exclusively responsible for the papers submitted to the Journal and may not submit their papers simultaneously to another journal in whole or in part. 'Saúde em Debate' has an Editorial Board that contributes to the definition of its editorial policy, reviewed periodically. Its members are part of the Editorial Committee and the base of reviewers in their specific areas.

The abbreviated title of the Journal is **Saúde debate**, which should be used in bibliographies, footnotes, references, and bibliographic captions.

### INTELLECTUAL PROPERTY POLICY

Except where noted, all the Journal's content is licensed under a Creative Commons Attribution License CC-BY 4.0. This information is available on the site's homepage and the first page of all articles.

### COPYRIGHT

In case of approval and publication of the article in the Journal, its copyright will become the property of the Journal. Authors must, upon submission, complete and sign a Declaration of Liability and Cessation of Copyright according to the following model: <https://saudeemdebate.org.br/sed/libraryFiles/downloadPublic/148>.

### FEES

A publication fee of BRL 600.00 (**updated in June 2023**) is charged for articles approved in any section of the Journal. We do not charge submission fees. After approval of the articles, the authors will receive an e-mail with instructions on the procedures for paying the publication fee.

The authors with an article approved for publishing in any modality are responsible for language revision (mandatory) and translation into English (optional) based on a list of reviewers and translators indicated by the Journal.

### OPEN ACCESS POLICY

The 'Saúde em Debate' journal offers free access to its content, following the principle that making scientific knowledge freely available to the public provides greater democratization of this knowledge, adopting the Creative Commons License type BY attribution (CC-BY 4.0).

All of the Journal's content is available for anyone to read, download, copy, print, share, reuse, and distribute, with proper citation of the source and authorship. In these cases, no permission is required from the authors or publishers. The Journal's editors must previously authorize the total or partial reproduction by any means of dissemination.

### OPEN SCIENCE INCENTIVE POLICY

#### Preprint

'Saúde em Debate' accepts articles in preprints from academically recognized national and international databases such as SciELO preprints. Submitting the article in preprint is not mandatory, and this does not prevent the simultaneous submission to the 'Saúde em Debate' journal. In the case of submission in preprint, the author must inform the Journal of the assigned DOI number and the server's name where it was deposited.

#### Data sharing

The 'Saúde em Debate' journal encourages data sharing. To deposit Research Data, authors must choose the Open Access repository they consider most suitable for sharing their data and make the deposit. Information on data sharing in public repositories can be found at: <https://data.scielo.org>.

Based on Open Science criteria, authors are asked to complete the Open Science Compliance Form – SciELO (model enclosed), which must be attached to the Journal's system upon submitting the manuscript as 'Article components – Supplementary document'.

## RESEARCH ETHICS AND INTEGRITY POLICY

The Journal adopts the 'Standards for the presentation of articles proposed for publication in medical journals' - International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) and the Principles of Transparency and Best Practice in Scholarly Publishing recommended by the Committee on Publication Ethics (COPE) [www.publicationethics.org](http://www.publicationethics.org). These integrity and ethical standards recommendations in conducting and reporting research are available at [http://www.icmje.org/urm\\_main.html](http://www.icmje.org/urm_main.html). 'Saúde em Debate' follows SciELO 'Guidelines on Best Practices for Strengthening Ethics in Scientific Publication'. We recommend the authors to read them.

### Human research ethics

The publication of articles with human research results is subject to compliance with the ethical principles of the Declaration of Helsinki of 1964, reformulated in 1975, 1983, 1989, 1996, 2000, and 2008 by the World Medical Association. It also complies with the specific legislation of the country where the research was conducted, wherever applicable.

In the last paragraph, human research articles must make clear compliance with the ethical principles in the 'Material and methods' section, mention the Research Ethics Committee (CEP) approval number, and forward a copy of the approval opinion upon submission.

### Anti-plagiarism policy

The 'Saúde em Debate' journal adopts the guidelines, instructions, and flows recommended by the Committee on Publication Ethics - COPE <http://publicationethics.org/>.

Upon receipt, manuscripts are submitted to plagiarism detector software. The authors may be asked about information identified by the tool to ensure the originality of the manuscripts, referencing all the research sources used. Plagiarism is unacceptable editorial behavior. Thus, if any similarities with other published texts are proven, the manuscript will be excluded from the evaluation process.

### Conflict of interests

When signing the Declaration of Liability and Cessation of Copyright, authors must report on relationships that may establish a financial or affiliation conflict of interest.

### Authorship and contribution

The journal accepts a maximum of seven authors per article. Information on all authors must be included in the submission form at: 'Enter Metadata - List of Contributors - Add Contributor', containing full name, affiliation institutions with up to three hierarchies, Orcid code (Open Researcher and Contributor ID), and e-mail. Individuals designated as authors must have substantially participated

in the preparation of the manuscript and assume responsibility for its content.

Upon submission of the manuscript, all authors must complete and sign the Declaration of Liability and Cessation of Copyright - writing the full name and their detailed contribution as recommended by the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE):

- a) in the work conception or design;
- b) in the data collection, analysis, and interpretation;
- c) in the article's drafting or its critical review;
- d) in the final approval of the version to be published.

Information about the participation of each author, with the respective Orcid, will appear in the article in the item 'Collaborators' before the 'References'.

### Funding

In financed scientific works, the authors must send the information to the Journal about the funding source, with the process registration number. 'Saúde em Debate' complies with Ordinance N° 206 of 2018 of the Ministry of Education/Foundation Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel/Office on mandatory citation of CAPES for works produced or published in any medium, resulting from activities totally or partially financed by CAPES.

## EVALUATION PROCESS

The evaluation process of scientific texts submitted to the 'Saúde em Debate' journal, in any of the modalities provided, is submitted to peer review, and academic merit is the criterion adopted in all evaluative stages. We seek to promote inclusion, diversity, and equity. No article will be outright rejected based on characteristics of the authors, such as race, religion, sexual orientation, political belief, or any other derogatory aspect.

Every manuscript the 'Saúde em Debate' journal receives is submitted to prior technical analysis to identify compliance with the Journal's rules. Works that do not comply with the Journal's publication standards are returned to the authors for adaptation and new submission.

Once the Journal's norms are fully complied with, the editor-in-chief and associate editors appreciate the originals, who assess the originality, scope, timeliness, and compliance with the Journal's editorial policy. Papers approved in this pre-assessment stage are forwarded to the associate editor, who will appoint two reviewers, considering the paper's topic and expertise, who may approve, reject, or make recommendations for changes to the authors. Any opinion

divergence will require the work to be forwarded to a third reviewer. Editors may, at their discretion, issue a third opinion. The referees will recommend accepting, refusing, or reformulating the works submitted. In the case of reformulation, the authors must return the revised work within the stipulated period, after which the work will be excluded from the system.

The Editorial Committee has full authority to decide on the final acceptance of the work and the changes made.

Additions or modifications will not be accepted after the final approval of the work. Eventual suggestions for changes in structure or content by the Journal's editors will be previously agreed upon with the authors through e-mail communication. The formatted version (press proof) will be sent by e-mail to the authors for final review, and authors must return it within the stipulated period.

The end of the article will include information about the date of receipt, approval, financial support, and conflict of interest.

## GUIDELINES FOR THE PREPARATION AND SUBMISSION OF WORKS

Papers must be submitted through the website: [www.saudeemdebate.org.br](http://www.saudeemdebate.org.br). After registration, the author responsible for the submission will create a login and password to monitor the procedure.

### Types of texts accepted for publication

**Original article:** The result of empirical research that can be generalized or replicated. The text must contain a maximum of 6,000 words.

**Essay:** A critical analysis of a specific topic of relevance and interest in the context of Brazilian or international health policies. The text must contain a maximum of 7,000 words.

**Systematic or integrative review:** Critical reviews of the literature on current health issues. A systematic review rigorously synthesizes research related to an issue. The integrative provides broader information on the subject. The text must contain a maximum of 8,000 words.

**Opinion article:** Exclusively for authors invited by the Editorial Committee, with a maximum length of 7,000 words.

**Case study:** Description of academic, care, or extension experiences, with up to 5,000 words that significantly contribute to the field.

**Critical review:** Reviews of books of interest to public health at the discretion of the Editorial Committee. The texts must present an overview of the work's content, its theoretical

assumptions, and the public to which it is addressed, with a length of up to 1,200 words. The high-resolution cover must be submitted through the Journal's system.

**Interview:** Text produced by at least two people in which the respondent is always the first author, with a maximum of 7,000 words.

**Document and testimonial:** Works referring to themes of historical or situational interest at the discretion of the Editorial Committee.

**Important:** in all cases, the maximum number of words includes the article body and the references. It does not include title, abstract, keywords, tables, boxes, figures, and graphs.

### Text preparation and submission

The text can be written in Portuguese, Spanish, or English. It must be typed in Microsoft® Word or compatible, saved in doc or docx format, to be attached to the submission form's corresponding field. It should not contain any information that identifies the authors or institutions to which they are affiliated.

Type on a standard A4 sheet (210X297mm), 2.5 cm margins on each of the four sides, Times New Roman font size 12, 1.5 line spacing.

### The text should include

#### On the first page:

**Title:** that clearly and succinctly expresses the text content, containing a maximum of 15 words. The title must be in bold, with capital letters only for proper names. The text in Portuguese and Spanish must have a title in the original language and English. The text in English must have a title in English and Portuguese.

**Abstract:** in Portuguese and English or in Spanish and English, with a maximum of 200 words, in which the objectives, the method used, and the work's main conclusions are clear. Except for internationally recognized abbreviations, it must be unstructured, without using topics (introduction, methods, and results), citations, or acronyms.

**Keywords:** at the end of the abstract, include three to five keywords, separated by a period (only the first initial capitalized), using the terms listed in the structured vocabulary (DeCS), available at: [www.decs.bvs.br](http://www.decs.bvs.br).

**Registration of clinical trials:** 'Saúde em Debate' supports the policies for registering clinical trials of the World Health Organization (WHO) and the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), thus recognizing their importance for registration and international dissemination of clinical trial information. In this

sense, clinical trials must contain the identification number in one of the registers of clinical trials validated by the WHO and ICMJE, available at: <http://www.icmje.org>. In these cases, the identification number must appear at the end of the abstract.

### **In the text body:**

The style and creativity of the authors are respected for text composition of the text. However, the text must include conventional elements, such as:

**Introduction:** with a clear definition of the investigated problem, justification, and objectives.

**Material and methods:** described objectively and clearly, allowing research reproducibility. The number of the Research Ethics Committee (CEP) approval opinion must be registered if it involves human beings.

**Results and discussion:** can be presented together or in separate items.

**Conclusions or final considerations:** which depend on the research type.

**References:** should contain only authors cited in the text and follow ICMJE's Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals used to prepare references (known as 'Vancouver Style'). For further clarification, we recommend accessing the Reference Standardization Manual prepared by CEBES editors.

We recommend using articles published by the Journal to contribute to the Journal's qualification and dissemination.

### **OBSERVATIONS**

The Journal does not use underlines and bold for emphasis. Use single quotation marks to draw attention to expressions or titles of works. Examples: 'gateway'; 'Saúde em Debate'. Words in other languages must be written in italics, except for proper names.

Avoid using capital letters in the text, except for those absolutely necessary. Testimonials from subjects should be in italics and double quotation marks in the text body (if shorter than three lines). If they are longer than three lines, they must be written in italics, without quotation marks, highlighted from the text, with a 4 cm indent, single space, and 11 font.

Do not use footnotes in the text. Footnote markings, when absolutely essential, should be superscripted and sequential.

Avoid data or information repetition in the different parts of the text.

The maximum number of figures, graphs, boxes, or tables is five (with a maximum of two pages each). Figures, graphs, boxes, and tables must be in an open/editable format, not taken from other files. Figures such as photographs, drawings, and maps should be sent in high resolution (at least 300 DPIs), in black and white or grayscale. They must be submitted in separate files from the text, one by one, following their sequential order in the study (they must be numbered and contain title and source). Please identify the place where they should be inserted in the text.

In the case of photos, the subjects can only be identified if they so authorized in writing for scientific dissemination purposes.

### **ERRATA:**

Any retraction, errata, or modifications after the article's publication must be informed by the author to the Journal by e-mail at [revista@saudeemdebate.org.br](mailto:revista@saudeemdebate.org.br). The Journal follows the procedures indicated in the SciELO 'Guide for registering and publishing errata'.

### **COMPLAINTS AND APPEALS:**

Authors can ask for explanations if they identify misconduct in the Journal's publication ethics policies. Complaints must be made in writing, with a letter sent to the editor by e-mail at [revista@saudeemdebate.org.br](mailto:revista@saudeemdebate.org.br). Once the complaint is received, the investigation process begins by the Journal's Executive team under the guidance of the Editor-in-Chief. A report is prepared at the end of the investigation, and a response is sent by e-mail to the interested party with the decision taken.

Complaints improve the evaluation process, processing time, and publication of manuscripts submitted to the Journal.

### **DOCUMENTS LISTED BELOW MUST BE SCANNED AND SENT THROUGH THE JOURNAL'S SYSTEM UPON ARTICLE REGISTRATION**

#### **1. Declaration of Liability and Cessation of Copyright**

All authors must complete and sign the declaration per the model available at: <https://revista.saudeemdebate.org.br/sed/libraryFiles/downloadPublic/148>.

#### **2. Research Ethics Committee (CEP) Approval Opinion**

In the case of human research conducted in Brazil, attach the document of research approval by the Research Ethics Committee of the institution where the work was performed. If institutions do not have a CEP, the CEP document by which it was approved must be presented. Regarding research conducted in

other countries, attach a statement indicating full compliance with ethical principles and specific legislation.

### **3. Open Science Compliance Form – SciELO**

Authors must complete the form: [https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Open-Science-Compliance-Form\\_en.docx](https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Open-Science-Compliance-Form_en.docx), and attach it to the Journal system as 'Article components – Supplementary document'.

## **MANDATORY DOCUMENTATION TO BE FORWARDED AFTER ARTICLE APPROVAL**

### **1. Spelling and Grammar Review Declaration**

Approved articles must undergo a spelling and grammatical review by a qualified professional based on the Journal's accredited reviewers. The reviewer's declaration must accompany the revised article.

### **2. Translation Declaration**

Approved articles may be translated into English at the discretion of the authors. In this case, the translation will be performed by a qualified professional based on a list of translators accredited by the Journal. The translator's declaration must accompany the translated article.

## **PRIVACY POLICY**

The names and addresses informed in this journal will be used exclusively for the services provided by this publication. They shall not be made available for other purposes or to third parties.

The journal employs the OJS (Open Journal Systems) software to evaluate its manuscripts. This system provides for the backup of all registered content. Furthermore, 'Saúde em Debate' has been available in the digital collections of the company Docpro since its first issue launched in 1976 (<http://www.docvirt.com/asp/saudeemdebate/default.asp>).

## **ADDRESS FOR CORRESPONDENCE**

Avenida Brasil, 4.036, sala 802

Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brazil – CEP 21040-361

E-mail: [revista@saudeemdebate.org.br](mailto:revista@saudeemdebate.org.br)

# SAÚDE EM DEBATE

(SALUD EN DEBATE)

## Directrices para los autores

*Instrucciones para preparar y enviar artículos*

ACTUALIZADO EN MAYO 2023

---

### POLÍTICA EDITORIAL

La revista 'Saúde em Debate' (Salud en Debate), creada en 1976, es una publicación del Centro Brasileño de Estudios de Salud (Cebes) que tiene como objetivo difundir estudios, investigaciones y reflexiones que contribuyan al debate en el campo de la salud colectiva, especialmente aquellos que tratan de temas relacionados con la política, la planificación, la gestión, el trabajo y la evaluación en salud. Valoramos estudios basados en diferentes enfoques teórico-metodológicos y con aportes de diferentes ramas de la ciencia.

La periodicidad de la revista es trimestral y, a criterio de los editores, se publican números especiales que siguen el mismo proceso de envío y evaluación que los números regulares.

La 'Saúde em Debate' acepta trabajos originales e inéditos que hagan aportes relevantes al conocimiento científico acumulado en el área.

Los trabajos enviados a la revista son de plena y exclusiva responsabilidad de los autores y no pueden ser enviados simultáneamente a otra revista, total o parcialmente.

La revista 'Saúde em Debate' cuenta con un Consejo Editorial que contribuye para la definición de su política editorial, revisada periódicamente. Sus miembros forman parte del Comité Editorial y del banco de revisores en sus áreas específicas.

El título abreviado de la revista es Saúde debate, que debe ser utilizado en bibliografías, notas a pie, referencias y leyendas bibliográficas.

### POLÍTICA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Todo el contenido de la revista, excepto donde se indique, tiene una licencia de Creative Commons Attribution License CC-BY 4.0. Esta información está disponible en la homepage del sitio web y en la primera página de todos los artículos.

### DERECHOS DE AUTOR

En caso de aprobación y publicación del artículo en la revista, los derechos de autor referentes al mismo se convertirán en propiedad

de la revista. Los autores deben, en el momento del envío, completar y firmar la Declaración de Responsabilidad y Cesión de Derechos de Autor según el modelo: <https://revista.saudeemdebate.org.br/sed/libraryFiles/downloadPublic/149>.

### COSTES

Se cobra una tasa de publicación de BRL 600,00 (**actualizada en junio de 2023**) para los artículos aprobados en cualquier sección de la revista. No cobramos tarifas de envío. Tras la aprobación de los artículos, los autores recibirán un correo electrónico instruyendo acerca de los procedimientos para el pago de la tasa de publicación.

Una vez aprobado para publicación, en cualquier modalidad, es de responsabilidad de los autores la revisión idiomática (obligatoria) y la traducción al inglés (opcional), según una lista de revisores y traductores indicados por la revista.

### POLÍTICA DE ACCESO ABIERTO

La revista 'Saúde em Debate' ofrece acceso libre a su contenido, sin coste, siguiendo el principio de que poner el conocimiento científico a disposición del público de manera gratuita proporciona una mayor democratización de ese conocimiento, adoptando la Licencia Creative Commons tipo CC-BY4.0.

Todo el contenido de la revista está disponible para que cualquiera lo lea, descargue, copie, imprima, comparta, reutilice y distribuya, con la debida mención de la fuente y la autoría. En estos casos, no se requiere ningún tipo de permiso de los autores o editores. La reproducción total o parcial en cualquier medio de difusión, debe contar con la autorización previa de los editores de la revista.

### POLÍTICA DE INCENTIVOS A LA CIENCIA ABIERTA

#### Preimpresión

La 'Saúde em Debate' acepta artículos en preprints de bases de datos nacionales e internacionales reconocidas académicamente como SciELO preprints. El envío del artículo en preprint no es obligatorio y esto no impide el envío simultáneo a la revista 'Saúde em Debate'. En el caso de envío en preprint, el autor deberá informar a la revista el número DOI asignado y el nombre del servidor donde fue depositado.

#### Intercambio de datos

La revista 'Saúde em Debate' fomenta el intercambio de datos. Para depositar Datos de Investigación, los autores deben elegir el repositorio de Acceso Abierto que consideren más adecuado para compartir sus datos y realizar el depósito. Se encuentra información acerca de cómo compartir datos en repositorios públicos en: <https://data.scielo.org/>.

Basado en los criterios de Ciencia Abierta, se solicita a los autores completar el Formulario sobre Conformidad con la Ciencia abierta - SciELO (modelo adjunto), que debe adjuntarse al sistema de la revista al momento de enviar el manuscrito como 'Componentes del artículo - Documento adicional'.

## **POLÍTICA DE ÉTICA E INTEGRIDAD DE LA INVESTIGACIÓN**

La revista adopta los 'Estándares para la presentación de artículos propuestos para publicación en revistas médicas' - International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), 'Principios de Transparencia y Buenas Prácticas en Publicaciones Académicas' recomendados por el Committee on Publication Ethics (COPE): [www.publicationethics.org](http://www.publicationethics.org). Tales recomendaciones, con respecto a la integridad y los estándares éticos en la realización y presentación de informes de investigación, están disponibles en la URL [http://www.icmje.org/urm\\_main.html](http://www.icmje.org/urm_main.html). La 'Saúde em Debate' sigue la '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-Buenas-Practicas-para-el-Fortalecimiento-de-la-Etica-en-la-Publicacion-Cientifica.pdf>. Lectura recomendada para los autores.

### **Ética en la investigación con seres humanos**

La publicación de artículos con resultados de investigación que involucren a seres humanos está sujeta al cumplimiento de los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki, de 1964, reformulada en 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 y 2008, de la Asociación Médica Mundial; además de cumplir con la legislación específica del país en el que se realizó la investigación, si la hubiere.

Los artículos con investigaciones que involucren seres humanos deben aclarar, en el último párrafo, en la sección 'Material y métodos', el cumplimiento de los principios éticos, el número de aprobación por el Comité de Ética en Investigación (CEP) y enviar una copia del dictamen de aprobación en el envío.

### **Política antiplagio**

La revista 'Saúde em Debate' adopta las directrices, orientaciones y flujos recomendados por el Committee on Publication Ethics - COPE <http://publicationethics.org/>.

Una vez recibidos, los manuscritos pasan por un *software* detector de plagio. Es posible que se pregunte a los autores sobre informaciones identificadas por la herramienta para garantizar la originalidad de los manuscritos, referenciando todas las fuentes de investigación utilizadas. El plagio es un comportamiento editorial inaceptable, por lo tanto, si se comprueba la existencia de similitudes con otros textos ya publicados, el manuscrito será excluido del proceso de evaluación.

## **Conflicto de intereses**

Los autores deben informar sobre las relaciones que puedan establecer un conflicto de interés económico y/o de afiliación al firmar la Declaración de Responsabilidad y Cesión de Derechos de Autor.

## **Autoría y contribución**

La revista acepta un máximo de siete autores por artículo. Las informaciones sobre todos los autores deben incluirse en el formulario de envío en: 'Introducir los metadatos - Autoría y colaboradores/as - Añadir colaborador/a', conteniendo: nombre completo, instituciones de afiliación con hasta tres jerarquías, código Orcid (Open Researcher and Contributor ID) y correo electrónico. Las personas designadas como autores deben haber participado sustancialmente en la elaboración del manuscrito y asumir la responsabilidad por su contenido.

Al enviar el manuscrito, todos los autores deben completar y firmar la Declaración de Responsabilidad y Cesión de Derechos de Autor, incluyendo el nombre completo y la contribución detallada como lo recomienda la International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE):

- a) para la concepción o diseño del trabajo;
- b) para la recopilación, análisis e interpretación de datos;
- c) para la redacción del artículo o en su revisión crítica;
- d) para la aprobación final de la versión a publicar.

La información sobre la participación de cada autor, con el respectivo Orcid, aparecerá en el artículo, en el ítem 'Colaboradores', ubicado antes de las referencias.

## **Financiación**

En trabajos científicos financiados, los autores deberán enviar a la revista la información sobre la fuente de financiamiento, con registro del número de proceso. La revista 'Saúde em Debate' cumple con la Ordenanza nº 206 de 2018 del Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre citación obligatoria de la Capes para obras producidas o publicadas, en cualquier medio, resultantes de actividades financiadas total o parcialmente por la Capes.

## **PROCESO DE EVALUACIÓN**

El proceso de evaluación de textos científicos enviados a la revista 'Saúde em Debate', en cualquiera de las modalidades previstas, es sometido a la revisión por pares (peer review), siendo el mérito académico el criterio

utilizado en todas las etapas de la evaluación. Buscamos promover la inclusión, la diversidad y la equidad. Ningún artículo será rechazado en base a características de los autores tales como raza, religión, orientación sexual, ideología política o cualquier otro aspecto despectivo.

Todo manuscrito recibido por la revista 'Saúde em Debate' es sometido a análisis técnico previo para identificar el cumplimiento de los estándares de la revista. Los trabajos que no cumplan con las normas de publicación de la revista son devueltos a los autores para su adaptación y nuevo envío.

Una vez cumplidas las normas de la revista, los originales son apreciados por el editor jefe y los editores asociados, quienes evalúan la originalidad, alcance, actualidad y cumplimiento de la política editorial de la revista. Los trabajos aprobados en esta etapa de preevaluación son enviados al editor asociado quien designará dos revisores, teniendo en cuenta el tema del trabajo y su experiencia, quienes podrán aprobar, rechazar y/o recomendar cambios a los autores. En caso de divergencia de opiniones, el trabajo será remitido a un tercer revisor. Asimismo, los editores podrán, a su discreción, emitir una tercera opinión. Corresponde a los revisores recomendar la aceptación, rechazo o reformulación de los trabajos. En caso de solicitud de reformulación, los autores deberán devolver el trabajo revisado dentro del plazo estipulado. Si no hay manifestación de los autores dentro del plazo definido, la obra será excluida del sistema.

El Comité Editorial tiene plena autoridad para decidir sobre la aceptación final del trabajo, así como sobre las modificaciones realizadas.

No se aceptarán adiciones o modificaciones después de la aprobación final del texto. Las eventuales sugerencias de cambios en la estructura o contenido por parte de los editores de la revista serán previamente acordadas con los autores a través de comunicación por correo electrónico.

La versión diagramada (prueba de prensa) será enviada por correo electrónico a los autores para su revisión final, quienes deberán devolverla en el plazo estipulado.

Al final del artículo estarán las informaciones sobre: fecha de recepción, fecha de aprobación, apoyo financiero y conflicto de intereses.

## DIRECTRICES PARA LA PREPARACIÓN Y SUMISIÓN DE OBRAS

Los trabajos deben ser enviados a través del sitio web: [www.saudeemdebate.org.br](http://www.saudeemdebate.org.br). Después de su registro, el autor responsable del envío creará su nombre de usuario y contraseña para monitorear el procedimiento.

## Tipos de textos aceptados para publicación

**Artículo original:** resultado de investigación empírica que pueda generalizarse o replicarse. El texto debe contener un máximo de 6.000 palabras.

**Ensayo:** análisis crítico sobre un tema específico de relevancia e interés para el contexto de las políticas de salud brasileñas y/o internacionales. El texto debe contener un máximo de 7.000 palabras.

**Revisión sistemática o integradora:** revisiones críticas de la literatura sobre temas actuales de salud. La revisión sistemática sintetiza rigurosamente investigaciones relacionadas con un tema. La revisión integradora brinda informaciones más amplias sobre el tema. El texto debe contener un máximo de 8.000 palabras.

**Artículo de opinión:** exclusivamente para autores invitados por el Comité Editorial, con una extensión máxima de 7.000 palabras.

**Informe de experiencia:** descripción de experiencias académicas, asistenciales o de extensión, con hasta 5.000 palabras que tengan aportes significativos al área.

**Reseña:** reseñas de libros de interés para el área de la salud colectiva, a criterio del Comité Editorial. Los textos deberán presentar un panorama general del contenido de la obra, sus presupuestos teóricos y el público al que se dirige, con una extensión máxima de 1.200 palabras. La portada en alta resolución deberá ser enviada a través del sistema de la revista.

**Entrevista:** texto elaborado por al menos dos personas en el que el entrevistado es siempre el primer autor, con un máximo de 7.000 palabras.

**Documento y testimonio:** trabajos referentes a temas de interés histórico o coyuntural, a criterio del Comité Editorial.

**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 envío de textos

El texto puede estar escrito en portugués, español o inglés. Debe estar mecanografiado en Microsoft® Word o compatible, guardado en formato doc o docx, para ser adjuntado en el campo correspondiente del formulario de envío. No debe contener ninguna información que permita identificar a los autores o instituciones a las que están vinculados.

Escribir en hoja A4 (210X297 mm), márgenes de 2,5cm en cada uno de los cuatro lados, fuente Times New Roman tamaño 12, interlineado de 1,5.

## El texto debe contener

### En la primera página:

**Título:** expresar de manera clara y sucinta el contenido del texto, con un máximo de 15 palabras. El título debe escribirse en negrita, con mayúsculas sólo para los nombres propios. El texto en portugués y español debe tener un título en el idioma original y en inglés. El texto en inglés debe tener un título en inglés y portugués.

**Resumen:** en portugués e inglés o en español e inglés, con un máximo de 200 palabras, en el que queden claros los objetivos, el método utilizado y las principales conclusiones del trabajo. Debe ser desestructurado, sin utilizar tópicos (introducción, métodos, resultados, etc.), mención o siglas, con excepción de abreviaturas reconocidas internacionalmente.

**Palabras clave:** al final del resumen, incluir de tres a cinco palabras clave, separadas por un punto (solo la primera letra en mayúscula), utilizando los términos presentados en el vocabulario estructurado (DeCS), disponible en: [www.decs.bvs.br](http://www.decs.bvs.br).

**Registro de ensayos clínicos:** la 'Saúde em Debate' apoya las políticas de registro de ensayos clínicos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconociendo así su importancia para el registro y difusión internacional de informaciones de ensayos clínicos. En este sentido, los ensayos clínicos deberán contener el número de identificación en uno de los registros de ensayos clínicos validados por la OMS y el ICMJE, cuyas direcciones se encuentran disponibles en: <http://www.icmje.org>. En estos casos, el número de identificación deberá figurar al final del resumen.

### En el cuerpo del texto:

Se respeta el estilo y la creatividad de los autores para la composición del texto, sin embargo, este debe incluir elementos convencionales, tales como:

**Introducción:** con definición clara del problema investigado, justificación y objetivos.

**Material y métodos:** descritos de manera objetiva y clara, permitiendo la reproducibilidad de la investigación. Si involucra a seres humanos, se debe registrar el número del dictamen de aprobación del Comité de Ética en Investigación (CEP).

**Resultados y discusión:** pueden presentarse juntos o en ítems separados

**Conclusiones o consideraciones finales:** depende del tipo de investigación realizada.

**Referencias:** deben contener sólo autores citados en el texto y seguir los Requisitos Uniformes para Manuscritos Enviados a Revistas Biomédicas, del ICMJE, utilizados para la preparación de referencias (conocido como 'Estilo Vancouver'). Para mayor aclaración, recomendamos consultar el Manual de Normalización de Referencia elaborado por los editores del Cebes.

Para contribuir a la calificación y difusión de la revista, se recomienda utilizar artículos publicados por la propia revista.

## COMENTARIOS

La revista no utiliza subrayados ni negritas como marcaciones. Utilice comillas simples para llamar la atención acerca de expresiones o títulos de obras. Ejemplos: 'puerta de entrada'; 'Saúde em Debate'. Las palabras en otros idiomas deben escribirse en letra bastardilla, con excepción de los nombres propios.

Evitar el uso de mayúsculas en el texto, a excepción de las estrictamente necesarias.

Los testimonios de los sujetos deben presentarse en letra bastardilla y entre comillas dobles en el cuerpo del texto (si tienen menos de tres líneas). Si tienen más de tres líneas, deben escribirse en letra bastardilla, sin comillas, resaltados del texto, con sangría de 4cm, espacio simple y fuente 11.

No usar notas a pie de página en el texto. Las notas al pie de página, cuando sean absolutamente esenciales, deben estar en superíndice y en secuencia.

Evitar la repetición de datos o información en las diferentes partes del texto.

El número de figuras, gráficos, cuadros o tablas debe ser como máximo de cinco por texto (con un máximo de dos páginas cada uno). Las figuras, gráficos, cuadros y tablas deben estar en un formato abierto/editable, no tomados de otros archivos. En el caso de figuras como fotografías, dibujos y mapas, enviar en alta resolución (al menos 300 DPIs), en blanco y negro o en escala de grises. Deben presentarse en archivos separados del texto, uno por uno, siguiendo el orden en que aparecen en el estudio (deben estar numerados y contener título y fuente). En el texto, solo identificar el lugar donde deben insertarse.

En caso de utilizar fotografías, los sujetos no podrán ser identificados, a menos que lo autoricen, por escrito, con fines de divulgación científica.

## FE DE ERRATA:

Después de la publicación del artículo, si hay necesidad de retractaciones, erratas o modificaciones, el autor debe contactar a la revista por el correo electrónico (revista@saudeemdebate.org.br). La revista sigue los procedimientos indicados en la 'Guía para el registro y publicación de erratas' de SciELO.

## QUEJAS Y RECURSOS:

Los autores tienen derecho a pedir explicaciones, si perciben una mala conducta en alguna política relacionada con la ética de publicación de la revista. Las denuncias deben hacerse por medio de una carta, enviada al editor por correo electrónico a revista@saudeemdebate.org.br. Una vez recibida, se inicia el proceso de investigación por parte del equipo ejecutivo de la revista, bajo la dirección del editor en jefe. Al final de la investigación, se elabora un informe y se envía una respuesta al interesado con la decisión tomada por correo electrónico.

Creemos que las quejas contribuyen a mejorar el proceso de evaluación, el tiempo de procesamiento y la publicación de los manuscritos enviados a la revista.

## LOS DOCUMENTOS INDICADOS A CONTINUACIÓN DEBEN SER ESCANEADOS Y ENVIADOS POR EL SISTEMA DE LA REVISTA AL MOMENTO DEL REGISTRO DEL ARTÍCULO

### 1. Declaración de responsabilidad y cesión de derechos de autor

Todos los autores deben completar y firmar la declaración según el modelo disponible en: <https://saudeemdebate.org.br/sed/libraryFiles/downloadPublic/149>.

### 2. Dictamen Aprobatorio del Comité de Ética en Investigación (CEP)

En el caso de investigaciones con seres humanos, realizadas en Brasil, adjuntar documento de aprobación de la investigación por el Comité de Ética en Investigación de la institución donde se realizó el trabajo. En el caso de instituciones que no cuenten con uno, se deberá presentar el documento mediante el cual fue aprobado. Encuestas realizadas en otros países, adjuntar declaración indicando el pleno cumplimiento de los principios éticos y la legislación específica.

## 3. Formulario sobre Conformidad con la Ciencia Abierta – SciELO

Los autores deben completar el formulario: [https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Formulario-sobre-Conformidad-con-la-Ciencia-Abierta\\_es.docx](https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Formulario-sobre-Conformidad-con-la-Ciencia-Abierta_es.docx), y adjuntarlo al sistema de la revista como 'Componentes del artículo - Documento complementario'.

## DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA A ENVIAR DESPUÉS DE LA APROBACIÓN DEL ARTÍCULO

### 1. Declaración de revisión de ortografía y gramática

Los artículos aprobados deben pasar por una revisión ortográfica y gramatical por un profesional calificado, según la lista de revisores designados por la revista. El artículo revisado debe ir acompañado de una declaración del revisor.

### 2. Declaración de traducción

Los artículos aprobados pueden ser traducidos al inglés a criterio de los autores. En este caso, la traducción será realizada por un profesional calificado, según la una lista de traductores indicados por la revista. El artículo traducido debe ir acompañado de una declaración del traductor.

## POLÍTICA DE PRIVACIDAD

Los nombres y direcciones informados en esta revista serán utilizados exclusivamente para los servicios ofrecidos por esta publicación, no estando disponibles para otros fines ni para terceros.

La revista utiliza el *software* OJS (Open Journal Systems) para evaluar sus manuscritos. Este sistema prevé la copia de seguridad de todo el contenido registrado. Además, 'Saúde em Debate' está disponible en las colecciones digitales de la empresa Docpro desde su primera edición, lanzada en 1976 <http://www.docvirt.com/asp/saudeemdebate/default.asp>.

## DIRECCIÓN PARA CORRESPONDENCIA

Avenida Brasil, 4036, sala 802

Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil – CEP 21040-361

E-mail: revista@saudeemdebate.org.br



## INDEXAÇÃO | INDEXATION

Diadorim

Directory of Open Access Journals (Doaj)

Capes Periódicos

Google Acadêmico

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

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

Miguilin - Diretório das revistas científicas eletrônicas brasileiras

Periódica - Índice de Revistas Latinoamericanas em Ciências

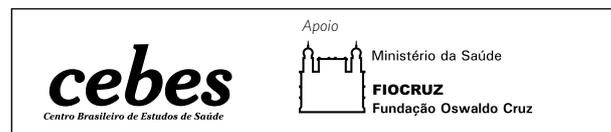
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (Redalyc)

Scientific Electronic Library Online (SciELO 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)

A revista Saúde em Debate é associada à  
Associação Brasileira de Editores Científicos



## 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  
Livia 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

### SECRETÁRIA EXECUTIVA | EXECUTIVE SECRETARY

Giovanna Bueno Cinacchi

### GESTORA FINANCEIRA | FINANCIAL MANAGER

Cristina Santos

### EQUIPE DE COMUNICAÇÃO | COMMUNICATION TEAM

Matheus Zuliane Falcão  
Clara Fagundes  
Francisco Barbosa  
Fernanda Regina da Cunha

### 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](http://www.cebes.org.br) • [www.saudeemdebate.org.br](http://www.saudeemdebate.org.br)  
E-mail: [cebes@cebes.org.br](mailto:cebes@cebes.org.br) • [revista@saudeemdebate.org.br](mailto:revista@saudeemdebate.org.br)

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, 2024.

v. 48. n. 142; 27,5 cm

ISSN 2358-2898

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](http://www.cebes.org.br)

[www.saudeemdebate.org.br](http://www.saudeemdebate.org.br)