



saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 49, NÚMERO 146
RIO DE JANEIRO, JUL-SET 2025
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 (Unioeste), Cascavel (Paraná/PR), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7877904356698023> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3152-1362> – e-mail: marialuciarizzotto@gmail.com

EDITORES ASSOCIADOS | ASSOCIATE EDITORS

Ana Maria Costa – Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), Brasília (Distrito Federal/DF), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7288065169001393> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1931-3969> – e-mail: dotorana@gmail.com
Elda Coelho de Azevedo Bussinguer – Faculdade de Direito de Vitória (FDV), Vitória (Espírito Santo/ES), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8933361259561564> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4303-4211> – e-mail: elda.cab@gmail.com
Eli Iola Gurgel Andrade – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte (Minas Gerais/MG), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6869396953297183> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0206-2462> – e-mail: iola@medicina.ufmg.br
Fátima Sueli Neto Ribeiro – Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6080881395968179> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8201-4806> – e-mail: fatsuerj@gmail.com
Gicelle Galvan Machineski – Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), Cascavel (Paraná/PR), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7267047092491530> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8084-921X> – e-mail: gmachineski@gmail.com
Ingrid D'avilla Freire Pereira – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5474471781659941> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2042-2871> – e-mail: ingriddavilla@gmail.com
Jamilli Silva Santos – Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador (Bahia/BA), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5997468854789199> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8965-0904> – e-mail: jamilli.santos@ufba.br
Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato – Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0424725782547579> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2646-9523> – e-mail: lenaualobato@uol.com.br
Mario Parada – Universidad de Valparaíso (UV), Valparaíso, Chile. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2526-5972> – e-mail: mapale.2008@gmail.com
Maura Vanessa Silva Sobreira – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), Caicó (Rio Grande do Norte/RN), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4231913524179274> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6804-4198> – e-mail: maurasobreira@ufrn.br
Raquel Abrantes Pego – Pesquisadora autônoma, Belo Horizonte (Minas Gerais/MG), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5598091671127726> – Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-6111-257X> – e-mail: rabra.peg@gmail.com
Ronaldo Teodoro – Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8382058274832824> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0125-7700> – e-mail: ronaldosann@gmail.com

CONSELHO EDITORIAL | PUBLISHING COUNCIL

Ademar Arthur Chioro dos Reis – Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), São Paulo (São Paulo/SP), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9454572596499303> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7184-2342> – e-mail: arthur.chioro@unifesp.br
Alicia Stolkner – Universidad de Buenos Aires (UBA), Buenos Aires, Argentina. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9372-7556> – e-mail: astolkner@gmail.com
Ana Maria Costa – Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), Brasília (Distrito Federal/DF), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7288065169001393> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1931-3969> – e-mail: dotorana@gmail.com
Angel Martinez Hernaez – Universitat Rovira i Virgili (URV), Tarragona, España. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9303284609986584> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5122-7075> – e-mail: angel.martinez@urv.cat
Breno Augusto Souto Maior Fontes – Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife (Pernambuco/PE), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4908250087435573> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7285-9012> – e-mail: brenofontes@gmail.com
Carlos Botazzo – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo (São Paulo/SP), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9399101827181317> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8646-1769> – e-mail: cbotazzo@hotmail.com
Cornelis Johannes van Stralen – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte (Minas Gerais/MG), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2991786514781013> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0921-098X> – e-mail: stralen@medicina.ufmg.br
Debora Diniz – Universidade de Brasília (UnB), Brasília (Distrito Federal/DF), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3865117791041119> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6987-2569> – e-mail: d.diniz@anis.org.br
Eduardo Luis Menéndez Spina – Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (Ciesas), Ciudad de México, México. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1483-0390> – e-mail: emenendez1@yahoo.com.mx
Eduardo Maia Freese de Carvalho – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Recife (Pernambuco/PE), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5360319263720896> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8995-6089> – e-mail: freese@cpqam.fiocruz.br
Elda Coelho de Azevedo Bussinguer – Faculdade de Direito de Vitória (FDV), Vitória (Espírito Santo/ES), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8933361259561564> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4303-4211> – e-mail: elda.cab@gmail.com
Eli Iola Gurgel Andrade – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte (Minas Gerais/MG), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6869396953297183> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0206-2462> – e-mail: iola@medicina.ufmg.br
Elias Kondilis – Queen Mary University of London (QMUL), London, England. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9592-2830> – e-mail: kondilis@qmul.ac.uk
Fátima Sueli Neto Ribeiro – Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6080881395968179> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8201-4806> – e-mail: fatsuerj@gmail.com
Gicelle Galvan Machineski – Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), Cascavel (Paraná/PR), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7267047092491530> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8084-921X> – e-mail: gmachineski@gmail.com
Helena Rodrigues Corrêa Filho – Universidade de Brasília (UnB), Brasília (Distrito Federal/DF), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6679654672181428> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8056-8824> – e-mail: helenocorrea@uol.com.br
Hugo Spinelli – Universidad Nacional de Lanús (UNLa), Lanús, Argentina. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/463213282346897> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5021-6377> – e-mail: hugospinelli09@gmail.com
Ingrid D'avilla Freire Pereira – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5474471781659941> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2042-2871> – e-mail: ingriddavilla@gmail.com
Jairnilson Silva Paim – Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador (Bahia/BA), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3961248159240172> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0783-262X> – e-mail: jairnil@ufba.br
Jamilli Silva Santos – Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador (Bahia/BA), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5997468854789199> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8965-0904> – e-mail: jamilli.santos@ufba.br
Jean Pierre Unger – Institut de Médecine Tropicale (IMT), Anvers, Belgique. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5152-6545> – e-mail: contact@jeanpierreunger.com
José Carlos Braga – Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Campinas (São Paulo/SP), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4847808748249580> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1961-557X> – e-mail: bragajcs@uol.com.br
José da Rocha Carneiro – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1818832385881541> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3745-4802> – e-mail: jrcarval@fiocruz.br
Kenneth Rochel de Camargo Jr. – Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3585073727110885> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3606-5853> – e-mail: kenneth@uerj.br
Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato – Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0424725782547579> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2646-9523> – e-mail: lenaualobato@uol.com.br
Ligia Giovanna – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4385037327951834> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6522-545X> – e-mail: ligiagiovanna@gmail.com
Luiz Augusto Facchini – Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Pelotas (RS), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5795415938371676> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5746-5170> – e-mail: luizfacchini@gmail.com
Luiz Odorico Monteiro de Andrade – Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza (Ceará/CE), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4138758876612437> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3335-0619> – e-mail: odorico@saude.gov.br
Maria Lucia Frizon Rizzotto – Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), Cascavel (Paraná/PR), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7877904356698023> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3152-1362> – e-mail: marialuciarizzotto@gmail.com
Maria Salette Bessa Jorge – Universidade Estadual do Ceará (Uece), Fortaleza (Ceará/CE), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2295426092712681> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6461-3015> – e-mail: maria.salette.jorge@gmail.com
Mario Esteban Hernández Álvarez – Universidad Nacional de Colombia (Unal), Bogotá, Colombia. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3996-7337> – e-mail: mariohernandez62@gmail.com
Mario Parada – Universidad de Valparaíso (UV), Valparaíso, Chile. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2526-5972> – e-mail: mapale.2008@gmail.com
Mario Roberto Rovere – Universidad Nacional de Rosario (UNR), Rosario, Argentina. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6413-2120> – e-mail: roveremario@gmail.com
Maura Vanessa Silva Sobreira – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), Caicó (Rio Grande do Norte/RN), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4231913524179274> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6804-4198> – e-mail: maurasobreira@ufrn.br
Paulo Duarte de Carvalho Amarante – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5548618710308950> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6778-2834> – e-mail: pauloamarante@gmail.com
Paulo Marchiori Buss – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5771733693652268> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9944-9195> – e-mail: paulo.buss@fiocruz.br
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira – Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém (Pará/PA), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9266787581530443> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1969-380X> – e-mail: pttarso@gmail.com
Raquel Abrantes Pego – Pesquisadora autônoma, Belo Horizonte (Minas Gerais/MG), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5598091671127726> – Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-6111-257X> – e-mail: rabra.peg@gmail.com
Ronaldo Teodoro – Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8382058274832824> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0125-7700> – e-mail: ronaldosann@gmail.com
Rubens de Camargo Ferreira Adorno – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo (São Paulo/SP), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7427719296567082> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8772-3222> – e-mail: radorno@usp.br
Sonia Maria Fleury Teixeira – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9598943377170446> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7678-7642> – e-mail: profsoniafleury@gmail.com
Sulamis Dain – Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5347631502837998> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4118-3443> – e-mail: sulamis@uol.com.br
Walter Ferreira de Oliveira – Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis (Santa Catarina/SC), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7164075918880484> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1808-0681> – e-mail: wfolive@terra.com.br

saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 49, NÚMERO 146
RIO DE JANEIRO, JUL-SET 2025

ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
ISSN 2358-2898

EDITORIAL | EDITORIAL

Programa Mais Especialistas: contextos e expectativas

More Specialists Program: Contexts and expectations

Alcides Silva de Miranda, Ana Maria Costa, Maria Lucia Frizon Rizzotto, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato

ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

Gestão da força de trabalho da enfermagem durante a pandemia da covid-19 no Brasil: estudo documental

Management of the nursing workforce during the COVID-19 pandemic in Brazil: A documentary study

Michele Straub, Aida Maris Peres, Taynara Lourenço de Souza, Rogério Miranda Gomes

Práticas domiciliares de armazenamento e descarte de medicamentos em um município da região metropolitana do Rio de Janeiro

Household practices for storing and disposing of medications in a municipality in the metropolitan area of Rio de Janeiro

Letícia Figueira de Castro, Isabelle Ruiz Martins, Elaine Silva Miranda

A lógica remuneratória da Atenção Ambulatorial Especializada como fator indutor do modelo de cuidado

The remuneration logic of Specialized Outpatient Care leading to the fragmentation of care

Elaine Maria Giannotti, Luis Fernando Nogueira Tofani, Mariana Alves Melo, Cristian Fabiano Guimarães, Rosemarie Andrezza, Arthur Chioro

Agentes Comunitárias de Saúde e o uso da saúde digital: transformações de um trabalho vivo

Community Health Workers and the use of digital health: Transformations of a living work

Romário Correia dos Santos, Lenira Ferreira Ribeiro, Cláudia Fell Amado, Aline do Monte Gurgel, Luis Carlos Nunes Vieira de Vieira, Lívia Milena Barbosa de Deus e Mélo, Liliana Santos

Monitoramento e Avaliação da segurança alimentar (e nutricional) no Brasil e na Argentina

Monitoring and Evaluation of food (and nutritional) security in Brazil and Argentina

Amanda da Silva Bastos de Oliveira, Juliana Pereira Casemiro, Ana Laura Brandão, Frederico Peres, Luiza Trabuco

Atenção ao parto e nascimento: avanços e desafios do Movimento Nascer Bem Caruaru

Childbirth and newborn care: Progress and challenges of the Nascer Bem Movement in Caruaru

Maria Aparecida de Souza, Paulette Cavalcanti de Albuquerque, Ana Cláudia Figueiró, Paula Regina Luna de Araújo Jácome

Programa Farmácia Cuidar+: avaliação da implantação dos serviços clínicos

Farmácia Cuidar+ Program: Evaluation of the implementation of clinical services

Ana Paula Rigo, Karin Hepp Schwambach, Fernanda Fávero Alberti, Marcelo Pedrotti Barbieri, Elisabete Elisa Pereira Zenere, Carine Raquel Blatt

'Hospital Semana': estudo de caso de gerenciamento de leitos em contexto de déficit de pessoal

'Hospital Week': Case study of bed management in the context of healthcare staffing shortages

Claudia Marques Canabrava, Gustavo Jardim Volpe, Olga Laura Sena Almeida, Henrique Turin Moreira, Altacílio Aparecido Nunes, Benedito Carlos Maciel, Antonio Pazin Filho

'Permita que eu fale, não as minhas cicatrizes': discursos de pessoas LGBTQIAPN+ acerca do suicídio

'Allow me to speak, not my scars': Discourses of LGBTQIAPN+ people on suicide

Luís Felipe Dutra Avelar, Jandesson Mendes Coqueiro

Avaliação dos atributos de acesso ao primeiro contato e longitudinalidade na Atenção Primária à Saúde

Evaluation of the attributes first contact access and longitudinality in Primary Health Care

Amanda Karolina Torres Baptista, Flávia Martão Flório, Luciane Zanin

A Política de Enfrentamento da Violência contra as Mulheres: diálogos a partir dos Caps

The Policy for Combating Violence against Women: Dialogues from CAPS

Edna Mara Mendonça, Paula Dias Bevilacqua

Preditores associados à qualidade do sono, função erétil e qualidade de vida em homens

Predictors associated with sleep quality, erectile function, and quality of life in men

Edirlei Machado Dos-Santos, Léo Morato Luize, Victor Xavier Lacerda, Heitor Yuri Nogara, Juan Borges, Vinicius Batista Santos, Mariana Alvina dos Santos

Compreensão de gestores municipais sobre o PMAQ: experiência na Região de Saúde do Crato

Municipal managers' perceptions of the PMAQ: Experience in the Crato Health Region, Ceará, Brazil

Nalber Sigian Tavares Moreira, Ana Paula Soares Gondim, Ana Patrícia Pereira Morais

Gestão do cuidado em saúde mental no hospital geral: uma abordagem psicossocial das internações clínicas

Management of mental health care in general hospitals: A psychosocial perspective on clinical hospitalizations

Simone Cleide Rodrigues de Jesus, Paulette Cavalcanti de Albuquerque, Naide Teodósio Valois Santos

Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011-2022: quais metas foram alcançadas?

Plan for Combating Non-Communicable Chronic Diseases in Brazil, 2011-2022: What goals were achieved?

Deborah Carvalho Malta, Crizian Saar Gomes, Alanna Gomes da Silva, Évelin Angélica Herculano de Moraes, Filipe Malta dos Santos, Guilherme Augusto Veloso, Otaliba Libanio de Moraes Neto

Ciclo gravídico-puerperal de pessoas transmasculinas: atravessamentos e potencialidades

Pregnancy-puerperal cycle of transmasculine people: Crossings and potentialities

Brida Luísa Torres Duque, Jandesson Mendes Coqueiro

Entre o conflito e a conciliação: análise da judicialização da saúde em Minas Gerais

Between conflict and conciliation: Analysis of healthcare judicialization in Minas Gerais

Rafaela Gama Reis Marques, Eduarda Betiati Menegazzo, Norma Sueli Gonçalves Reche, Rodrigo Almeida Bastos, Cristiane Aparecida Costa Tavares, Luciane Miranda Guerra, Jaqueline Vilela Bulgareli

ENSAIO | ESSAY

Bases de implantação e pilares de sustentação do Acesso Avançado: convite ao debate

Bases for implementation and pillars to support Advanced Access: An invitation to debate

Alexandre Ramiro Pinto, Larayne Gallo Farias Oliveira, Lislaine Aparecida Fracolli, Lúcia Yasuko Izumi Nichiata

La transformación del sistema de salud mexicano hacia la atención primaria: la ventana de oportunidad

The transformation of the mexican health system toward Primary Health Care: The window of opportunity

Amanda Firme Carletto

ARTIGO DE OPINIÃO | OPINION ARTICLE

Publicação acadêmica: entre a ciência e o mercado

Scholarly publishing: Between science and the market

Kenneth Rochel de Camargo, Claudia Travassos

DOCUMENTO | DOCUMENT

Publicação científica e ineditismo frente à política de repositórios institucionais

Scientific publication and originality in the face of institutional repository policy

Fórum de Editores da Saúde Coletiva

Programa Mais Especialistas: contextos e expectativas

Alcides Silva de Miranda^{1,2}, Ana Maria Costa^{1,3}, Maria Lucia Frizon Rizzotto^{1,4}, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato^{1,5}

DOI: 10.1590/2358-28982025146ED-P

O MARCO LEGAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) estabelece a proeminência e a interdependência entre valores ético-sociais articulados a diretrizes estratégicas que visam garantir o acesso universal à saúde como um direito social. Ao longo de sua implementação, o SUS acumulou normativas que buscam não somente a realização de procedimentos tecnoassistenciais, a prestação e o consumo de serviços biomédicos, mas, sobretudo, a atenção integral com promoção, proteção e recuperação (assistência, reabilitação, reintegração) da saúde, com universalidade e equidade. Igualmente, o SUS dispõe de normativas para efetivar a diretriz da participação social e comunitária que vem se consolidando no controle social e na defesa da saúde enquanto direito constitucional.

Quaisquer iniciativas de políticas governamentais que estabeleçam conquistas de direitos sociais com equidade redistributiva de recursos e acesso universal aos bens e serviços de saúde com integralidade requerem estratégias institucionais inovadoras, conjuntamente viáveis e progressivamente sustentáveis. Além disso, tais inovações institucionais também exigem estratégias sociais correlatas, almejando seu reconhecimento e legitimação perante a população, tanto por sua utilidade e eficácia como pelos valores ético-sociais agregados.

Decerto, existe um conjunto de estratégias institucionais imprescindíveis para a viabilidade e a consistência do SUS em termos essenciais e em perspectiva de permanência histórica, como o financiamento, o trabalho profissional, a atenção integral, a organização regional, a suficiência e a apropriação tecnológica e o controle social, entre outras. Na mesma perspectiva, foram criadas estratégias programáticas específicas e incrementais, que visam à integração e operacionalização do conjunto das estratégias institucionais ancoradas nas prioridades determinadas.

Para potencializar sinergias estratégicas proativas, as inovações programáticas específicas devem guardar coerência com os princípios e as diretrizes do SUS e precisam estar concatenadas entre si, constituindo arquitetura coesa e apta ao crescimento e à consolidação em termos de utilidade social. Do contrário, inovações programáticas destituídas do sentido constitucional e desarticuladas entre si podem configurar arranjos disformes e fragmentados, muitas vezes, até contraproducentes ao escopo original da política pública.

Por esse motivo, sempre que implantadas inovações estratégicas específicas, notadamente aquelas de natureza programática e caráter incremental, convém analisar, para além dos propósitos anunciados e das respectivas medidas normativas, sua coerência e potencialidade sinérgica e proativa no sentido da arquitetura e diretrizes constitucionais do SUS.

¹Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
alcides.miranda@ufrgs.br

²Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Porto Alegre (RS), Brasil.

³Universidade do Distrito Federal (UnDF), Escola Superior de Ciências da Saúde (Escs) – Brasília (DF), Brasil.

⁴Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) – Cascavel (PR), Brasil.

⁵Universidade Federal Fluminense (UFF) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Evidentemente, também, importa analisar o contexto político mais abrangente ao entorno setorial do qual emergem as inovações programáticas em questão, assim como os intercursos conjunturais e suas prospecções, pelo menos de curto e médio prazo. Isso porque, obviamente, existem cenários multideterminados de natureza políticas, dialéticas e tão complexas que interpõem dificuldades, mas, também, oportunidades estratégicas.

Em se tratando particularmente de inovações programáticas para garantir a atenção integral à saúde, como a assistência especializada, tal crivo de análise torna-se ainda mais substancial porque persiste dívida histórica de iniquidades e desassistências. Além do mais, trata-se de arena na qual a omissão do setor público permitiu que o setor privado se instalasse de forma preponderante, exigindo interdependência entre os setores público e privado. O desenho estratégico para prover atenção integral com oferta de especialidades, em curto prazo, necessariamente deve ser a partir de relações que podem ser cooperativas e complementares ou concorrenciais, mas, tendencialmente substitutivas do setor privado.

Desde o período prévio ao SUS, na vigência do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), significativos segmentos do setor privado, com e sem fins lucrativos, foram cevados com subsídios, subvenções e mantidos com recursos públicos, estabelecendo relações de dependência financeira e contrapartida technoassistencial que perduram até hoje¹. Houve inequívoco adensamento e concentração da atuação desses segmentos privados, complementares ao SUS, em determinados tipos de procedimentos technoassistenciais especializados, constituindo nichos e dinâmicas de quase-mercado, com mecanismos próprios de acesso, regulação e até mesmo de financiamento.

Ademais, tendo em vista o texto constitucional, em seus arts. 197 e 199², o marco regulatório para a relação público-privado no campo da saúde tem sido frágil e insuficiente, tanto para estabelecer o sentido apropriado

de complementaridade nos termos do interesse público como para coibir vieses e iniquidades de acesso e utilização dos serviços especializados.

Embora haja legislação que regulamente os requisitos normativos para a conformação, organização e funcionamento de Regiões de Saúde definidas pelo Decreto nº 7.508/2011³, persistem notórias insuficiências organizativas e logísticas para incrementar e conferir efetividade a esse arranjo regional. Existem atualmente 439 Regiões de Saúde no País, entretanto, em sua grande parte, não atendem aos requisitos legais estabelecidos e, por isso, não formalizaram os respectivos Contratos Organizativos de Ações Públicas da Saúde (Coaps), ferramenta imprescindível para a organização dos protocolos e fluxos de demandas para a Atenção Especializada, assim como para oferta das linhas de cuidado a serem operadas em redes, ou seja, articuladas e integradas por equipes e serviços de Atenção Básica e Especializada.

Sem investimentos públicos estrategicamente direcionados para prover, de forma redistributiva, o trabalho profissional, as tecnologias apropriadas e os serviços integrais em Regiões de Saúde com insuficiências notórias, persiste a concentração de recursos, os adensamentos technoassistenciais e os serviços especializados nas regiões metropolitanas, principalmente nas capitais, o que tem provocado sobrecargas de demandas, longas filas de espera e iniquidades de acesso. Além disso, como grande parte dos serviços especializados privados, complementares ao SUS, estão localizados nas regiões Sudeste e Sul e em regiões metropolitanas, estratégias governamentais para a redistribuição regional de investimentos e custeios públicos em Atenção Especializada implicariam graduais deslocamentos de recursos, desconfigurando oligopólios technoassistenciais estabelecidos desde a década de 1970⁴.

Outro aspecto a ser agregado ao quadro é a dificuldade do SUS para efetivamente ordenar a formação e a distribuição da força de trabalho

profissional conforme estabelecido no art. 200 da Constituição Federal de 1988², a partir das necessidades sociais e epidemiológicas identificadas e demandas prioritárias selecionadas. Em se tratando da assistência especializada, a distribuição de profissionais de saúde implica ofertas regionais compatíveis com as referidas necessidades e demandas, assim como estratégias institucionais para vinculação e permanência de trabalhadores nessas regiões.

As estratégias institucionais e as logísticas estabelecidas para a regulação da assistência especializada, bem como os complexos dispositivos regulatórios já implantados têm sido insuficientes para gerir e suplantar as inúmeras insuficiências e dificuldades. Em suma, constata-se, pois, no âmbito do SUS, a perpetuação de gargalos e iniquidades para a garantia do acesso, da assistência e da reabilitação na Atenção Especializada, seja para a assistência ambulatorial e hospitalar na Média e Alta Complexidade (MAC), seja para os Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT). Pode-se afirmar que as iniquidades persistem de longa data, enquanto situação crônica com períodos de agudização, como observado no pós-pandemia da covid-19, causando enorme sofrimento na população, devidamente divulgados pelas mídias como ‘crises’, que se repetem.

Importa ainda contextualizar a problemática da Atenção Especializada no âmbito do financiamento público, da reorganização sistêmica e da efetividade social da Atenção Especializada, considerando os vieses, os percalços e as contingências impostas no decorrer do processo de implantação do SUS, pela constância de políticas governamentais sob preponderância da orientação neoliberal. São tendências genoestruturais, como a ‘financeirização’ dos orçamentos públicos, gerando contingenciamentos de gastos sociais; a migração de institucionalidades estatais da égide do Direito Público para o Direito Privado, com introjeção de racionalidade restrita aos termos de custo-efetividade empresarial; o agenciamento para terceiros, de prerrogativas

governamentais regulatórias, de autoridade sanitária e de gestão pública; a presença colateral de regimes precários para a exploração do serviço público; entre outras situações que barram e limitam a plenitude e a consolidação do SUS constitucional.

Ao longo das últimas décadas, houve sucessão de iniciativas e medidas governamentais visando aos chamados ajustes fiscais, citando aqui o Fundo de Estabilização Fiscal, a Desvinculação de Receitas da União, o Teto de Gastos e, mais recentemente, o Regime de Arcabouço Fiscal. Todos esses ajustes não somente provocaram a interdição de investimentos progressivos e de reformas estruturantes imprescindíveis para a consolidação do SUS – financiamento, regimes e processos de trabalho público, modelagem de atenção integral, regionalização, autossuficiência tecnológica etc. – como também reforçaram a sua dependência perante o setor privado de serviços especializados, que deveriam, pela Constituição, ter o papel de complementariedade.

Sumarizados alguns aspectos contextuais acerca da problemática enfatizada, convém reiterar que, embora inovações institucionais e programáticas possam incluir serviços, incrementar o acesso atenuando iniquidades e desassistências, aprimorar processos e funcionalidades e agregar valores de utilidade para bens e serviços públicos de saúde, as estratégias governamentais e sociais destinadas para subverter e suplantar as tendências degradantes destacadas nesta análise não podem estar restritas aos escopos setoriais e programáticos das políticas de saúde. A viabilização e a consolidação de políticas públicas universais, equânimes, integrais e participativas, tal como preconiza a Constituição Federal², requerem novas disposições e compromissos para as políticas econômicas e sociais de interesse público⁵.

A recente iniciativa governamental para a implantação da estratégia programática intitulada genericamente como Mais Especialistas (com derivações como ‘Agora tem Especialistas’, ‘Mais Acesso a Especialistas’ etc.) interpõe um conjunto articulado de

intervenções para mitigar e equacionar a problemática da assistência especializada. Os propósitos anunciados visam garantir acesso a consultas, exames e procedimentos especializados o mais rápido possível e com menos burocracia, para mais de 160 milhões de pessoas potencialmente beneficiadas⁶.

As estratégias institucionais concatenadas no programa 'Mais Acesso a Especialistas' se iniciaram na gestão da Ministra Nísia Trindade, finalizadas e apresentadas na atual gestão ministerial de Alexandre Padilha. Segundo informe do próprio Ministério da Saúde (MS), em meados de julho de 2025, todos os estados e 99,2% dos municípios brasileiros tinham aderido à proposta⁷. Trata-se de um conjunto articulado de proposições genéricas e específicas que prevê: credenciamento ao SUS de clínicas e hospitais privados; ampliação de estabelecimentos, recursos logísticos e serviços da rede pública; intercâmbio de dívidas do setor privado complementar ao SUS e suplementar (pendências de ressarcimentos ao SUS) por atendimentos especializados demandados pelo projeto; ampliação de serviços do telessaúde; formação de médicos especialistas; incremento de atendimentos em dispositivos móveis (carretas etc.) e mutirões para procedimentos especializados; aprimoramento de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas; entre outros. Para a implementação inicial das referidas medidas, o MS estabeleceu seis especialidades prioritárias: oncologia, ginecologia, cardiologia, ortopedia, oftalmologia e otorrinolaringologia⁶.

Observa-se que, em se tratando de uma estratégia programática incremental de âmbito setorial, de perspectiva de curto prazo, buscou-se articular iniciativas interdependentes e sinérgicas, como a de fomentar e incrementar a participação sistêmica do setor privado, provedor e detentor do maior volume de estabelecimentos, equipamentos e serviços especializados que serão usados para referenciar pacientes do SUS.

Em curto e em médio prazo, é possível que a referida estratégia programática, com suas derivações e medidas concatenadas, possa

efetivamente incidir sobre o gargalo, incrementar o acesso, reestabelecer fluxos para referenciamentos, ordenar linhas de cuidado prioritárias e aprimorar os critérios e termos de regulação para a assistência especializada. Decerto, caso haja tal incremento e aprimoramento, a tendência seria de atenuação das insuficiências de recursos e até mesmo das mazelas de natureza sistêmicas preexistentes, produzindo a ampliação de serviços e impactos positivos para as demandas de saúde de indivíduos e populações, o que justifica tal iniciativa e o novo arranjo incremental.

É imprescindível alertar, entretanto, que, em médio e longo prazo, assim como em perspectiva ampliada para o escopo e escala do setor público de saúde, a referida estratégia programática não vem acompanhada de intervenções, mesmo que incrementais, que seriam imprescindíveis para garantir mudanças e sustentação das propostas relacionadas, tais como: redistribuição de recursos e desconcentração dos serviços públicos visando à viabilização e à consolidação da arquitetura das redes e processo de regionalização ou Regiões de Saúde; reorganização dos regimes e processos de trabalho para as equipes de saúde no SUS; diminuição gradual e sustentável da dependência tecnoassistencial em relação ao setor privado; reforço de capacidade regulatória, da parte do setor público em relação ao setor privado; reforço do atributo de coordenação do cuidado integral a partir do fortalecimento das atribuições da Atenção Básica à Saúde/Atenção Primária à Saúde (ABS/APS) e qualificação e fortalecimento da ABS para o exercício do ordenamento da rede de atenção integral baseado nas necessidades e nas demandas da população.

Ademais, a viabilização e a consolidação das Regiões de Saúde são imprescindíveis para reestabelecer fluxos e garantir acesso para a Atenção Especializada em itinerários de proximidade, em termos de escala recursiva e escopo mais equânime e de atenção integral. Na mesma direção, as Regiões de Saúde são básicas para garantir o apoio à rede de ABS/

APS, Vigilância em Saúde e demais mudanças no modelo de atenção e de cuidado. Entretanto, depende da redistribuição de recursos públicos para investimentos e custeios, ora concentrados em poucas regiões (em sua maioria, metropolitanas) onde predomina a rede privada.

Também há concentração de ocupações profissionais especializadas em poucas regiões do País. Em grande parte, trata-se de força de trabalho agenciada para terceiros, operadas de forma precarizada, particularmente em se tratando de determinadas ocupações profissionais. A formação de especialistas persiste sob controle corporativo, e sua distribuição e fixação estão subordinadas à lógica de mercado. Modificar tal situação exige a implementação de um regime de trabalho e carreiras compatíveis ao SUS, ordenados a partir das necessidades sociais e prioridades de saúde.

Nesse contexto, como o setor público dispõe da menor proporção de estabelecimentos, tecnologias e serviços especializados, não controla minimamente a formação, a distribuição e a fixação de especialistas e sua capacidade regulatória fica comprometida. Corporações de segmentos especializados disputam recursos públicos, notadamente, valores procedimentais da Tabela SUS, enquanto estabelecem interveniências mercantis traduzidas, por exemplo, nas 'duplas, triplas portas' que discriminam pacientes do SUS. Além disso, a logística adotada para a regulação do acesso aos serviços especializados não tem priorizado as análises situacionais e o georreferenciamento para fluxos de demandas e itinerários de cuidados, mantendo a rigidez das programações assistenciais herdadas do antigo Inamps. Urge a redefinição de estratégias e iniciativas institucionais que possibilitem estabelecer critérios, logísticas e termos de regulação pública, a partir de necessidades

sociais e prioridades assistenciais, visando à atenção integral à saúde, e não somente ao consumo de procedimentos biomédicos regulados pelas corporações de mercado.

Outrossim, não basta aprimorar os registros, os meios e os termos de referenciamentos da rede de ABS/APS para a assistência especializada. A ABS/APS deve ser dotada de capacitação que amplie seus recursos, assim como de prerrogativas logísticas para a efetiva coordenação do cuidado das pessoas, famílias e comunidades. Também é imprescindível a redefinição de estratégias institucionais que reforcem o contrarreferenciamento da assistência especializada para ABS/APS, retornando os egressos dessa atenção para o monitoramento pela ABS.

Conforme exposto, o referido programa apresenta alternativas estratégicas incrementais para equacionar os problemas do vazio assistencial, iniquidades e desassistência especializada. Entretanto, seus objetivos devem mirar o curto, o médio e o longo prazo, o que requer definir estratégias estruturantes de ampliação do setor público e desmame progressivo da dependência do setor privado, reduzindo sua dimensão em relação ao setor público. Dada a oportunidade conjuntural, torna-se importante aliar-se às iniciativas mais específicas e de curto prazo contidas no Mais Especialistas, outras medidas estruturantes sinérgicas e alinhadas ao projeto constitucional do SUS.

Colaboradores

Miranda AS (0000-0001-8947-9676)*, Costa AM (0000-0002-1931-3969)*, Rizzotto MLF (0000-0003-3152-1362)* e Lobato LVC (0000-0002-2646-9523)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Mendes EV. As políticas de Saúde no Brasil nos anos 80: A conformação da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: Mendes EV. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec; 1993. p. 19-85.
2. Presidência da República (BR). [Constituição 1988]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 1988 out 5; Seção 1:1.
3. Presidência da República (BR). Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2011 jun 29 [acesso em 2025 ago 16]; Edição 123; Seção I:1-3. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/decreto_7508.pdf
4. Costa AM, Noronha JC, Noronha GS. Barreiras ao universalismo do sistema de saúde brasileiro. In: Por el derecho universal a la salud: una agenda latinoamericana de análisis y lucha. In: Henrion CT, Laurell AC, organizadoras. Por el derecho universal a la salud: una agenda latinoamericana de análisis y lucha [Internet]. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Clacso; 2015 [acesso em 2025 ago 16]. Disponível em: https://biblioteca-repositorio.clacso.edu.ar/bitstream/CLACSO/12422/1/derecho_universal_a_la_salud.pdf
5. Costa AM, Chioro A, Laguardia J, et al. Ainda tem pandemia, mas há esperança. Saúde debate. 2022;46(esp1):5-14. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E100>
6. Ministério da Saúde (BR). Estados e municípios já podem aderir ao Mais Médicos Especialistas. Ministério da Saúde [Internet]. 2025 jun 13 [atualizado em 2025 ago 7; acesso em 2025 ago 16]; Notícias. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/agora-tem-especialistas>
7. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Mais Acesso a Especialistas tem quase 100% de adesão dos municípios brasileiros. Ministério da Saúde [Internet]. 2024 dez 23 [acesso em 2025 ago 16]; Notícias. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/dezembro/mais-acesso-a-especialistas-tem-quase-100-de-adesao-dos-municipios-brasileiros>

More Specialists Program: Contexts and expectations

Alcides Silva de Miranda^{1,2}, Ana Maria Costa^{1,3}, Maria Lucia Frizon Rizzotto^{1,4}, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato^{1,5}

DOI: 10.1590/2358-28982025146ED-1

THE LEGAL FRAMEWORK OF THE UNIFIED HEALTH SYSTEM (SUS) establishes the prominence and interdependence of ethical and social values articulated with strategic guidelines aimed at guaranteeing universal access to health as a social right. Over the course of its implementation, the SUS has accumulated regulations that seek not only to carry out techno-assistance procedures, provide and consume biomedical services, but above all to provide comprehensive care with the promotion, protection and recovery (assistance, rehabilitation, reintegration) of health, with universality and equity. Likewise, the SUS has regulations to implement the guideline of social and community participation, which has been consolidated in social control and in the defense of health as a constitutional right.

Any government policy initiatives that establish social rights achievements with redistributive equity of resources and universal access to comprehensive health goods and services require innovative, viable, and progressively sustainable institutional strategies. Furthermore, such institutional innovations also require correlated social strategies, aiming to be recognized and legitimized by the population, both in terms of their usefulness and effectiveness, as well as their added ethical and social values.

Certainly, there is a set of institutional strategies that are essential for the viability and consistency of the SUS in essential terms and with a view to historical permanence, such as financing, professional work, comprehensive care, regional organization, technological sufficiency and appropriation and social control, among others. From the same perspective, specific and incremental programmatic strategies were created, aimed at integrating and operationalizing the set of institutional strategies anchored in the determined priorities.

In order to maximize proactive strategic synergies, specific programmatic innovations must be consistent with the principles and guidelines of the SUS and must be concatenated with each other, constituting a cohesive architecture capable of growth and consolidation in terms of social utility. Otherwise, programmatic innovations that are devoid of constitutional meaning and disjointed from each other can lead to shapeless and fragmented arrangements, often even counterproductive to the original scope of the public policy.

For this reason, whenever specific strategic innovations are implemented, especially those of a programmatic and incremental nature, it is important to analyze, in addition to the announced purposes and the respective normative measures, their coherence and synergistic and proactive potential in the sense of the constitutional architecture and guidelines of the SUS

¹Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. alcides.miranda@ufrgs.br

²Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) - Porto Alegre (RS), Brasil.

³Universidade do Distrito Federal (UnDF), Escola Superior de Ciências da Saúde (Escs) - Brasília (DF), Brasil.

⁴Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) - Cascavel (PR), Brasil.

⁵Universidade Federal Fluminense (UFF) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Of course, it is also important to analyze the broader political context surrounding the sectoral environment from which the programmatic innovations in question emerge, as well as the current circumstances and their prospects, at least in the short and medium term. This is because, obviously, there are multi-determined scenarios of a political, dialectical, and complex nature that pose difficulties, but also strategic opportunities.

Particularly when it comes to programmatic innovations to guarantee comprehensive health care, such as specialized assistance, this scrutiny becomes even more substantial because the historical debt of inequities and lack of care persists. Furthermore, this is an arena in which the omission of the public sector has allowed the private sector to become predominant, requiring interdependence between the public and private sectors. The strategic design for providing comprehensive care with specialties, in the short term, must necessarily be based on relationships that can be cooperative and complementary or competitive, but tend to replace the private sector.

Since the period prior to the SUS, when the National Institute of Medical Assistance of Social Security (INAMPS) was in force, significant segments of the private sector, both for-profit and non-profit, were fed with subsidies and grants and maintained with public resources, establishing relationships of financial dependence and technical assistance that persist to this day¹. There was an unequivocal densification and concentration of the activities of these private segments, complementary to the SUS, in certain types of specialized technical assistance procedures, constituting niches and quasi-market dynamics, with their own mechanisms of access, regulation and even financing.

Furthermore, in view of the constitutional text, in its articles 197 and 199², the regulatory framework for the public-private relationship in the health field has been weak and insufficient, both to establish the appropriate sense of complementarity in terms of the public

interest and to curb biases and inequities in access to and use of specialized services.

Although there is legislation regulating the normative requirements for the formation, organization and operation of Health Regions defined by Decree No. 7.508/2011³, there are still notorious organizational and logistical shortcomings to increase and make this regional arrangement effective. There are currently 439 Health Regions in the country; however, most of them do not meet the established legal requirements and, therefore, have not formalized their respective Organizational Contracts for Public Health Actions (COAPS), an essential tool for organizing protocols and demand flows for Specialized Care, as well as for offering lines of care to be operated in networks—that is, coordinated and integrated by Primary and Specialized Care teams and services.

Without strategically targeted public investment to redistribute professional work, appropriate technologies and comprehensive services in Health Regions with notorious shortcomings, there is a persistent concentration of resources, techno-healthcare densification and specialized services in metropolitan regions, especially in the capital cities, which has led to overloaded demands, long waiting lines and inequities in access. In addition, as a large part of the specialized private services, complementary to the SUS, are located in the Southeast, South and metropolitan regions, government strategies for the regional redistribution of public investments and costs in Specialized Care would imply gradual shifts in resources, disfiguring techno-assistance oligopolies established since the 1970s⁴.

Another aspect to be added to the picture is the difficulty of the SUS in effectively organizing the training and distribution of the professional workforce as established in Article 200 of the Federal Constitution of 1988², based on identified social and epidemiological needs and selected priority demands. When it comes to specialized assistance, the distribution of health professionals requires

regional offerings compatible with these needs and demands, as well as institutional strategies for retaining and retaining workers in these regions.

The institutional strategies and logistics established for the regulation of specialized assistance, as well as the complex regulatory mechanisms already in place, have been insufficient to manage and overcome the numerous shortcomings and difficulties. In short, the SUS has seen the perpetuation of bottlenecks and inequities in guaranteeing access, care and rehabilitation in Specialized Care, whether for outpatient and inpatient care in the Medium and High Complexity (MAC), or for Diagnostic and Therapeutic Support Services (SADT). It can be said that inequities have persisted for a long time, as a chronic situation with periods of aggravation, as observed in the post-COVID-19 pandemic, causing enormous suffering in the population, duly publicized by the media as ‘crises’, which are repeated.

It is also important to contextualize the issue of Specialized Care within the context of public financing, systemic reorganization, and the social effectiveness of Specialized Care, considering the biases, setbacks, and contingencies imposed during the implementation of the SUS due to the continuation of government policies dominated by neoliberal orientation. These are genostructural trends, such as the ‘financialization’ of public budgets, generating contingencies in social spending; the migration of state institutions from the aegis of Public Law to Private Law, with the internalization of rationality restricted to terms of business cost-effectiveness; the assignment to third parties of government regulatory prerogatives, health authority, and public management; the collateral presence of precarious regimes for the exploitation of public services; among other situations that hinder and limit the fullness and consolidation of the constitutional SUS.

Over the past few decades, there has been a succession of government initiatives and measures aimed at so-called fiscal adjustments, including the Fiscal Stabilization Fund, the

Unbundling of Federal Revenues, the Spending Cap, and, more recently, the Fiscal Framework Regime. All of these adjustments not only hindered progressive investments and structural reforms essential for the consolidation of the SUS—financing, public work regimes and processes, comprehensive care modeling, regionalization, technological self-sufficiency etc.—but also reinforced its dependence on the private sector for specialized services, which, according to the Constitution, should have a complementary role.

Having summarized some contextual aspects of the highlighted issue, it is worth reiterating that, although institutional and programmatic innovations may include services, increase access by mitigating inequities and lack of assistance, improve processes and functionalities, and add utility values to public health goods and services, governmental and social strategies aimed at subverting and overcoming the degrading trends highlighted in this analysis cannot be restricted to the sectoral and programmatic scopes of health policies. The viability and consolidation of universal, equitable, comprehensive, and participatory public policies, as advocated by the Federal Constitution², require new provisions and commitments for economic and social policies of public interest⁵.

The recent government initiative to implement the programmatic strategy generically titled ‘More Specialists’ (with derivatives such as ‘Now There Are Specialists’, ‘More Access to Specialists’ etc.) proposes a coordinated set of interventions to mitigate and address the problem of specialized assistance. The aims announced are to guarantee access to consultations, exams and specialized procedures as quickly as possible and with less bureaucracy, for more than 160 million people who could potentially benefit from them⁶.

The institutional strategies concatenated in the ‘More Access to Specialists’ program began under Minister Nísia Trindade and were finalized and presented under the current ministerial administration of Alexandre Padilha.

According to a report from the Ministry of Health, by mid-July 2025, all states and 99.2% of Brazilian municipalities had signed up to the proposal⁷. It is a coordinated set of generic and specific proposals that provide for: accreditation of private clinics and hospitals with the SUS; expansion of public health facilities, logistical resources, and services; exchange of debts from the private sector, both complementary and supplementary to the SUS (pending reimbursements to the SUS), for specialized assistance required by the project; expansion of telehealth services; training of specialist physicians; increased care provided via mobile devices (trucks etc.) and joint efforts for specialized procedures; improvement of clinical protocols and therapeutic guidelines; among others. For the initial implementation of these measures, the Ministry of Health established six priority specialties: oncology, gynecology, cardiology, orthopedics, ophthalmology and otorhinolaryngology⁶.

It can be seen that, in the case of an incremental programmatic strategy at sector level, with a short-term perspective, the aim was to articulate interdependent and synergistic initiatives, such as fostering and increasing the systemic participation of the private sector, which provides and owns the largest volume of establishments, equipment and specialized services that will be used to refer SUS patients.

In the short and medium term, it is possible that this programmatic strategy, with its derivations and concatenated measures, could effectively address the bottleneck, increase access, re-establish referral flows, organize priority lines of care and improve the criteria and terms of regulation for specialized assistance. Certainly, if there is such an increase and improvement, the tendency would be to mitigate resource shortages and even pre-existing systemic problems, producing an expansion of services and positive impacts on the health demands of individuals and populations, which justifies this initiative and the new incremental arrangement.

It is essential to warn, however, that in the medium and long term, as well as in an expanded perspective for the scope and scale of the public health sector, this programmatic strategy is not accompanied by interventions, even incremental ones, that would be essential to guarantee changes and sustain the related proposals, such as: redistribution of resources and deconcentration of public services aimed at making feasible and consolidating the architecture of networks and the process of regionalization or Health Regions; reorganization of work regimes and processes for health teams in the SUS; gradual and sustainable reduction of technical assistance dependence on the private sector; reinforcement of the regulatory capacity of the public sector in relation to the private sector; reinforcement of the attribute of coordination of comprehensive care based on strengthening the attributions of Primary Health Care (PHC) and qualification and strengthening of PHC to organize the comprehensive care network based on the needs and demands of the population.

Additionally, the viability and consolidation of Health Regions is essential to re-establish flows and guarantee access to Specialized Care in proximity itineraries, in terms of recursive scale and more equitable scope and comprehensive care. In the same vein, Health Regions are essential for ensuring support for PHC network, health surveillance and other changes in the model of care. However, this depends on the redistribution of public resources for investments and costs, which are now concentrated in a few regions (mostly metropolitan areas) where the private network predominates.

There is also a concentration of specialized professional occupations in just a few regions of the country. For the most part, these are workforces hired out to third parties and operated in a precarious way, particularly in the case of certain professional occupations. The training of specialists remains under corporate control, and its distribution and establishment are subordinated to market logic. Changing

this situation requires the implementation of a work system and careers compatible with the SUS, based on social needs and health priorities.

In this context, as the public sector has the smallest proportion of specialized establishments, technologies and services, and has no control over the training, distribution and retention of specialists, its regulatory capacity is compromised. Corporations from specialized segments compete for public resources, notably procedural values in the SUS Table, while establishing market intervention, translated, for example, into 'double and triple doors' that discriminate against SUS patients. In addition, the logistics adopted for regulating access to specialized services has not prioritized situational analyses and georeferencing for demand flows and care itineraries, maintaining the rigidity of care schedules inherited from the old INAMPS. There is an urgent need to redefine institutional strategies and initiatives that make it possible to establish criteria, logistics and terms for public regulation, based on social needs and care priorities, with a view to comprehensive health care and not just the consumption of biomedical procedures regulated by market corporations.

Moreover, it is not enough to improve the records, means and terms of referral from the PHC network to specialized assistance. PHC must be equipped with training to expand their

resources, as well as logistical prerogatives to effectively coordinate the care of individuals, families and communities. It is also essential to redefine institutional strategies that reinforce the counter-referral of specialized assistance to PHC, returning those leaving this care to PHC monitoring.

As explained, the aforementioned program presents incremental strategic alternatives to address the problems of healthcare gaps, inequities, and a lack of specialized assistance. However, its objectives must be short-, medium-, and long-term, which requires defining structural strategies for expanding the public sector and progressively weaning it from dependence on the private sector, reducing its relative size. Given the current opportunity, it is important to combine the more specific, short-term initiatives contained in 'More specialists' with other synergistic structural measures aligned with the constitutional design of the SUS.

Collaborators

Miranda AS (0000-0001-8947-9676)*, Costa AM (0000-0002-1931-3969)*, Rizzotto MLF (0000-0003-3152-1362)* and Lobato LVC (0000-0002-2646-9523)* contributed equally to the preparation of the manuscript. ■

References

1. Mendes EV. As políticas de Saúde no Brasil nos anos 80: A conformação da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: Mendes EV. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec; 1993. p. 19-85.
2. Presidência da República (BR). [Constituição 1988]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 1988 out 5; Seção 1:1.
3. Presidência da República (BR). Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2011 jun 29 [acesso em 2025 ago 16]; Edição 123; Seção I:1-3. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/decreto_7508.pdf
4. Costa AM, Noronha JC, Noronha GS. Barreiras ao universalismo do sistema de saúde brasileiro. In: Por el derecho universal a la salud: una agenda latinoamericana de análisis y lucha. In: Henrion CT, Laurell AC, organizadoras. Por el derecho universal a la salud: una agenda latinoamericana de análisis y lucha [Internet]. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Clacso; 2015 [acesso em 2025 ago 16]. Disponível em: https://biblioteca-repositorio.clacso.edu.ar/bitstream/CLACSO/12422/1/derecho_universal_a_la_salud.pdf
5. Costa AM, Chioro A, Laguardia J, et al. Ainda tem pandemia, mas há esperança. Saúde debate. 2022;46(esp1):5-14. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E100>
6. Ministério da Saúde (BR). Estados e municípios já podem aderir ao Mais Médicos Especialistas. Ministério da Saúde [Internet]. 2025 jun 13 [atualizado em 2025 ago 7; acesso em 2025 ago 16]; Notícias. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/agora-tem-especialistas>
7. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Mais Acesso a Especialistas tem quase 100% de adesão dos municípios brasileiros. Ministério da Saúde [Internet]. 2024 dez 23 [acesso em 2025 ago 16]; Notícias. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/dezembro/mais-acesso-a-especialistas-tem-quase-100-de-adesao-dos-municipios-brasileiros>

Gestão da força de trabalho da enfermagem durante a pandemia da covid-19 no Brasil: estudo documental

Management of the nursing workforce during the COVID-19 pandemic in Brazil: A documentary study

Michele Straub¹, Aida Maris Peres¹, Taynara Lourenço de Souza¹, Rogério Miranda Gomes¹

DOI: 10.1590/2358-289820251469679P

RESUMO A gestão da força de trabalho sustenta a organização dos serviços de saúde, especialmente em situações de crises sanitárias. Objetivou-se identificar diretrizes para a gestão da força de trabalho em saúde, especificamente da enfermagem, durante a pandemia da covid-19 no Brasil. A pesquisa documental seguiu as diretrizes Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR) da Rede Equator para maior transparência dos aspectos da pesquisa qualitativa, abrangendo o período de janeiro de 2020 a maio de 2023. A análise documental incluiu a localização, identificação e avaliação de documentos relevantes obtidos de plataformas online como Conselho Nacional de Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde e Conselho Federal de Enfermagem. Foram analisados 25 documentos, que revelaram três categorias principais: ações para o combate à pandemia, papéis institucionais no enfrentamento da crise e a situação dos trabalhadores da enfermagem. Finalmente, considera-se que a pandemia exigiu rápida adaptação das políticas e práticas de gestão, destacando a importância da capacitação contínua e do suporte psicológico para os profissionais de saúde. Além disso, as diretrizes analisadas sublinham a necessidade de coordenação entre diferentes níveis de governo e a utilização de tecnologias emergentes para fortalecer a resposta às crises sanitárias.

PALAVRAS-CHAVE Gestão em saúde. Recursos humanos. Enfermagem. Covid-19.

ABSTRACT *Workforce management supports the organization of health services, especially during public health crises. This study aimed to identify guidelines for workforce management in healthcare, specifically nursing, during the COVID-19 pandemic in Brazil. The documentary research followed the Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR) guidelines from the EQUATOR Network to enhance the transparency of qualitative research aspects, covering the period from January 2020 to May 2023. The documentary analysis included the location, identification, and evaluation of relevant documents obtained from online platforms such as the National Health Council, the National Council of Health Secretaries, the National Council of Municipal Health Secretaries, and the Federal Nursing Council. A total of 25 documents were analyzed, revealing three main categories: actions for combating the pandemic, institutional roles in addressing the crisis, and the situation of nursing workers. Finally, it is considered that the pandemic required rapid adaptation of management policies and practices, highlighting the importance of continuous training and psychological support for healthcare professionals. Additionally, the analyzed guidelines emphasize the need for coordination between different levels of government and the use of emerging technologies to strengthen responses to health crises.*

KEYWORDS *Health management. Workforce. Nursing. COVID-19.*

¹Universidade Federal do Paraná (UFPR) – Curitiba (PR), Brasil.
chele.straub@gmail.com



Introdução

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a gestão do trabalho busca garantir o funcionamento das organizações embasada em ações que ofereçam condições e ferramentas para práticas reflexivas e participativas de trabalhadoras/es e gestoras/es, voltadas às demandas do setor. Essa prática compreende que o trabalho em saúde tem como finalidade a produção de um serviço voltado à prevenção, promoção, atenção ou reabilitação da saúde da população e que é composto por três elementos: tecnologias; recursos materiais; e força de trabalho¹. A estruturação bem-sucedida do modelo de atenção à saúde brasileiro, considera como um dos seus pilares a gestão do trabalho, junto com a descentralização, o financiamento e o controle social^{2,3}.

A força de trabalho de enfermagem planeja e executa ações de cuidado, produzindo assistência à saúde de indivíduos e coletividades, com atuação essencial para o funcionamento dos sistemas de saúde público, privados e filantrópicos⁴. A abrangência e a importância dessa categoria profissional se refletem nos serviços de saúde, tanto no Brasil quanto no mundo.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde⁵ a força de trabalho em enfermagem possui cerca de 28 milhões de profissionais no mundo, representando 59% das trabalhadoras/es da saúde. No âmbito brasileiro, segundo o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), em maio de 2024, o quantitativo representava um total de 2.999.188 profissionais entre auxiliares, técnicas/os, enfermeiras/os e obstetrias⁶. No País, a categoria representa metade da força de trabalho em saúde, sendo que no Sistema Único de Saúde representa 60% de trabalhadoras/es⁷.

A pandemia da covid-19 desencadeou mudanças significativas no trabalho em saúde, com a enfermagem sendo especialmente afetada. A crise sanitária exigiu adaptações rápidas para a garantia da manutenção dos sistemas de saúde e as instituições prestadoras de ações e serviços de saúde precisaram mobilizar

respostas, revendo seus procedimentos de atuação, políticas e práticas de gestão⁸.

Com a situação, intensificaram-se problemas preexistentes nas condições de trabalho da categoria, como precariedade e sobrecarga de trabalho, atrelados a falta de segurança laboral, escassez de pessoal, exaustão física e mental e baixa remuneração⁹. A circunstância urgente agravou essas questões, acentuando o desgaste físico e mental, os receios em relação à morte devido à contaminação, a privação do convívio familiar, a imposição de trabalhos mais complexos e, conseqüentemente, a demanda por cuidados de saúde¹⁰.

Frente ao exposto e dada a importância da gestão da força de trabalho da enfermagem, este estudo justifica-se pela necessidade de conhecer as principais diretrizes desenvolvidas para amparar a prática da categoria diante da crise sanitária no Brasil. As contribuições pretendidas estão relacionadas à identificação dos principais documentos que sustentaram as suas ações nos pilares da gestão do SUS. Neste sentido, o objetivo deste estudo foi identificar as diretrizes voltadas à gestão da força de trabalho em saúde, especificamente da enfermagem, no contexto da pandemia da covid-19 no Brasil.

Material e métodos

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo documental, com fontes primárias que não foram submetidas a análises adicionais, norteada pela diretriz Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR), com a finalidade de aperfeiçoar a transparência dos aspectos da pesquisa qualitativa, fornecendo padrões claros para a elaboração de relatórios. Essa ferramenta foi disponibilizada pela Enhancing the Quality and Transparency Of Health Research (Rede Equator), iniciativa internacional voltada ao aumento da confiabilidade e valor da literatura das pesquisas em saúde^{11,12}.

A análise documental foi estruturada a partir da localização, identificação, organização e

avaliação das informações, com o objetivo de contextualização dos dados. Essa abordagem proporciona uma compreensão aprofundada do objeto do estudo, ampliando a perspectiva sobre o tema¹³.

O recorte temporal estabelecido foi de janeiro de 2020 a maio 2023, período correspondente à Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) e aos marcos de início e término da pandemia da covid-19, conforme a Organização Mundial da Saúde^{14,15}.

As buscas documentais foram realizadas nas plataformas do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Conselho Federal de Enfermagem e Ministério da Saúde, entre os meses de setembro e outubro de 2023. Nos campos de pesquisa foram utilizados os seguintes termos: 'gestão do trabalho em saúde'; 'força de trabalho no SUS'; 'força de trabalho em enfermagem' associados à palavra 'covid-19'.

O estudo considerou documentos do sistema de saúde brasileiro, incluindo notícias, relatórios técnicos, notas informativas, pareceres técnicos, notas orientadoras e planos de contingência que abordassem políticas de gestão da força de trabalho em saúde, incluindo os profissionais da área e/ou equipe de enfermagem durante a pandemia no Brasil. Documentos que não abordavam as ações direcionadas à força de trabalho no País foram excluídos.

Os registros identificados foram importados para o programa Microsoft Excel 365®, onde foram catalogadas informações como título, ano e endereço de acesso, para apoio organizacional dos resultados. Para análise e tratamento dos resultados, foi utilizado o *software* Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Texts et de Questionnaires (IRaMuTeQ)®, disponibilizado de forma gratuita com funcionalidade associada ao programa estatístico R. Essa ferramenta realiza o processamento e análise estatística

dos textos, gerando nuvens de palavras apresentadas em tamanhos diferentes, sendo maiores as que obtiveram maior importância e frequência no texto^{16,17}.

As fontes primárias deste estudo foram documentos de acesso público, portanto não houve a necessidade de avaliação de um Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados e discussão

As buscas resultaram em 15.545 documentos, dos quais três foram excluídos por duplicação e 15.497 após a análise de título e resumo. Foram lidos na íntegra 45 documentos. Destes, 12 foram excluídos por não abordarem o contexto da pandemia da covid-19, quatro por se tratar de dados analisados, três por não abordarem as/os profissionais de saúde/enfermagem e um por não se referir ao SUS. A amostra final das buscas foi composta de vinte e cinco textos.

Nesta pesquisa, dos 25 documentos, 12 eram notícias (linhas 2, 3, 4, 6, 7, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25), três eram portarias (linhas 9, 15, 17), dois eram medidas provisórias (linhas 13, 23), uma norma técnica (linha 10), uma nota técnica (linha 12), um guia (linha 14), um manual (linha 1), um plano estratégico (linha 16), uma recomendação (linha 11), uma resolução (linha 5) e um relatório (linha 8).

Em relação às temáticas abordadas nos estudos, identificou-se o predomínio de documentos (n = 12), linhas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 15, 17, 18, 19, 25, relacionados à implementação de ações de educação permanente destinadas à capacitação da força de trabalho. Outros (n = 7), linhas 13, 14, 20, 21, 22, 23, 24, referiram-se à proteção à saúde de trabalhadoras/es no contexto pandêmico e (n = 6), linhas 7, 9, 10, 11, 12, 16, às ações voltadas à reorganização dos serviços e práticas nas unidades de saúde.

Os documentos selecionados foram inseridos no *software* IRaMuTeQ® para o processamento dos dados; a ocorrência das palavras identificadas no corpus textual foi de 2.815, com 958 formas e 606 palavras distintas. Para a elaboração das

Quadro 1. Relação de documentos selecionados de acordo com o conjunto de palavras

Linha	Ano	Tipo de documento	Palavras	Título	Temas abordados
1	2020	Manual	Covid-19 e Pandemia	Como organizar o cuidado de pessoas com doenças crônicas na APS no contexto da pandemia	Treinamento dos profissionais de saúde para reorganização assistencial do atendimento de doentes crônicos.
2	2020	Notícia	Covid-19 e Pandemia	Covid-19: Ministério da Saúde divulga protocolos e orientações aos profissionais e serviços de saúde	Consultoria Clínica sobre o coronavírus.
3	2020	Notícia	Covid-19 e Pandemia	Ministério da Saúde lança vídeos educacionais para profissionais de saúde sobre coronavírus	Protocolos de Manejo Clínico do coronavírus (covid-19).
4	2020	Notícia	Covid-19 e Pandemia	UNA-SUS lança o primeiro de uma série de cursos para o enfrentamento da Covid-19	Curso Orientações gerais ao paciente com covid-19 na Atenção Primária à Saúde para profissionais de saúde.
5	2020	Resolução	Covid-19 e Pandemia	Resolução Cofen nº364/2020	Autoriza e normatiza a prática da teleconsulta de enfermagem.
6	2021	Notícia	Covid-19 e Pandemia	Fiocruz lança curso online sobre a Covid-19 e saúde nas Instituições de longa permanência	Capacitação dos profissionais de saúde em medidas de prevenção e controle da disseminação de doenças; cuidados em áreas comuns; fragilidade e violência; vacinação para proteção da covid-19 nas Instituições de Longa Permanência para Idosos; contatos sociais em tempos de isolamento; estratégias de comunicação para garantir o contato da pessoa idosa com a sua família ou comunidade; recomendações para a comunicação de notícias difíceis.
7	2021	Notícia	Covid-19 e Pandemia	Hubcovid: Cursos online, gratuitos e com certificados	Projeto HubCovid, disponibilizou cursos voltados aos desafios no cuidado pós-covid, integração das ações e serviços na atenção básica, fibrose pulmonar pós-covid e imunização.
8	2020	Relatório	Ministério da Saúde, SUS e Enfrentamento	Relatório Técnico do Termo de Cooperação nº 102 - Fortalecimento da gestão do trabalho e da educação na saúde para o SUS: para alcançar o acesso à saúde universal (2020)	Protocolos de distanciamento social; Capacitações aos profissionais de saúde, incluindo enfermeiros.
9	2020	Portaria	Ministério da Saúde, SUS e Enfrentamento	Portaria conjunta nº 20, de 18 de junho de 2020	Estabelece as medidas de prevenção da disseminação da covid-19- Protocolos de reorganização dos ambientes; Afastamento de profissionais suspeitos e infectados para doença; Instruções sobre lavagens de mãos e etiqueta respiratória; Disponibilidade de Equipamentos de Proteção Individual (EPI).
10	2020	Norma Técnica	Ministério da Saúde, SUS e Enfrentamento	Norma Técnica 002 de 2020 do Conselho Federal de Enfermagem	Estabeleceu parâmetros para composição e manejo da equipe de enfermagem atuantes em Hospitais gerais e de Campanha, Unidades de Tratamento Semi-Intensivo/Salas de Estabilização e Unidade de Terapia Intensiva.
11	2021	Recomendação	Ministério da Saúde, SUS e Enfrentamento	Recomendação nº 021, de 24 de agosto de 2021	Recomenda ações referentes à priorização de trabalhadores e trabalhadoras que estão em exposição diária à covid-19 no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a covid-19.
12	2021	Nota Técnica	Ministério da Saúde, SUS e Enfrentamento	Nota Técnica nº 297/2021-CGPN/DEIDT/SVS/MS	Direciona a vacinação para os profissionais mais expostos às ações de combate a pandemia, profissionais da saúde, trabalhadores das forças de segurança, salvamento e forças armadas.

Quadro 1. Relação de documentos selecionados de acordo com o conjunto de palavras

Linha	Ano	Tipo de documento	Palavras	Título	Temas abordados
13	2021	Medida Provisória	Ministério da Saúde, SUS e Enfrentamento	Medida Provisória nº 1.041, de 30 de março de 2021	Estabelece o crédito extraordinário para atender à Formação e Provisão de Profissionais para a Atenção Primária à Saúde e Educação e Formação em Saúde no contexto covid-19.
14	2021	Guia	Ministério da Saúde, SUS e Enfrentamento	Guia Orientador de enfrentamento à Covid-19	Norteador de ações com respaldo em portarias nacionais que estabeleceram o custeio para instituições no enfrentamento da covid-19.
15	2022	Portaria	Ministério da Saúde, SUS e Enfrentamento	Portaria nº 5 de 9 de julho de 2022	Divulga o resultado final da seleção de projetos para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde: Gestão e Assistência - 2022/2023).
16	2022	Plano	Ministério da Saúde, SUS e Enfrentamento	Plano nacional de operacionalização da vacinação contra a Covid-19	Plano para operacionalização da vacinação contra a covid-19 no País.
17	2020	Portaria	Trabalhador	Portaria nº 639, de 31 de março de 2020	Ação Estratégica 'O Brasil Conta Comigo' – Capacitação e cadastramento de profissionais da área de saúde, para o enfrentamento da pandemia do coronavírus covid-19.
18	2020	Notícia	Trabalhador	Mais de 970 mil profissionais de saúde cadastrados para atuar no combate à Covid-19	Cadastro dos profissionais de saúde para reforço da ação estratégica 'O Brasil conta comigo'.
19	2020	Notícia	Trabalhador	TelePSI: Serviço de consulta psicológica ofertado para profissionais de saúde	Projeto TelePSI - consulta psicológica para profissionais de saúde.
20	2020	Notícia	Trabalhador	Coronavírus: CNS lança campanha de proteção aos trabalhadores e trabalhadoras de serviços essenciais	Campanha Proteger o Trabalhador e a Trabalhadora é Proteger o Brasil, enfoque implementar estratégias de educação permanente sobre as recomendações de proteção à saúde dos trabalhadores e trabalhadoras que estão envolvidos no enfrentamento e combate ao novo coronavírus.
21	2021	Notícia	Trabalhador	CNS lança campanha para Proteger o Trabalhador e a Trabalhadora é Proteger o Brasil	Campanha para compartilhar experiências de acolher angústias, sofrimentos e alegrias de profissionais da saúde, estudantes e docentes no combate à pandemia.
22	2021	Notícia	Trabalhador	CNS retificar campanha da OMS pelo Ano Internacional dos Trabalhadores e Trabalhadoras da Saúde e da Assistência	Carta-compromisso pela proteção dos profissionais, como forma de valorizar seu papel, com qualidade nas condições de trabalho, proteção à saúde física e psicossocial, além de ampliar investimentos públicos na saúde, na educação e no emprego dos trabalhadores.
23	2021	Medida Provisória	Trabalhador	Medida Provisória nº 1.062, de 9 de agosto de 2021	Abre crédito extraordinário, em favor do Ministério da Saúde para Educação e Formação em Saúde.
24	2022	Notícia	Trabalhador	Estratégia 'O Brasil Conta Comigo' – Profissionais de Saúde'	Ação de capacitação voltada a protocolos clínicos associados à covid-19.
25	2022	Notícia	Trabalhador	Repensando a saúde com a presença da Covid-19	Medidas para proteção física e mental por meio de capacitações dos profissionais de saúde em ambientes assistenciais frente à pandemia da covid-19.

Fonte: elaboração própria.

UNA-SUS = Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde; Cofen = Conselho Federal de Enfermagem; CGPNI = Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações; DEIDT = Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis; SVS = Sistema de vigilância Sanitária; MS = Ministério da Saúde; SUS = Sistema Único de Saúde; CNS = Conselho Nacional de Saúde; TelePSI = Projeto de teleconsulta psicológica e psiquiátrica.

Com base nos resultados apresentados no estudo documental, a discussão foi organizada em três categorias. A primeira categoria, 'Ações orientadoras para o combate da Pandemia da covid-19', constitui-se da associação das palavras 'covid-19' e 'Pandemia' e abordou estudos e documentos referentes à temática geral da crise sanitária e seu impacto na saúde pública. Esses documentos buscavam qualificar a prática assistencial dos serviços da saúde, com medidas de contenção do vírus, protocolos e manejo clínico de doentes. A categoria destaca a importância de compreender como a pandemia influenciou as práticas e os desafios da enfermagem e da saúde.

A segunda, 'Papéis institucionais no enfrentamento da crise sanitária', teve a combinação das palavras 'Ministério da Saúde', 'Enfrentamento' e 'SUS' e inclui documentos norteadores e reguladores no período, além de ações desenvolvidas para ampliar a força de trabalho frente ao período pandêmico causado pelo coronavírus. Esta categoria permite a análise detalhada das ações institucionais e governamentais durante a crise.

A terceira categoria, 'A/O trabalhadora/r da enfermagem e saúde em tempo de pandemia', constituída por textos com a palavra 'Trabalhador', inclui documentos direcionados à segurança do trabalho, saúde mental, carga horária e a proteção de sua saúde. A categoria evidencia as preocupações e necessidades das/os trabalhadoras/es de enfermagem e saúde durante o período.

Categoria 'Ações orientadoras para o combate da Pandemia da covid-19'

Os desafios apresentados pela pandemia da covid-19 para os sistemas de saúde em todo o mundo exigiram respostas ágeis e eficazes de gestores para qualificar e subsidiar as/os trabalhadoras/es de saúde e garantir a adequada atenção à saúde da população. Os documentos encontrados reforçaram as diretrizes práticas para trabalhadoras/es, a fim de minimizar o impacto da covid-19 em usuários/as, especialmente os com condições

preexistentes ou em situação de vulnerabilidade física. Importante destacar que as ações e as práticas de saúde atuaram principalmente nos indivíduos com doenças crônicas não transmissíveis, portadores, sobretudo, de doenças dos aparelhos circulatório e respiratório, neoplasias malignas e diabetes, associadas a 70% das mortes de forma global e 80% em países europeus¹⁸.

No Brasil, o Manual sobre a organização do cuidado de pessoas com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde (APS), no contexto da pandemia, expôs orientações para assegurar que indivíduos altamente vulneráveis recebessem o cuidado necessário sem maior exposição ao vírus. Essas orientações enfatizavam protocolos de cuidado, o papel de equipes multidisciplinares e ferramentas de gestão no monitoramento de indicadores. Contudo, o manual não trouxe em seu conteúdo uma discussão sobre a questão social e a vulnerabilidade social de indivíduos acometidos pela doença.

Essas orientações foram semelhantes ao que aconteceu em Portugal. O País, diante do surgimento da covid-19 e da necessidade de ações de contenção da doença e proteção da população com comorbidades prévias, teve implementado pelo governo o 'Plano Nacional de Preparação e Resposta à Doença por novo coronavírus (covid-19)' contendo orientações para preservação da saúde dos indivíduos pertencentes aos chamados grupos de riscos¹⁹.

A adoção de cuidados baseados em evidências é componente crucial para ações orientadoras que permitam a tomada de decisões mais informadas e eficazes²⁰. Entretanto, para o caso do Brasil, a gestão do governo federal não adotou essa diretriz e, em princípio, negava a existência e os impactos da pandemia. Deste modo, a abordagem baseada em evidências foi assumida por diferentes entidades e instituições e a condução de ações ficou a cargo de estados, municípios, instituições de ensino e organizações sociais^{21,22}.

A ampliação da utilização de estratégias mediadas por tecnologias da informação e da comunicação foi evidente. Algumas ações,

como a Resolução do Cofen nº 364/2020 que normatizou a prática da teleconsulta de enfermagem, acabaram por ampliar o acesso a cuidados e reduzir a exposição de trabalhadoras/es ao vírus²³. A teleconsulta se mostrou uma ferramenta importante nesse contexto, permitindo que enfermeiras/os continuassem a prestar assistência sem comprometer sua segurança. Ainda, pela necessidade de capacitação de profissionais de saúde, ações educacionais relacionadas ao manejo clínico de doentes ocorreram por meio de consultoria por ligações e videochamadas e cursos online sobre Protocolos de Manejo Clínico do Coronavírus e Orientações gerais a pacientes com covid-19 na APS.

Além disso, conselhos de gestores de saúde, como o Conasems, em parceria com outras instituições, criaram plataformas de cursos centrados na integração das ações e serviços na atenção básica, na imunização e nos desafios do cuidado pós-covid-19, contribuindo para a atualização contínua dos profissionais de saúde. Em outros países, como na Austrália, foram realizadas capacitações online sobre doenças infecciosas e redistribuição do pessoal na rede de serviços, além de treinamentos voltados à proteção à saúde da comunidade^{24,25}.

A capacitação dos profissionais de saúde em instituições de longa permanência também foi um destaque nas ações orientadoras. Cursos específicos sobre prevenção e controle de infecções, manejo clínico da covid-19 e estratégias para promover a saúde mental dos residentes e cuidadores foram ofertados (linha 6).

Essas iniciativas foram importantes para assegurar que as/os profissionais estivessem capacitadas/os para lidar com as complexidades da crise sanitária, minimizando os riscos para doentes e para si mesmas/os. A educação permanente em saúde, fortalecida durante a pandemia, mostrou-se essencial para a adaptação rápida às novas demandas e para a melhoria contínua das práticas assistenciais²⁶. A migração dos processos de educação permanente presenciais para educação online ou híbrida também foi observada em outros

países do mundo, que usaram metodologias de ensino remoto e até de simulações para a realização de manejo de doentes^{27,28}.

A experiência brasileira no combate à pandemia ressaltou a necessidade de uma gestão integrada e baseada em evidências, pois foram vários os entraves na utilização política e prática da mesma. A coordenação entre diferentes níveis de governo, com o protagonismo dos estados e municípios e a utilização de tecnologias emergentes foram fundamentais para a implementação eficaz das ações orientadoras. A criação de estratégias robustas para a capacitação contínua dos profissionais de saúde, aliada ao suporte psicológico, evidenciou a importância de cuidar daqueles que cuidam. Essas ações não apenas mitigaram os impactos imediatos da pandemia, mas também apontam a necessidade de preparar o sistema de saúde para enfrentar crises futuras com maior resistência e eficiência²⁹.

Categoria 'Papéis institucionais no enfrentamento da crise sanitária'

Durante a pandemia da covid-19, as instituições de saúde desempenharam um papel importante na reorganização gerencial e assistencial para atender às novas demandas. No Brasil, a reorganização do trabalho e da prestação de serviços foi destacada no Relatório Técnico do Termo de Cooperação nº 102 do Ministério da Saúde, que enfatizou a importância de adaptar o SUS para garantir o acesso universal na pandemia. O documento ressaltava a necessidade de estratégias robustas para enfrentar os desafios impostos pela crise sanitária, incluindo a capacitação dos profissionais de saúde e a reorganização dos serviços, semelhante às estratégias desenvolvidas em outros países, como no Plano de resposta à Pandemia da covid-19 no Canadá.

Comparativamente, a experiência canadense, que organizou e implementou programas de saúde pública e de melhoria da comunicação com a sociedade, serviu como um exemplo de boas práticas que poderiam ser adaptadas ao

contexto brasileiro. Diante do aumento das demandas do sistema de saúde, novas estratégias e ferramentas de gestão foram propostas naquele país com base em cinco eixos: 1) Implementação de programas de saúde pública para responder às enfermidades; 2) implementação de políticas e operações de estruturas de gestão; 3) garantia de financiamento e condições legais para a emergência estatal; 4) melhoria da comunicação e divulgação de informações à sociedade; 5) provimento e regulação de insumos, profissionais e serviços voltados a prevenção e tratamento de pessoas infectadas pelo coronavírus³⁰.

As ações preventivas, nesse período, foram o foco das coordenações dos sistemas de saúde para orientar a gestão clínica nas instituições de cuidado de forma global. No Canadá, documentos foram elaborados para orientar a atuação de profissionais da saúde na prevenção e controle da infecção, bem como no manejo clínico dos casos³¹.

No Brasil, em 2020, a Portaria Conjunta nº 20, de 18 de julho, abordou ações voltadas à contenção da transmissão da covid-19 em ambientes de trabalho. Esse documento estabeleceu medidas a serem observadas visando a prevenção, controle e mitigação dos riscos de transmissão da covid-19 por meio da articulação da força de trabalho e reorganização dos ambientes institucionais (*quadro 1*). Contudo, é importante enfatizar que a Portaria conjunta não se aplicava aos serviços de saúde.

As ações preventivas adotadas incluíram a sugestão de distanciamento social, a disponibilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e a capacitação contínua das/os trabalhadoras/es para garantir a segurança e a qualidade do atendimento. No Canadá, similarmente, as ações desenvolvidas também focaram na prevenção e controle da infecção, destacando a importância de uma abordagem preventiva e bem coordenada para enfrentar crises sanitárias³¹.

Em relação às modificações organizacionais nas práticas de trabalho, em continentes como Europa e América do Norte, profissionais como

médicas/os, enfermeiras/os e fisioterapeutas passaram pela redistribuição e reorganização de atividades, com o intuito de expandir a prestação de cuidados e otimizar a força de trabalho diante das altas demandas assistenciais³².

No Brasil, a reorganização das/os profissionais de enfermagem foi amparada pela Norma Técnica 002, de 2020, do Conselho Federal de Enfermagem, que estabeleceu parâmetros mínimos para composição e manejo da equipe de enfermagem atuante em três modalidades de atendimento: Hospitais Gerais e de Campanha; Unidades de Tratamento Semi-Intensivo/Salas de Estabilização; e Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

O dimensionamento dos profissionais de saúde diante das demandas de saúde da população contaminada ou doente foi um grande desafio, sendo necessário que as instituições e entes se ajustassem, diminuindo o número de profissionais que atuavam na atenção primária, deslocando-os para Unidades de Pronto Atendimento e Hospitais. Além disso, a disponibilidade e distribuição das diversas categorias profissionais para atender à demanda do correto e adequado funcionamento dos serviços somou aos gestores outro desafio. Não houve, no período, movimentações do gestor federal do sistema de saúde para atender este aspecto^{33,34}.

Outro componente do papel institucional foi a vacinação contra a covid-19. A imunização da população foi uma prioridade em diversos países, com grupos prioritários sendo definidos. Em Portugal, a vacinação teve início em janeiro de 2021, embasada no Plano de Imunização que apontava prioridades de acordo com grupos de doenças, risco de exposição, idade e atuação em serviços essenciais³⁵. No Brasil, no primeiro ano da pandemia, o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a covid-19 foi implementado incluindo os profissionais da saúde como prioridades na imunização, como em Portugal. A Norma Técnica nº 297, de 2021, estabeleceu os grupos prioritários para vacinação visando a preservação de pessoas que estavam atuando

de forma ativa no cumprimento das medidas de controle sanitário, contenção da disseminação da doença, controle do distanciamento social e profissionais atuantes no apoio às ações para operacionalização da Campanha Nacional de Vacinação contra a covid-19, como apresenta o *quadro 1*.

Aqui, é fundamental avaliar o papel das instituições gestoras do sistema de saúde na organização de todos os processos da cadeia de vacinação. No Brasil, durante a pandemia, foram inúmeras as inverdades disseminadas em redes sociais, mídias e até mesmo por gestores públicos³⁶. Um dos exemplos foi o então Presidente da República que proferiu incontáveis declarações sobre efeitos colaterais negativos das vacinas, bem como desacreditou da produção nacional do Instituto Butantan, chegando a cancelar a negociação de compra pelo Estado brasileiro. Esses movimentos impactaram diretamente as/os trabalhadoras/es do SUS, que precisaram atuar na disseminação de informações baseadas em evidências e na busca ativa de usuários. As inúmeras mobilizações anticência levaram as instituições de saúde, de ensino, os movimentos sociais, CNS, Conass e Conasems a publicar moções e orientações sobre a importância da vacinação³⁷.

A ampliação de serviços e atividades fez com que houvesse a necessidade da implementação de novas medidas de financiamento. Em março de 2021, no Brasil, foi implementada a Medida Provisória nº 1.041, estabelecendo recursos para fortalecer e ampliar as ações de enfrentamento à pandemia, compra de insumos e equipamentos estratégicos, custeio de leitos de UTI e suporte ventilatório, recursos para APS, vigilância, educação e formação em saúde, entre outras despesas excepcionais. Também, o incentivo financeiro federal, instituído pela Portaria GM/MS nº 361, de 1º de março de 2021, atingindo 2.061 municípios, destinou recursos financeiros aos Centros Comunitários de Referência e aos Centros de Atendimento, ambos voltados ao enfrentamento da covid-19, credenciados e implementados em novembro ou dezembro de 2020. A realidade da crise

direcionou recursos financeiros para o SUS, contudo não permaneceram institucionalizados após o fim da pandemia.

No Brasil, o documento mais amplo publicado foi o 'Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia na Rede de Atenção à Saúde', um norteador sistemático de ações para o apoio aos gestores estaduais, municipais e trabalhadoras/es do SUS que estabelecia passos para esse processo, como o fortalecimento da APS, monitoramento de síndrome gripal, a organização da gestão, vacinação rápida e segura, ações de comunicação, promoção e prevenção e a reabilitação e complicações pós-covid. Contudo, o guia teve pouco impacto nos serviços e nas/os trabalhadoras/es, tendo o Ministério da Saúde entrado como signatário apenas na 4ª edição dele.

Categoria 'A/o trabalhadora/r da enfermagem e da saúde em tempo de pandemia'

A necessidade de qualificar rapidamente as/os trabalhadoras/es de saúde e proporcionar-lhes o suporte necessário tornou-se uma prioridade para aumentar não apenas a segurança dos usuários dos serviços de saúde, mas também a confiança dos profissionais na linha de frente, somada ao desenvolvimento de suas competências. O contexto sanitário exigiu, também, considerar diversas dimensões como a das/os trabalhadoras/es requeridas/os para atuar na atenção à saúde, insumos, financiamento e, ainda, a indissociabilidade das dimensões técnicas e políticas para o processo de planejamento e gestão dos sistemas e serviços de saúde³⁸.

Sistemas de saúde de diversos países, como o Sistema Nacional de Saúde do Canadá, capacitaram seus profissionais para atendimento clínico virtual dos usuários³¹. No Brasil, a Portaria nº 639 lançou a estratégia 'O Brasil Conta Comigo – Profissionais da Saúde' que foi direcionada à capacitação e cadastramento de profissionais para enfrentar a pandemia. Até julho de 2020, 970 mil profissionais estavam

cadastrados, com 416 mil contratados para atender aos serviços de saúde, sendo contempladas 14 categorias profissionais, entre elas a enfermagem. A plataforma Portal Registra-RH Saúde colaborou para desenvolver o maior banco autodeclaratório de profissionais de saúde do Brasil.

A demanda relacionada à saúde mental das/os trabalhadoras/es de enfermagem teve destaque durante a pandemia, principalmente pela sobrecarga e desafios enfrentados na linha de frente. No Brasil, realizaram-se diagnósticos sobre a saúde mental da enfermagem^{26,39}, com destaque+3 às especificidades deste trabalho no período, com apontamentos sobre a necessidade de implantação de medidas estratégicas para minimização deste sofrimento, agravado pela crise sanitária³⁹. Nesta mesma lógica, para proteger a saúde mental dos trabalhadores, o governo de Portugal disponibilizou linhas de apoio à saúde mental por meio de consultas psicológicas⁴⁰.

Além da capacitação clínica, projetos de ensino que abrangem gestão, integração ensino-serviço e saúde mental foram desenvolvidos por universidades e instituições nacionais. No Brasil, o Projeto TelePSI ofereceu teleconsultas para trabalhadores em sofrimento psíquico. O CNS lançou a campanha ‘Proteger o Trabalhador e a Trabalhadora é Proteger o Brasil’, com estratégias de educação permanente para esclarecer e alertar sobre recomendações de proteção à saúde dos trabalhadores. Em 2021, esta campanha continuou com a Carta Compromisso pela proteção dos profissionais, voltada às necessidades de preservação e valorização dos profissionais da saúde.

Estudos reforçam que as condições de trabalho em saúde aceleraram a propagação do vírus, especialmente na enfermagem, bem como políticas econômicas e sociais inadequadas agravaram a crise sanitária, aumentando a precarização do trabalho^{41,42}. Assim, um aspecto importante a considerar é a contratação precária e o excesso de vínculos temporários, disseminados na pandemia, que

representam desafios significativos enfrentados pelos profissionais de saúde, especialmente na enfermagem no Brasil. A prática cada vez mais comum de contratos temporários e terceirizações contribuiu para a insegurança no emprego e a falta de continuidade no cuidado prestado aos usuários. Esses vínculos precários geram um ambiente de trabalho instável, onde os profissionais estão constantemente preocupados com a renovação de seus contratos, o que pode levar ao desgaste mental e físico. Além disso, a fragmentação dos vínculos dificulta a formação de equipes coesas e comprometidas, essenciais para a prestação de cuidados de saúde^{26,38,39}.

A questão do piso salarial das diferentes categorias e uma carreira para o SUS tem sido uma temática de debate intenso. Para a enfermagem, a Lei federal nº 14.434⁴³, de 4 de agosto de 2024, estabeleceu o piso, contudo é fundamental que a implementação seja justa e aconteça em todos os setores, a fim de valorizar as/os profissionais. Ainda, o piso não reflete a necessidade da categoria e a ausência dessa base salarial resulta em baixos salários, que não condizem com a importância e a responsabilidade da profissão, agravando a precariedade das condições de trabalho. Essa precariedade é refletida na alta rotatividade de profissionais, na sobrecarga de trabalho e na insatisfação profissional, o que compromete a qualidade da assistência prestada a pacientes^{43,44}. Em nenhum dos documentos analisados, fez-se menção sobre as condições de trabalho, vínculos seguros de trabalho e remuneração adequada, ou mesmo analisando a categoria da enfermagem de maneira separada.

Conclusões

A pandemia de covid-19 desafiou profundamente os sistemas de saúde em todo o mundo e exigiu uma resposta ágil e adaptativa. No Brasil, a experiência do enfrentamento à covid-19 evidenciou a importância de diretrizes claras e bem estruturadas para a gestão da

força de trabalho em saúde e em enfermagem. Contudo, a realidade brasileira revelou dificuldades significativas, exacerbadas por um contexto de subfinanciamento crônico do Sistema Único de Saúde e a implementação de políticas públicas que enfraqueceram os vínculos trabalhistas e as condições de trabalho.

As categorias analisadas neste estudo permitiram refletir sobre a gestão do trabalho e a educação na saúde, a necessidade de planejar o cuidado de doentes crônicos, capacitar profissionais em instituições de longa permanência e repensar o funcionamento dos sistemas de saúde durante crises sanitárias. Ainda, é possível afirmar que a adoção de cuidados baseados em evidências e a inovação em práticas de teleconsulta exemplificam avanços significativos no contexto pandêmico.

Entretanto, a pandemia também destacou as limitações de uma gestão fragmentada e a falta de coordenação nacional eficiente. A irradiação de discursos negacionistas e a propagação de notícias falsas pelo governo federal agravaram a situação, comprometendo a eficácia das medidas preventivas e assistenciais. A ausência de investimentos substanciais e verbas específicas para melhorar o desempenho assistencial também contribuiu para um cenário desafiador para os profissionais de saúde.

O estudo documentou a importância de uma gestão integrada e baseada em evidências,

ressaltando a necessidade de coordenação entre diferentes níveis de governo e a utilização de tecnologias emergentes para capacitação contínua dos profissionais de saúde. O enfrentamento das futuras crises não deve ser visto como algo distante, mas como prioridade presente. A pandemia da covid-19 revelou a importância de revisar os retrocessos sociais da última década e desenvolver políticas de combate às desigualdades sociais com fortalecimento dos sistemas de proteção social. Somente pela superação dessas desigualdades será possível abordar eficientemente futuras crises, sejam elas sanitárias, ambientais, sociais ou uma combinação de todas essas.

Em conclusão, este estudo cumpre um papel ao identificar e sintetizar as diretrizes voltadas à gestão da força de trabalho em saúde e enfermagem no contexto da pandemia de covid-19 no Brasil. As lições aprendidas podem ser utilizadas para melhorar a resistência e a competência do sistema de saúde brasileiro, garantindo uma resposta mais segura a crises futuras.

Colaboradores

Straub M (0000-0003-1045-6725)*, Peres AM (0000-0003-2913-2851)*, Souza TL (0000-0001-5809-9259)* e Gomes RM (0000-0002-2055-0558)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Ramos CI, Ramos BI, Santos RM, et al. Gestão do trabalho em Saúde [Internet]. Santa Maria: UAB/CTE/UFMS; 2022 [acesso em 2024 mar 2]. Disponível em: <https://repositorio.ufsm.br/handle/1/25542>
2. Conselho Nacional de Saúde (BR). Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS (NOB/RH-SUS) [Internet]. 3ª ed. Brasília, DF: CNS; 2005 [acesso em 2023 mar 16]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/NOB_RH_2005.pdf

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

3. Souza LEPPF, Bahia L. Componentes de um sistema de serviços de saúde. In: Paim JS, Almeida-Filho N. Saúde coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: Medbook; 2014.
4. Borges E, Trindade LL. Processo de trabalho em saúde e enfermagem. Rev Rol Enferm [Internet]. 2021 [acesso em 2024 abr 18];44:11-12. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/38564/1/ICOHN21_43-50.pdf
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Situación de la enfermería en el mundo 2020: invertir en educación, empleo y liderazgo [Internet]. 2020 [acesso em 2025 maio 28]. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/332164/9789240004948-spa.pdf?sequence=1>
6. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resumo do quantitativo de profissionais externos [Internet]. [Local desconhecido]: Cofen; 2024 [acesso em 2024 jul 15]. Disponível em: https://descentralizacao.cofen.gov.br/sistema_SC/grid_resumo_quantitativo_profissional_externo/grid_resumo_quantitativo_profissional_externo.php
7. Machado MH, Pereira EJ, Ximenes Neto FRG, et al. Enfermagem em tempos da Covid-19 no Brasil: um olhar da gestão do trabalho. Enferm Foco [Internet]. 2020 [acesso em 2024 mar 17];11(1):32-39. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n1.ESP.3994>
8. Felipe ISR, Madeiros VR, Camargo ML, et al. Impactos da Pandemia de Covid-19 sobre Profissionais de Gestão de Pessoas. Rev Psicol Saúde [Internet]. 2021 [acesso em 2024 jul 17];13(2):211-25. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v13n2/v13n2a16.pdf>
9. Danno CH, Bohomol E, Gasparino RC. Ambiente de prática dos enfermeiros antes e durante a pandemia de COVID-19. Acta Paul Enferm. 2022;35:eAPE03287. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO03287>
10. Portela MC, Reis LGC, Lima SML. Os profissionais da saúde e a pandemia de covid-19. In: Portela MC, Reis LGC, Lima SML, editores. Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz, Editora Fiocruz; 2022. p. 282-371. DOI: <https://doi.org/10.7476/9786557081587>. (Informação para ação na Covid-19 series).
11. Monteiro VCM, Lucena BA, Silva CJA, et al. Trabalho em saúde e as repercussões durante a pandemia Covid-19: um estudo documental. Cogitare Enferm. 2021;26:e75187. DOI: <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.75187>
12. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, et al. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. Acad Med. 2014;89(9):1245-51. DOI: <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000000388>
13. Andrade SR, Schimitt MD, Storck BC, et al. Análise documental nas teses de enfermagem: técnica de coleta de dados e método de pesquisa. Cogitare Enferm. 2018;23(1):e53598. DOI: <https://doi.org/10.5380/ce.v23i1.53598>
14. World Health Organization. COVID-19 Public Health Emergency of International Concern (PHEIC) [Internet]. Global research and innovation forum. [local desconhecido]: WHO; 2020 [acesso em 2024 jun 26]. Disponível em: [https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-public-health-emergency-of-international-concern-\(pheic\)-global-research-and-innovation-forum](https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-public-health-emergency-of-international-concern-(pheic)-global-research-and-innovation-forum)
15. Organização Pan-Americana da Saúde. OMS declara fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à COVID-19 [Internet]. [local desconhecido]: OPAS; 2023 [acesso em 2024 jun 26]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2023-oms-declara-fim-da-emergencia-saude-publica-importancia-internacional-referente>
16. Baroni JG, Silva CCB. Percepção de profissionais da saúde e da educação sobre o Programa Saúde na Escola. Saúde debate. 2022;46(esp3):103-15. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E307>
17. Camargo BV, Justo AM. Tutorial para o uso do software IRaMuTeQ [Internet]. Florianópolis: Laccos; 2021

- [acesso em 2024 abr 14]. Disponível em: http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/Tutorial%20IRaMuTeQ%20em%20portugues_22.11.2021.pdf
18. Comissão Europeia [Internet]. Panorâmica. [local desconhecido]: Comissão Europeia; 2022 [acesso em 2024 jul 22]. Disponível em: https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/overview_pt
 19. Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde. Estado da Saúde na UE: Portugal: Perfil de saúde do país 2021 [Internet]. Paris: OCDE; 2021 [acesso em 2024 maio 30]. Disponível em: https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_pt_portuguese.pdf
 20. Dang D, Dearholt SL, Bissett K, et al. Johns Hopkins evidence-based practice for nurses and healthcare professionals: models and guidelines. Baltimore, MD: Sigma Theta Tau International; 2022.
 21. Brandão CC, Mendonça MM, 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>
 22. Alves FAS. Coronavírus e Conflito Federativo: Como a gestão da crise da pandemia afetou a relação entre a união e os entes federados, por meio do populismo autoritário, no contexto constitucional periférico do Brasil. *Confluências*. 2021;23(3):182-203. DOI: <https://doi.org/10.22409/conflu.v23i3.49706>
 23. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução nº 634, de 26 de março de 2020. Autoriza e normatiza, “ad referendum” do Plenário do COFEN, a teleconsulta de enfermagem como forma de combate à pandemia provocada pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2). *Diário Oficial da União* [Internet], Brasília, DF. 2020 mar 27 [acesso em 2024 jul 14]; Edição 60; Seção I:117. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-0634-2020/>
 24. Silva BRG, Corrêa APV, Uehara SCS. Primary health care organization in the Covid-19 pandemic: scoping review. *Rev Saúde Pública*. 2022;56:94. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004374>
 25. Hodgins M, Leeuwen DV, Braithwaite J, et al. The COVID-19 System Shock Framework: Capturing Health System Innovation During the COVID-19 Pandemic. *Int J Health Policy Manag*. 2022;11(10):2155-65. DOI: <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2021.130>
 26. Machado MH, Campos F, Haddad AE, et al. Transformações no mundo do trabalho em saúde: os(as) trabalhadores(as) e desafios futuros. *Ciênc saúde coletiva*. 2023;28(10):2773-84. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320232810.10702023>
 27. Kumar A, Sarkar M, Davis E, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on teaching and learning in health professional education: a mixed methods study protocol. *BMC Med Educ*. 2021;21(1). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02871-w>
 28. Malhotra A, Kumar A. Breaking the COVID-19 Barriers to Health Professional Team Training With Online Simulation. *Simul Healthc*. 2021;16(1):80-1. DOI: <https://doi.org/10.1097/SIH.0000000000000518>
 29. Arroyo-Laguna J. ¿Sistemas de salud resilientes para países ya resilientes? Los discursos de la pandemia en la era post COVID-19. *Ciênc saúde coletiva*. 2023;28(10):2993-3002. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320232810.10182023>
 30. Rodrigues J, Fernandes P, Souza M. Sistema de saúde canadense: um breve ensaio acadêmico sobre a história de sua saúde pública até a pandemia de Covid-19. *RECIMA21*. 2023;4(4):e443009. DOI: <http://dx.doi.org/10.47820/recima21.v4i4.3009>
 31. Lima LD, Silva HP. Proteção social e coordenação federativa de sistemas provinciais: a resposta do Canadá à Covid-19 [Internet]. In: Machado CV, Pereira AMM, Freitas CM. Políticas e sistemas de saúde em tempos de pandemia: nove países, muitas lições. Rio de Janeiro, RJ: Observatório Covid-19 Fiocruz; Editora Fiocruz; 2022 [acesso em 2024 jun 2]. p. 205-233. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/t67zr/pdf/machado-9786557081594-08.pdf>
 32. Stalen ACV, Carvalho CL, Girardi SN, et al. Estratégias internacionais de flexibilização da regulação da

- prática de profissionais de saúde em resposta à pandemia da COVID-19: revisão de escopo. *Cad Saúde Pública*. 2022;38(2):e00116321. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00116321>
33. Arnaldo JGS, Radovanovic CAT, Magnabosco GT, et al. Reorganização do processo de trabalho na atenção primária à saúde no enfrentamento à Covid-19. *Cogitare Enferm*. 2023;28:e86126. DOI: <https://doi.org/10.1590/ce.v28i0.86126>
34. Teixeira CFS, Soares CM, Souza EA, et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. *Ciênc saúde coletiva*. 2020;25(9):3465-74. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>
35. Barros SG, Cruz DN, Souza JC, et al. Vigilância e elevada cobertura vacinal: como Portugal superou o colapso e retomou o controle da pandemia. *Ciênc saúde coletiva*. 2023;28(5):1297-312. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.10732022>
36. Mendes EV, Avendanho FC, Barros FPC, et al. A pandemia da COVID-19 no Brasil: uma crise entre ciência e governança. *An Inst Hig Med Trop*. 2023;22:44-53. DOI: <https://doi.org/10.25761/anaisihmt.440>
37. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BR) [Internet]. [local desconhecido]: Conass; 2021. Conass e Conasems reforçam a importância da vacinação de adolescentes contra a Covid-19 [acesso em 2024 jul 15]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2021/09/Conass-e-Conasems-reforc%CC%A7am-a-importa%CC%82ncia-da-vacinac%CC%A7a%CC%83o-de-adolescentes-contr-a-Covid-19.pdf>
38. Santos BMP, Gomes AMF, Lourenção LG, et al. Perfil e essencialidade da Enfermagem no contexto da pandemia da COVID-19. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2023;28(10):2785-96. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320232810.09772023>
39. Souza NVDO, Carvalho EC, Soares SSS, et al. Trabalho de enfermagem na pandemia da Covid-19 e repercussões para a saúde mental dos trabalhadores. *Rev Gaúcha Enferm*. 2021;42(esp):e20200225. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200225>
40. Dionísio SCPL. A Saúde Mental dos profissionais de saúde, durante a pandemia de COVID-19, em Portugal: prevalência de ansiedade e depressão [dissertação na Internet]. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa; 2021 [acesso em 2024 jul 30]. Disponível em: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/134918/1/RUN%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20-%20Sandra%20Dion%C3%ADsio.pdf>
41. Moreira MF, Meirelles LC, Cunha LAM. Covid-19 no ambiente de trabalho e suas consequências à saúde dos trabalhadores. *Saúde debate*. 2021;45(esp2):107-22. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042021E208>
42. Silva MCN, Cunha LF, Ximenes Neto FRG, et al. Protagonismo da Enfermagem Brasileira no combate ao COVID-19. *Enferm Foco*. 2020;11(1):8-9. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n1.ESP4073>
43. Presidência da República (BR). Lei nº 14.434, de 4 de agosto de 2022. Altera a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, para instituir o piso salarial nacional do Enfermeiro, do Técnico de Enfermagem, do Auxiliar de Enfermagem e da Parteira. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2022 ago 5; Edição 148; Seção I:3.
44. Machado MH, Mercer H, Haddad AE, et al. Lidando com a Força de Trabalho em Saúde em Tempos Pandêmicos. In: Buss PM, Burger P, organizadores. *Diplomacia da saúde: respostas globais à pandemia*. 23ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021. p. 151-164.

Recebido em 30/07/2024

Aprovado em 16/05/2025

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (Capes). Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

Editora responsável: Jamilli Silva Santos

Práticas domiciliares de armazenamento e descarte de medicamentos em um município da região metropolitana do Rio de Janeiro

Household practices for storing and disposing of medications in a municipality in the metropolitan area of Rio de Janeiro

Letícia Figueira de Castro¹, Isabelle Ruiz Martins¹, Elaine Silva Miranda¹

DOI: 10.1590/2358-2898202514610113P

RESUMO Os medicamentos, ainda que importantes para a promoção e recuperação da saúde, contêm substâncias potencialmente tóxicas que, quando armazenadas ou descartadas inadequadamente, podem representar riscos ao meio ambiente e à saúde. Este estudo teve como objetivo avaliar as práticas de armazenamento e descarte de medicamentos em domicílios em Niterói (RJ). Foi conduzido um estudo transversal, abrangendo domicílios nas cinco regiões do município, com uma amostra de 290 moradores. Foi utilizado um questionário estruturado, e os dados foram coletados e gerenciados por meio de uma plataforma eletrônica. Os resultados revelaram que 44,5% dos participantes mantêm sobras de medicamentos armazenadas em casa, muitas vezes, sem as devidas condições de segurança. Com relação ao descarte de medicamentos vencidos ou sem uso, observou-se que a maioria dos entrevistados (64,8%) descartou esses produtos no lixo doméstico, enquanto 12,4% optaram por descartá-los no esgoto sanitário. Apenas 9,7% dos 290 entrevistados realizaram o descarte de forma correta em locais destinados para o recolhimento. As práticas inadequadas de armazenamento e descarte de medicamentos em Niterói (RJ) destacam a urgência de intervenções educativas e iniciativas que promovam a conscientização para proteger a saúde e o meio ambiente.

PALAVRAS-CHAVE Armazenamento de medicamentos. Meio ambiente e saúde pública. Preparações farmacêuticas.

ABSTRACT Medicines, although essential for promoting and recovering health, contain potentially toxic substances that, when stored or discarded improperly, can pose risks to the environment health. This study aimed to evaluate the storage and disposal practices of medicines in households in Niterói (RJ). A cross-sectional study was conducted, covering households in all five regions of the city, with a sample of 290 residents. A structured questionnaire was used, and data were collected and managed through an electronic platform. The results showed that 44.5% of participants kept leftover medications stored at home, often, without the proper safety measures. Regarding the disposal of expired or unused medications, most respondents (64.8%) discarded these products in household waste, while 12.4% disposed of them in the sewage system. Only 9.7% of the 290 respondents disposed of them correctly at designated collection sites. Inadequate medication storage and disposal practices in Niterói (RJ) highlight the urgency for educational interventions and initiatives to promote awareness in order to protect health and the environment.

KEYWORDS Drug storage. Environment and public health. Pharmaceutical preparations.

¹Universidade Federal Fluminense (UFF) - Niterói (RJ), Brasil.
leticia_castro@id.uff.br



Introdução

O estoque domiciliar de medicamentos fora de uso, normalmente chamado de farmácia caseira, pode ser decorrente de sobras de tratamentos prescritos para doenças crônicas ou agudas e/ou por medicamentos comumente utilizados em automedicação¹. As farmácias caseiras podem aumentar a chance do uso indiscriminado dos medicamentos, além de expor indivíduos a intoxicações acidentais – especialmente crianças – ou intencionais, com agravos à saúde, acarretando gastos com atendimentos nos serviços de saúde, internações e óbitos²⁻⁴.

A comercialização de medicamentos em quantidades superiores às indicadas pela prescrição também favorece o acúmulo de medicamentos. Além disso, erros na prescrição ou dispensação, bem como alterações sucessivas nos tratamentos, podem levar o paciente a adquirir medicamentos em excesso e a guardá-los, na expectativa de utilizá-los posteriormente ou doá-los⁵.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) orienta a não armazenar sobras de medicamentos em casa, considerando que, por vezes, pode ser necessário ter alguns medicamentos para uso emergencial⁶. Apesar de não haver consenso que determine quais medicamentos devem fazer parte da farmácia caseira, as recomendações apontam os analgésicos, anti-ácidos, antissépticos, anti-histamínicos, pomadas e materiais para primeiros socorros (álcool 70%, algodão, gaze, esparadrapos), em quantidade mínima, a fim de evitar sobras e facilitar o seu manejo. Nesse caso, é necessária a constante avaliação do estoque, para se desfazer dos medicamentos vencidos ou inadequados ao uso⁷.

O armazenamento ideal de medicamentos em domicílio deve ser feito em lugares acessíveis, seguros e fora do alcance das crianças. Eles devem ser mantidos em suas embalagens e com a bula, protegidos de umidade, luz e calor. Locais quentes e úmidos, como a cozinha e o banheiro, não são apropriados. Também não se deve armazená-los em locais próximos a aparelhos eletrônicos^{8,9}.

Nos domicílios, os resíduos farmacêuticos são descartados, principalmente, no lixo comum, na pia ou no vaso sanitário⁹⁻¹⁴, que são formas de descarte inadequadas, pois os resíduos têm o potencial de atingir o meio ambiente¹² e, por consequência, gerar riscos para a saúde humana. O hábito de descarte de medicamentos no lixo comum vem sendo descrito na literatura como o mais frequente no Brasil¹⁵.

Na dispensação de medicamentos, as orientações para o descarte seguro de medicamentos não utilizados são frequentemente negligenciadas. Somadas a isso, a falta de conhecimento dos riscos ambientais e de saúde e a ausência de diretrizes claras e instalações adequadas para o descarte contribuem para que a eliminação de medicamentos seja feita, principalmente, de maneira inadequada^{15,16}.

Há uma lacuna de conhecimento sobre as práticas de armazenamento e descarte domiciliar de medicamentos em diferentes contextos, e muitas regiões carecem de sistemas eficientes e de conscientização pública para o descarte adequado¹⁷. Nesse sentido, o objetivo deste trabalho é apresentar as práticas de armazenamento e descarte de medicamentos adotadas por municípios de Niterói (RJ) e discuti-las frente aos riscos que representam para o meio ambiente e para a saúde pública.

Material e métodos

Desenho do estudo

O presente estudo é parte integrante do ‘Projeto Modelo de gestão para o município de Niterói: A Assistência Farmacêutica Que Queremos – Projeto AsFaQQ’, que buscou um diagnóstico da assistência farmacêutica municipal, nos níveis de estrutura, processo e resultado. Para tanto, foi realizado um estudo de corte transversal descritivo que contemplou o componente de serviços de saúde e o componente domiciliar.

Instrumento de coleta de dados

Utilizou-se um questionário estruturado baseado na metodologia da Organização Mundial da Saúde para avaliar a Assistência Farmacêutica¹⁸⁻²¹ e da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM)²². Além disso, incorporaram-se elementos específicos sobre armazenamento e descarte de medicamentos definidos com base na literatura^{1-5,7,9-14}. O instrumento de coleta de dados domiciliares é composto por três blocos, a saber: aspectos demográficos e socioeconômicos; práticas de armazenamento de medicamentos; práticas de descarte de medicamentos.

Antes de iniciar a coleta de dados nos domicílios, foi realizado um pré-teste do questionário em duas etapas. Na primeira, oito municípios de Niterói foram entrevistados no sentido de identificar possíveis incompletudes ou falta de clareza das perguntas. Foram feitos os ajustes necessários, e, na sequência, outros oito municípios foram entrevistados, com inclusão da cronometragem do tempo de aplicação do questionário. Não foi identificada necessidade de qualquer alteração no questionário, que foi considerado adequado para a pesquisa de campo para alcançar a amostra do presente estudo. Após o pré-teste, foi realizado um estudo piloto, onde cada dupla de pesquisadores de campo entrevistou dois participantes, totalizando dez entrevistas. Essa etapa serviu, também, como parte do treinamento dos pesquisadores de campo.

Coleta e gerenciamento e análise dos dados

No projeto AsFaQQ, foram incluídas todas as unidades de saúde com dispensação de medicamentos do município, um total de 72 unidades identificadas no período da pesquisa de campo, que serviram como ponto de referência para a identificação dos domicílios. A amostra foi definida por conveniência, incluindo no mínimo quatro e no máximo seis domicílios

no entorno de cada unidade de saúde, o que resultou em um número de pelo menos 288 domicílios a serem incluídos.

Niterói faz parte da Região de Saúde Metropolitana II do Rio de Janeiro, tem 481.758 habitantes e densidade demográfica de 3.601,74 hab/km². A cidade é composta por cinco regiões administrativas (Região Norte, Praias da Bahia, Oceânica, Pendotiba e Leste)²³. Uma vez definido o número mínimo de domicílios no estudo (288), fez-se um cálculo para distribuir a amostra de maneira proporcional à população de cada região administrativa, assim, o número de habitantes em cada região embasou a amostra de domicílios pesquisados em cada região.

Em cada domicílio, foi entrevistado um participante. Os critérios de inclusão foram pessoas com idade acima de 18 anos, aptas a responder perguntas relacionadas ao armazenamento e descarte de medicamentos. Antes da aplicação do instrumento de coleta de dados, os objetivos da pesquisa e o caráter voluntário da participação no estudo foram explicados. Em caso de concordância, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados do estudo foram coletados por meio de formulários eletrônicos e gerenciados pela ferramenta eletrônica de captura de dados Research Electronic Data Capture (REDCap) versão 12.4.16, hospedada na Universidade Federal Fluminense (UFF)²⁴. Dez pesquisadores de campo treinados fizeram a coleta de dados nas cinco regiões do município de maneira concomitante ao longo de duas semanas consecutivas.

As informações obtidas foram apresentadas por meio de gráficos e tabelas confeccionadas no Excel 2013. A média dos dados e as porcentagens ponderadas foram calculadas para a análise dos dados da pesquisa.

Aspectos éticos

Este estudo atendeu à Resolução nº 466/2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

(Conep)²⁵ e foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da UFF, por se tratar de pesquisa com humanos. Processo de Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 38353120.1.0000.5243, aprovado sob o parecer nº 5.569440.

Resultados

Devido à inoperância no período da coleta de dados e a barreiras relacionadas ao território que impediram o acesso, 11 unidades de saúde foram excluídas da amostra, e a pesquisa domiciliar foi realizada no entorno de 61 unidades. Para cada unidade visitada, foram selecionados de quatro a seis domicílios, resultando na inclusão de 290 participantes. A proporção de domicílios por região foi mantida, apesar de o número de

unidades visitadas ter sido menor que o planejado.

A amostra incluiu 66,9% de mulheres e 33,1% de homens. Os participantes tinham idades entre 18 e 87 anos, com maior concentração na faixa etária de 55 a 64 anos. Com relação a cor ou raça, 37,6% se identificaram como brancos e 34,5% como pardos. No que se refere ao estado civil, a maioria era solteira (49,7%), seguida por casados (27,6%) e viúvos (11%). Quanto à escolaridade, 34,1% dos participantes concluíram o ensino médio, seguido por ensino superior completo (12,1%). Sobre a renda familiar, 34,5% relataram receber até 1 salário-mínimo (até R\$ 1.302,00 no momento do estudo), 3,4% não tinham renda e 5,9% não informaram esse dado. A maioria dos domicílios era composta por 3 moradores.

A *tabela 1* exibe as respostas obtidas com relação a diferentes aspectos demográficos e socioeconômicos.

Tabela 1. Perfil demográfico e socioeconômico dos participantes. Rio de Janeiro, Niterói, Brasil, 2023

Variável	Total (n = 290) N (%)
Sexo	
Masculino	96 (33,1%)
Feminino	194 (66,9%)
Cor ou raça	
Branca	109 (37,6%)
Parda	100 (34,5%)
Preta	72 (24,8%)
Amarela	6 (2,1%)
Não sabe informar	3 (1,0%)
Faixa etária	
18-24 anos	23 (7,93%)
25-34 anos	30 (10,34%)
35-44 anos	43 (14,83%)
45-54 anos	52 (17,94%)
55-64 anos	75 (25,86%)
65-74 anos	35 (12,07%)
75-84 anos	19 (6,55%)
85+ anos	4 (1,38%)

Tabela 1. Perfil demográfico e socioeconômico dos participantes. Rio de Janeiro, Niterói, Brasil, 2023

Variável	Total (n = 290) N (%)
Escolaridade	
Sem Instrução	7 (2,4%)
Ensino Fundamental I (antigo Primário) incompleto	21 (7,2%)
Ensino Fundamental I (Antigo Primário) completo	23 (7,9%)
Ensino Fundamental II (antigo Ginásio) incompleto	13 (4,5%)
Ensino Fundamental II (antigo Ginásio) completo	28 (9,7%)
Ensino Médio (antigo Colegial ou Científico) incompleto	22 (7,6%)
Ensino Médio (antigo Colegial ou Científico) completo	99 (34,1%)
Ensino Superior incompleto	28 (9,7%)
Ensino Superior completo	35 (12,1%)
Pós-Graduação incompleta	3 (1,0%)
Pós-Graduação completa	10 (3,4%)
Não sabe informar	1 (0,3%)
Renda familiar mensal	
Nenhuma renda	10 (3,4%)
Até 1 salário mínimo (até R\$ 1.302,00)	100 (34,5%)
De 1 a 3 salários mínimos (de R\$ 1.302,00 até R\$ 3.906,00)	91 (31,4%)
De 3 a 6 salários mínimos (de R\$ 3.906,00 até R\$ 7.812,00)	50 (17,2%)
De 6 a 9 salários mínimos (de R\$ 7.812,00 até R\$ 11.718,00)	12 (4,1%)
De 9 a 12 salários mínimos (de R\$ 11.718,00 até R\$ 15.624,00)	8 (2,8%)
De 12 a 15 salários mínimos (de R\$ 15.624,00 até R\$ 19.530,00)	0 (0,0%)
Mais de 15 salários mínimos (mais de R\$ 19.530,00)	2 (0,7%)
Não sabe informar	17 (5,9%)
Auxílio do governo	
Sim	76 (26,2%)
Não	212 (73,1%)
Não sabe informar	2 (0,7%)
Moradores no domicílio	
1	63 (21,7%)
2	83 (28,6%)
3	67 (23,1%)
4	43 (14,8%)
5	15 (5,2%)
+5	18 (6,2%)
Não sabe informar	1 (0,3%)

Fonte: elaboração própria.

Práticas de armazenamento

A *tabela 2* fornece uma análise dos resultados

obtidos nas perguntas relacionadas às práticas de armazenamento de medicamentos pelos entrevistados.

Tabela 2. Práticas de armazenamento de medicamentos. Rio de Janeiro, Niterói, Brasil, 2023

Variáveis	Total (n = 290) N (%)
Leitura da bula dos medicamentos	
Sempre	106 (36,6%)
Repetidamente	20 (6,9%)
Às vezes	69 (23,8%)
Raramente	27 (9,3%)
Nunca	62 (21,4%)
Não sabe informar	6 (2,1%)
Local de guarda dos medicamentos	
Cozinha	105 (36,2%)
Banheiro	22 (7,6%)
Quarto	122 (42,1%)
Sala	27 (9,3%)
Outros	10 (3,4%)
Não sabe informar	4 (1,4%)
Alcance das crianças ao local de guarda de medicamentos	
Sim	71 (24,5%)
Não	210 (72,4%)
Não sabe informar	9 (3,1%)
Forma de armazenamento de medicamentos	
Em caixas originais com bula	203 (70,0%)
Em caixas originais sem bula	9 (3,1%)
Todos na mesma caixa com identificação	30 (10,3%)
Todos na mesma caixa sem identificação	17 (5,9%)
Alguns com caixa e bula, outros fora da caixa e sem bula	12 (4,1%)
Em 'organizadores ou porta-comprimidos', fora da cartela	15 (5,2%)
Não sabe informar	4 (1,4%)
Observação (cor, odor, integridade) do medicamento armazenado antes do uso	
Sempre	149 (51,4%)
Repetidamente	10 (3,4%)
Às vezes	26 (9,0%)
Raramente	22 (7,6%)
Nunca	81 (27,9%)
Não sabe informar	2 (0,7%)
Verificação do prazo de validade do medicamento	
Sempre	223 (76,9%)
Repetidamente	12 (4,1%)
Às vezes	17 (5,9%)
Raramente	6 (2,1%)
Nunca	28 (9,7%)
Não sabe informar	4 (1,4%)

Tabela 2. Práticas de armazenamento de medicamentos. Rio de Janeiro, Niterói, Brasil, 2023

Variáveis	Total (n = 290) N (%)
Recebimento de orientações sobre o armazenamento dos medicamentos nas farmácias públicas do SUS	
Sempre	50 (17,2%)
Repetidamente	3 (1,0%)
Às vezes	24 (8,3%)
Raramente	18 (6,2%)
Nunca	138 (47,6%)
Não sabe informar	57 (19,7%)

Fonte: elaboração própria.

SUS = Sistema Único de Saúde.

Sobre a leitura da bula dos medicamentos, 36,6% dos usuários afirmaram que sempre a leem, enquanto 21,4% nunca a leem. Com relação ao armazenamento dos medicamentos, 42,1% dos participantes guardam os medicamentos no quarto, 36,2% na cozinha, e 7,6% no banheiro.

Quando questionados sobre se o local de armazenamento está acessível às crianças, 72,4% garantiram que não. No entanto, cerca de 24% não adotam essa medida de segurança. Sobre a forma de armazenamento, 70% dos entrevistados mantêm os medicamentos em suas caixas originais com bula, o que facilita a identificação e o acesso às informações. Entretanto, 5,2% utilizam ‘organizadores ou porta-comprimidos’, uma prática menos segura.

No que tange à checagem do estado dos medicamentos (cor, odor, integridade) antes do uso, 51,4% dos entrevistados sempre realizavam essa verificação. Em contraste, quase 28% nunca checavam.

Destaca-se que quase metade dos usuários (47,6%) declarou nunca receber orientações sobre como guardar os medicamentos em casa. Adicionalmente, 19,7% dos entrevistados não souberam informar sobre essa questão.

Práticas de descarte de medicamentos

Sobre o destino das sobras de medicamentos, 44,5% dos participantes guardam ou planejam guardar para uso futuro. O descarte adequado era realizado por 25,5% dos entrevistados, enquanto a maioria (64,8%) descarta no lixo doméstico. Além disso, 12,4% descartam os medicamentos no esgoto sanitário. Digno de nota é o fato de que 66,9% dos participantes desconhecem as implicações das consequências do descarte inadequado de medicamentos.

A *tabela 3* apresenta hábitos de descarte de medicamentos que podem impactar a segurança e o meio ambiente:

Tabela 3. Práticas de descarte de medicamentos. Rio de Janeiro, Niterói, Brasil, 2023

Variáveis	Total (n = 290)
	N (%)
Destino da sobra dos medicamentos	
Jogou ou jogará fora	74 (25,5%)
Guardou ou guardará para futura utilização	129 (44,5%)
Doou ou doará para outras pessoas/entidades	45 (15,5%)
Outros	28 (9,7%)
Não sabe informar	14 (4,8%)
Descarte de medicamentos vencidos ou inadequados para o uso	
Sempre	222 (76,6%)
Repetidamente	13 (4,5%)
Às vezes	14 (4,8%)
Raramente	11 (3,8%)
Nunca	19 (6,6%)
Não sabe informar	11 (3,8%)
Local de descarte de medicamentos	
Lixo doméstico	188 (64,8%)
Esgoto sanitário	36 (12,4%)
Descarta em locais de recolhimento	28 (9,7%)
Outros	16 (5,5%)
Não sabe informar	22 (7,6%)
Conhecimento do local apropriado de descarte de medicamentos	
Sim	43 (14,8%)
Não	234 (80,7%)
Não sabe informar	13 (4,5%)
Conhecimento das possíveis consequências do descarte incorreto	
Sim	84 (29,0%)
Não	194 (66,9%)
Não sabe informar	12 (4,1%)

Fonte: elaboração própria.

Discussão

O estudo domiciliar, conduzido a partir de uma amostra de 290 moradores do município de Niterói, Rio de Janeiro, lança luz às práticas inadequadas de armazenamento e descarte de medicamentos no âmbito domiciliar, o que configura um problema de saúde pública. Os resultados obtidos revelam um cenário em que

uma parcela considerável dos participantes mantém sobras de medicamentos armazenados inadequadamente e realiza o descarte, majoritariamente, no lixo comum ou na rede de esgoto.

O perfil dos participantes foi de maioria autodeclarada branca, em contraposição à proporção da população nacional, que é composta por uma maioria de pretos e pardos²³. Com relação à escolaridade, 34,1% possuem

ensino médio completo, entretanto, 2,4% não apresentam instrução formal. Uma parcela de 34,5% declarou renda familiar mensal de até 1 salário-mínimo, e, ainda, 26,2% dos participantes relataram receber auxílio governamental, pertencendo a um grupo potencialmente vulnerável.

Observou-se, com relação às práticas de armazenamento de medicamentos, que 36,6% dos participantes afirmaram que sempre leem a bula, prática essencial para saber a temperatura adequada de armazenamento, bem como a dosagem, o uso e possíveis efeitos adversos dos medicamentos²⁶. O armazenamento inadequado pode causar a degradação dos medicamentos, tornando-os ineficazes ou até prejudiciais. Para garantir a segurança e a eficácia dos medicamentos, é preciso evitar condições como exposição direta à luz solar, umidade ou temperaturas altas²⁷.

Quanto ao local de armazenamento, a maioria dos entrevistados (42,1%) disse que guarda no quarto, enquanto 36,2% optam pela cozinha, e 7,6% dos participantes informaram que guardam os medicamentos no banheiro, ambientes cujas variações de temperatura e umidade podem prejudicar a estabilidade e, conseqüentemente, a eficácia e a segurança²⁸. Nesse contexto, os achados corroboram a pesquisa conduzida por Gonçalves²⁹, na qual foi observado que 44,59% dos participantes armazenavam medicamentos no quarto, 31,17% na cozinha, 13,85% no banheiro e 5,19% na sala. Ou seja, ambos os estudos destacam a prevalência do armazenamento de medicamentos em locais inapropriados, embora haja variações nas porcentagens encontradas.

Outro ponto a ser debatido é o armazenamento de medicamentos ao alcance de crianças, visto que este é o principal fator relacionado à intoxicação humana no Brasil^{30,31}. Quando questionados se o local de armazenamento dos medicamentos fica ao alcance das crianças, a maioria dos entrevistados (72,4%) garantiu que não. No entanto, cerca de 24% responderam que não implantam essa medida de segurança. A intoxicação não intencional em crianças é

uma das principais causas de atendimentos na emergência pediátrica e tem os medicamentos entre os principais agentes^{32,33}. Portanto, há espaço para melhorias nesse campo, com o objetivo de prevenir acidentes e intoxicações relacionadas a medicamentos.

Os medicamentos acondicionados fora de suas embalagens secundárias também constituem potencial risco para a saúde. A falta de informações pode levar ao mau uso, trocas, confusão com relação à indicação e desvio de qualidade e segurança (reações adversas ou ineficácia terapêutica). Ainda, a rastreabilidade do produto pode ser comprometida, uma vez que a identificação do lote e do fabricante pode ser impossível de ser feita^{3,34}. Aproximadamente 5% dos entrevistados misturam os medicamentos fora da cartela em 'organizadores ou porta-comprimidos', enquanto 70% disseram armazenar medicamentos em suas caixas originais com bula, prática recomendada para manter a identificação e informações importantes.

No que diz respeito à verificação do prazo de validade de medicamentos guardados, antes do uso, uma parcela de 76,9% dos entrevistados sempre realiza essa verificação. Esse achado revela uma proporção ainda maior do que o estudo realizado por Jha³⁵, nas comunidades de Kathmandu, Nepal, em que 59,5% dos participantes disseram sempre verificar o prazo de validade dos medicamentos que mantêm nos domicílios. Entretanto, o mais apropriado para evitar o uso de medicamentos vencidos ou inadequados é realizar o descarte das sobras, o que é feito por 25,5% dos participantes. A reutilização de medicamentos pode ser perigosa e só deve ser feita sob orientação de um profissional de saúde e observando-se a validade e o estado dos medicamentos³⁶.

Destaca-se que quase metade dos participantes (47,6%) nunca recebeu orientações nas farmácias públicas sobre como armazenar os medicamentos em casa. Essa falta de informação representa um limite para o uso racional de medicamentos^{37,38}, bem como para assegurar a efetividade dos tratamentos e a

segurança dos pacientes. Em contraposição a esse contexto, há um crescente aumento do mercado farmacêutico, sem que se observe, na mesma proporção, a implementação de medidas para a devida garantia da informação para o uso seguro de medicamentos. O anuário estatístico do mercado farmacêutico, realizado pela Secretaria-Executiva da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (SCMED), registrou um faturamento de aproximadamente R\$142,43 bilhões desse setor em 2023, um crescimento de 8,53% em relação ao ano anterior. No período, foram comercializadas 5,77 bilhões de embalagens, um aumento de 1,03% em comparação a 2022³⁹.

O consumo exacerbado de medicamentos, por vezes motivado pelo estímulo à automedicação e pela facilitação da compra⁴⁰⁻⁴², amplifica os desafios para a destinação correta dos resíduos. Os achados deste estudo evidenciam a necessidade de ações educativas sobre o armazenamento e o descarte corretos de medicamentos, bem como de programas específicos que promovam o manejo adequado de resíduos medicamentosos e mitiguem os impactos negativos na saúde pública e no meio ambiente⁴³.

A publicidade e a propaganda de medicamentos contribuem para a disseminação de informações^{44,45} e o empoderamento do consumidor nas decisões sobre sua saúde⁴⁶, mas há deficiências na qualidade do conteúdo veiculado⁴⁷. A supervalorização das propriedades dos medicamentos e a minimização dos riscos comprometem a confiabilidade das informações⁴⁷⁻⁴⁹.

Nesse contexto, em 2024, o Superior Tribunal de Justiça (STF) decidiu que a Anvisa tem competência para fiscalizar a propaganda de medicamentos, mas não para impor restrições além da Lei nº 9.294/1996⁵⁰, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos com impactos na saúde. Com isso, invalidou exigências da RDC nº 96/2008⁵¹, como a proibição de algumas estratégias promocionais e a imposição de alertas (como a indicação do efeito de sedação)⁵². Há uma

estreita relação entre a publicidade de medicamentos e a automedicação, o uso inadequado de medicamentos, a medicalização, e o crescente volume de medicamentos, que acabam tendo que ser descartados⁴⁷.

A maioria dos entrevistados (64,8%) relatou descartar medicamentos vencidos no lixo doméstico, além disso, 12,4% relataram descartar os medicamentos no esgoto sanitário. Essas práticas resultam em resíduos de medicamentos no solo, lenções freáticos e nas Estações de Tratamento de Esgoto (ETE). Além do resíduo doméstico, as ETEs recebem os efluentes de hospitais e de áreas agrícolas, favorecendo o aumento da resistência de microrganismos^{9,29,53} aos antimicrobianos. Outras classes de medicamentos também possuem componentes capazes de se acumular no meio ambiente. No Brasil, a Resolução nº 430/2011⁵⁴ define parâmetros para tratamento e lançamento de efluentes, mas não estabelece padrões máximos para micropoluentes, como os fármacos. Por outro lado, os sistemas de tratamento de água não conseguem efetuar a remoção desses resíduos por completo^{43,55-58}, o que pode comprometer a qualidade da água destinada ao abastecimento urbano^{2,29}.

Dos 290 entrevistados, 9,7% afirmaram realizar o descarte em locais designados para recolhimento. Ao analisar a relação entre escolaridade e descarte correto de medicamentos, destaca-se que a maioria dos entrevistados que adota essa prática consciente possui ensino médio completo ou superior incompleto. Nenhum participante com o nível de escolaridade ensino fundamental I e II, ou sem instrução, indicou adotar o descarte adequado. No que diz respeito à renda familiar desses 28 entrevistados que realizam o descarte correto, os dados revelam uma distribuição variada. Contudo, a prática é mais frequente entre aqueles com renda entre 3 a 6 salários-mínimos (n = 13). A falta de informação e a insuficiente divulgação dos impactos ambientais e riscos à saúde pública podem resultar em práticas inadequadas de descarte^{5,57}. Além disso, a quantidade de pontos de recolhimento

de medicamentos ainda é insuficiente em algumas cidades, e, por vezes, os pontos estão localizados longe dos domicílios⁵⁹⁻⁶¹. Desse modo, apesar do Decreto nº 10.388/2020⁶², o estabelecimento da logística reversa com compromisso e protagonismo das farmácias e da indústria farmacêutica ainda é incipiente, o que agrava a questão⁶³.

Da mesma forma, o contexto global também não é positivo, no entanto, é mais crítico em países de baixa e média renda. Um estudo abrangendo 104 países revelou níveis altos de Ingredientes Farmacêuticos Ativos (IFA) em 258 rios, principalmente na África Subsaariana, sul da Ásia e América do Sul. Os compostos frequentemente detectados foram carbamazepina, metformina e cafeína, presentes em mais da metade dos locais da amostra. Em 25,7% dos pontos de coleta, ao menos um IFA ultrapassou os limites estabelecidos para a proteção da biota aquática ou apresentou potencial de indução à resistência antimicrobiana⁶⁴.

Em Kuala Lumpur, na Malásia, foi observado que 90,6% dos 317 participantes de um estudo, que pesquisou práticas de descarte de medicamentos, declararam adotar métodos inadequados⁶⁵. Em Krowor, Gana, foi observada uma situação ainda mais crítica, em que 98% das 400 pessoas entrevistadas informaram descartar medicamentos de maneiras prejudiciais ao meio ambiente⁶⁶, possivelmente, por desconhecimento dos riscos. No presente estudo, as consequências do descarte inadequado de medicamentos são desconhecidas pela maior parte dos participantes. Em estudos realizados no Paquistão e nos Emirados Árabes, o mesmo foi constatado com relação a 80% e 68% dos entrevistados, respectivamente^{67,68}.

Os fármacos podem gerar impactos ambientais mais intensos do que outros contaminantes, pois são formulados para causar efeitos biológicos em concentrações reduzidas. Esses impactos incluem alterações histológicas, comportamentais e fisiológicas nos organismos vivos. Além disso, a transmissão na cadeia alimentar e a bioacumulação representam uma ameaça^{10,29}. Nesse sentido, a tomada

de decisão para estabelecer uma estrutura efetiva de descarte correto de medicamentos, com a expansão da quantidade de locais de recolhimento, é urgente para a efetivação da logística reversa.

Embora tenha sido possível obter um panorama sobre o armazenamento e descarte domiciliar de medicamentos, este estudo possui limitações. Considera-se que a variabilidade na estrutura para o descarte de medicamentos, nas políticas de gestão de resíduos e nas condições socioeconômicas locais, pode influenciar as percepções e os comportamentos dos participantes. Uma limitação deste estudo, realizado em uma cidade do estado do Rio de Janeiro, é que os resultados obtidos podem não ser generalizáveis para outras cidades e regiões do Brasil. Além disso, o tamanho da amostra, embora razoável para um estudo municipal, pode não representar toda a diversidade do município. No entanto, trata-se de um dos poucos estudos conduzidos no Brasil sobre o tema e evidencia um problema relevante na perspectiva da saúde pública.

Conclusões

Foram analisados o armazenamento e o descarte de medicamentos nos domicílios em Niterói (RJ), resultando na compreensão das práticas e dos conhecimentos da população sobre esses temas. O trabalho evidenciou a necessidade de medidas voltadas à melhoria das práticas de manejo de medicamentos.

Observou-se a guarda de medicamentos para uso futuro, o descarte no lixo doméstico e no esgoto sanitário. Além disso, nota-se a falta de orientações sobre armazenamento por parte dos profissionais de saúde, o que compromete a segurança no uso de medicamentos e aponta para a urgência da promoção de estratégias educativas para o uso racional de medicamentos, para práticas de armazenamento e descarte adequadas nos domicílios, visando à proteção da saúde pública e à preservação ambiental.

Considerando o cenário brasileiro, estudos futuros sobre as motivações e barreiras para o descarte correto, bem como a análise da infraestrutura de coleta e descarte de medicamentos em diversos contextos podem ser úteis para aprofundar o conhecimento sobre as práticas de armazenamento e descarte de medicamentos, de modo a subsidiar estratégias para promover melhorias.

Agradecimentos

Aos pesquisadores de campo e aos participantes da pesquisa, assim como ao apoio da Prefeitura Municipal de Niterói, da Fundação Euclides de Cunha (FEC) e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

(Capes) – pela bolsa de doutorado de Castro LF (código de financiamento 001).

Colaboradoras

Castro LF (0000-0003-3326-7089)* e Martins IR (0000-0001-8437-1316)* contribuíram igualmente para concepção do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados, elaboração, revisão e aprovação do manuscrito, e garantia da exatidão e da integridade da pesquisa. Miranda ES (0000-0002-6204-5023)* contribuiu para concepção do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados, elaboração, revisão e aprovação do manuscrito, coordenação do projeto, e garantia da exatidão e integridade da pesquisa. ■

Referências

- Schneider APH, Schulte I. Estoque domiciliar de medicamentos na zona urbana do município de Venâncio Aires – RS. *Cinergis*. 2013;14(4):176-80. DOI: <https://doi.org/10.17058/cinergis.v14i4.4065>
- Barnett-Itzhaki Z, Berman T, Grotto I, et al. Household medical waste disposal policy in Israel. *Isr J Health Policy Res*. 2016;5(1):1-8. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13584-016-0108-1>
- Mastroianni PC, Lucchetta RC, Sarra JR, et al. Estoque doméstico e uso de medicamentos em uma população cadastrada na estratégia saúde da família no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2011 [acesso em 2024 nov 8]; 29(5):358-64. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/9528>
- Cruz MJB, Santos DB, Souza ACS, et al. Estoque doméstico e uso de medicamentos por crianças no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. *Saúde debate*. 2017;41(114):836-47. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711413>
- Constantino VM, Pinto DM, Silva RM, et al. Estoque e descarte de medicamentos no domicílio: uma revisão sistemática. *Ciênc saúde coletiva*. 2020;25(2):585-94. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.10882018>
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). O que devemos saber sobre medicamentos? [Internet]. Brasília, DF: Anvisa; 2010 [acesso em 2024 nov 17]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/medicamentos/>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

publicacoes-sobre-medicamentos/o-que-devemos-saber-sobre-medicamentos.pdf/view

7. Milanez MC, Silva RM, Galato D, et al. Avaliação dos estoques domiciliares de medicamentos em uma cidade do Centro-Sul do Paraná. *Rev Cienc Med Biol.* 2013;12(3):283-89. DOI: <https://doi.org/10.9771/cm-bio.v12i3.8485>
8. Rennó MU, Marques TC, Aguiar PM. As bases da dispensação racional de medicamentos para farmacêuticos. São Paulo: Pharmabooks; 2012. 300 p.
9. Nascimento AKP. Avaliação do armazenamento de medicamentos e promoção de orientações farmacêuticas em residências no município de Santa Cruz/RN [monografia]. Cuité: Universidade Federal de Campina Grande; 2018. 53 p.
10. Ariffin M, Zakili TST. Household pharmaceutical waste disposal in Selangor, Malaysia: policy, public perception, and current practices. *Environ Manage.* 2019;64:509-19. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00267-019-01199-y>
11. Rogowska A, Muszyńska A, Ratajczyk W, et al. Pharmaceutical household waste practices: preliminary findings from a case study in Poland. *Environ Manage.* 2019;64:97-106. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00267-019-01174-7>
12. Fernandes MR, Rocha RS, Silva IR, et al. Prevalência e fatores associados à presença de medicamentos vencidos em estoques caseiros. *Cad Saúde Colet.* 2020;28(3):390-99. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028030535>
13. Kusturica MP, Golocorbin-Kon S, Ostojic T, et al. Consumer willingness to pay for a pharmaceutical disposal program in Serbia: a double hurdle modeling approach. *Waste Manag.* 2020;104:246-53. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.wasman.2020.01.029>
14. Lemes EO, Ricciele MCM, Dias AP, et al. Consequências do descarte incorreto de medicamentos. *Ensaios Cienc Biol Agrar Saúde.* 2021;25(4):432-36. DOI: <https://doi.org/10.17921/1415-6938.2021v25n4p432-436>
15. Pinto GMF, Silva KR, Fátima ABPR, et al. Estudo do descarte residencial de medicamentos vencidos na região de Paulínia (SP), Brasil. *Eng Sanit Ambient.* 2014;19(3):219-24. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-41522014019000000472>
16. Ogunbanwo OM, Akinyemi AA, Ayandele OO, et al. High concentrations of pharmaceuticals in a Nigerian river catchment. *Environ Toxicol Chem.* 2022;41(3):551-58. DOI: <https://doi.org/10.1002/etc.4879>
17. Veiga A, Sousa AC, Sousa C, et al. End-of-life management strategies of pharmaceuticals in Portuguese households. *Waste Manag Res.* 2023;41(1):235-47. DOI: <https://doi.org/10.1177/0734242X221105416>
18. Ministério da Saúde (BR); Organização Pan-Americana da Saúde. Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005. (Série Medicamentos e outros Insumos Essenciais para a Saúde).
19. Bittencourt RA, Ribeiro KS, Lima CS, et al. Avaliação da assistência farmacêutica em um município no Sul do Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 2017;20(2):310-23. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700020011>
20. Alvares J, Gurgel M, Ferraz L, et al. Acesso aos medicamentos pelos usuários da atenção primária no Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública.* 2017;51(2):1-20 DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007139>
21. Couto MS. Utilização de medicamentos no município de Itaguaí – RJ [dissertação]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2018. 94 p.
22. Mengue SS, Silva R, Lima M, et al. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM): métodos do inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública.* 2016;50(2):1-13. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.20160500006156>
23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Cidades e estados. Rio de Janeiro: IBGE; 2022.

24. Harris PA, Taylor R, Thielke R, 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>
25. Ministério da Saúde (BR); Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União, Brasília, DF.* 2013 jun 13; Edição 112; Seção I:59-62.
26. Lopes dos Santos DJ, Almeida R, Oliveira L, et al. A importância da bula para o usuário de medicamentos. *Braz J Surg Clin Res* [Internet]. 2019 [acesso em 2024 set 10];27(1):84-87. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190607_201024.pdf
27. Cararine AD. Estabilidade de medicamentos: fatores interferentes com destaque em material de embalagem [dissertação na Internet]. [Rio de Janeiro]: Instituto de Tecnologia em Fármacos – Farmanguinhos; 2016 [acesso em 2024 nov 22]. 31 p. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/18499>
28. Lachman L, Lieberman HA, Kanig JL. Teoria e prática na indústria farmacêutica. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2001. vol. I.
29. Gonçalves FN. Descarte de medicamentos: análise da compreensão da população do município de Macaé sobre o tema [dissertação na Internet]. Macaé: Instituto de Biodiversidade e Sustentabilidade, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2022 [acesso em 2024 nov 22]. 80 p. Disponível em: https://ppgciac.macaefrj.br/images/Disserta%C3%A7%C3%B5es/FRANCYANE_NOGUEIRA_GONCALVES.pdf
30. Al-worafi Y. Drug safety in developing countries. Academic Press; 2020. Capítulo 12, Storage and disposal of medications; p. 137-142. DOI: <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-819837-7.00012-1>
31. Fundação Oswaldo Cruz (BR), Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas. Dados de intoxicação [Internet]. [Rio de Janeiro]: Fiocruz; 2018 [acesso em 2025 abr 5]. Disponível em: <https://sinitox.icict.fiocruz.br/dados-nacionais>
32. Duarte FG, Vianna NA, Almeida MCC, et al. Óbitos e internações decorrentes de intoxicações por medicamentos com prescrição e isentos de prescrição, no Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2021;55:81. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003551>
33. Presgrave RF, Camacho LAB, Villas Boas MHS. Análise dos dados dos Centros de Controle de Intoxicação do Rio de Janeiro, Brasil, como subsídio às ações de saúde pública. *Cad Saúde Pública.* 2009;25(2):401-08. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000200019>
34. Santis GAS, Boing AC. Mortalidade e internações hospitalares por intoxicações e reações adversas a medicamentos no Brasil: análise de 2000 a 2014. *Cad Saúde Pública.* 2018;34(6):e00100917. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00100917>
35. Jha N, Kafle S, Bhandary S, et al. Assessment of knowledge, attitude, and practice of disposing and storing unused and expired medicines among the communities of Kathmandu, Nepal. *PLoS One.* 2022;17(8):e0272635. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272635>
36. Padilha APA, Garcia DDS, Hart Garcia F, et al. Descarte de medicamentos e automedicação: o uso consciente pode salvar vidas - Ano III. In: *Salão do Conhecimento; 2018; Ijuí (RS).* Rio Grande do Sul: Salão do Conhecimento; 2018. p. 1-10.
37. Destro DR, Vale SA, Brito MJM, et al. Desafios para o cuidado farmacêutico na Atenção Primária à Saúde. *Physis.* 2021;31(3):e310323. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310323>
38. Silva VWPD, Figueira KL, Silva FG, et al. Descarte de medicamentos e os impactos ambientais: uma revisão integrativa da literatura. *Ciênc saúde coletiva.* 2023;28(4):1113-23. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023284.05752022>

39. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR), Secretaria-Executiva da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos [Internet]. Brasília, DF: Anvisa; 2023 [acesso em 2025 abr 5]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/medicamentos/cmed/anuario-estatistico-do-mercado-farmaceutico-2023.pdf>
40. Azevedo JB, Almeida RP, Guimarães TA. O marketing farmacêutico e sua influência no consumo de medicamentos: Uma revisão integrativa da literatura. *Brazil J Health Pharm* [Internet]. 2019 [acesso em 2025 mar 22];1(4):46-55. Disponível em: <https://bjhp.crfmg.org.br/crfmg/article/view/65>
41. Pires SIV. E-Commerce e pandemia: comportamento de compra online antes e durante a pandemia Covid-19 [dissertação]. [Lisboa]: Nova Information Management School, Instituto Superior de Estatística e Gestão de Informação, Universidade Nova de Lisboa; 2021. 107 p.
42. Oliveira E, Banaszkeski CL. A logística reversa no descarte de medicamentos. *Rev Saúde e Desen – Uninter* [Internet]. 2021 [acesso em 2025 mar 13];10(18):21-37. Disponível em: <https://cadernosuninter.com/index.php/saude-e-desenvolvimento/article/view/1068>
43. Huerta-Fontela M, Galceran MT, Ventura F. Occurrence and removal of pharmaceuticals and hormones through drinking water treatment. *Water Res*. 2011;45(3):1432-42. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.watres.2010.10.036>
44. Pereira Lima SG, Fernandes Guimarães KM, Gerhardt PC, et al. A utilização de redes sociais digitais na área da saúde: uma revisão sistemática. *SaudPesq* [Internet]. 2015 [acesso em 2025 abr 3];8:93-101. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/3775>
45. Tan ASL. Potential spillover educational effects of cancer-related direct-to-consumer advertising on cancer patients' increased information seeking behaviors: results from a cohort study. *J Cancer Educ*. 2014;29(2):258-65. DOI: <https://doi.org/10.1007/s13187-013-0588-4>
46. Schwartzberg E, Barnett-Itzhaki Z, Grotto I, et al. Strategies for patient empowerment through the promotion of medicines in Israel: regulatory framework for the pharmaceutical industry. *Isr J Health Policy Res*. 2017;6:50. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13584-017-0175-y>
47. Silva JFDC, Silva PS, Bokehi JR, et al. Análise da propaganda de medicamentos isentos de prescrição em TV aberta. *RDISAN*. 2021;21:e-0006. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.rdisan.2021.162988>
48. Faerber AE, Kreling DH. Content analysis of false and misleading claims in television advertising for prescription and nonprescription drugs. *J Gen Intern Med*. 2014;29(1):110-18. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11606-013-2604-0>
49. Korenstein D, Keyhani S, Mendelson A, et al. Adherence of pharmaceutical advertisements in medical journals to FDA guidelines and content for safe prescribing. *PLoS One*. 2011;6(8):e23336. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0023336>
50. Presidência da República (BR). Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996. Dispõe sobre as restrições à propaganda comercial de produtos fumígenos, bebidas alcoólicas, medicamentos e terapias. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 1996 jul 16; Seção I:7.
51. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução RDC nº 96, de 30 de abril de 2008. Dispõe sobre a propaganda, publicidade, informação e outras práticas de promoção comercial de medicamentos. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2008 abr 30; Seção I:20.
52. Superior Tribunal de Justiça (BR). Para Primeira Turma, Anvisa extrapolou sua competência ao criar regras sobre propaganda de remédios [Internet]. Brasília, DF: STJ; 2024 ago 26 [acesso em 2025 abr 3]. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/sites/porta/p/Paginas/Comunicacao/Noticias/2024/26082024-Para-Primeira-Turma--Anvisa-extrapolou-sua-competencia-ao-criar-regras-sobre-propaganda-de-remedios.aspx>
53. Mzimkhulu E, Oguegbulu JC, Adogo L, et al. Pharmaceutical pollution: Azole antifungal drugs and

- resistance of opportunistic pathogenic yeasts in wastewater and environmental water. *Applied Environ Soil Sci.* 2021;1:9985398. DOI: <https://doi.org/10.1155/2021/9985398>
54. Conselho Nacional do Meio Ambiente (BR). Resolução CONAMA nº 430, de 13 de maio de 2011. Dispõe sobre as condições e padrões de lançamento de efluentes. *Diário Oficial da União, Brasília, DF.* 2011 maio 16; Seção I:89.
 55. Baker DR, Kasprzyk-Hordern B. Spatial and temporal occurrence of pharmaceuticals and illicit drugs in the aqueous environment and during wastewater treatment: new developments. *Sci Total Environ.* 2013;454:442-56. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2013.03.043>
 56. Silva IM. Gestão de resíduos sólidos urbanos [Internet]. In: Almeida IMS, Silva KA, El-Deir SG, organizadores. *Resíduos sólidos: gestão e tecnologia.* Recife: EDUFRPE; Gampe/UFRPE; 2020 [acesso em 2025 mar 22]. p. 150-172. Disponível em: www.eper-sol.online
 57. Faiolla FP, Ribeiro AA, Brener CES, et al. Atividades educativas sobre armazenamento e descarte correto de medicamentos: relato de experiência com público infantil. *Saúde debate.* 2019;43(120):276-86. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912021>
 58. Barbosa FP. Análise da implementação da logística reversa na indústria farmacêutica no Brasil [monografia]. Guaratinguetá: Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Engenharia de Guaratinguetá; 2022. 38 p.
 59. Castro LF. Assistência farmacêutica no município de Niterói: do acesso ao descarte de medicamentos [dissertação]. Niterói: Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas a Produtos para a Saúde, Faculdade de Farmácia, Universidade Federal Fluminense; 2024. 112 p.
 60. Costa VCA, Galo NR. Logística reversa de medicamentos na cidade de Goiânia: um estudo sobre o descarte de resíduos farmacêuticos. *R Eletr de Eng de Produção e Correlatas.* 2023;22(2):2859-85. DOI: <https://doi.org/10.14488/1676-1901.v22i2.4738>
 61. Priebe A, Souza MF, Boeira LS, et al. Avaliação da disponibilidade de locais de descarte de medicamentos vencidos e/ou em desuso no município de Pelotas-RS. *Rev Thema.* 2024;23(3):752-61. DOI: <https://doi.org/10.15536/thema.V23.2024.752-761.3918>
 62. Presidência da República (BR). Decreto nº 10.388, de 5 de junho de 2020. Regulamenta o § 1º do caput do art. 33 da Lei nº 12.305, de 2 de agosto de 2010, e institui o sistema de logística reversa de medicamentos domiciliares vencidos ou em desuso, de uso humano, industrializados e manipulados, e de suas embalagens após o descarte pelos consumidores. *Diário Oficial da União, Brasília, DF.* 2020 jun 5; Seção I – Extra:1.
 63. Brito VS, Moreira OJ, Reis MF, et al. Logística reversa como oportunidade de redução de custos no gerenciamento de resíduos: um estudo de caso na indústria farmacêutica. *Braz J Develop.* 2019;5(7):10492-515. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv5n7-197>
 64. Wilkinson JL, Boxall AB, Kolpin DW, et al. Pharmaceutical pollution of the world's rivers. *Proc Natl Acad Sci.* 2022;119(8):2113947119. DOI: <https://doi.org/10.1073/pnas.2113947119>
 65. Rashid SA, Zaid WSW, Azizi H. Disposal practice of unused or expired pharmaceutical products among public in Setapak, Kuala Lumpur. *J Pharm Negat Results.* 2022;13(7):139-45. DOI: <https://doi.org/0.47750/pnr.2022.13.S07.021>
 66. Esseku YY, Mante PK, Doodoo ANO, et al. Drug disposal and ecopharmacovigilance practices in the Krowor Municipality, Ghana. *J Toxicology.* 2022;(1):7674701. DOI: <https://doi.org/10.1155/2022/7674701>
 67. Shah S, Abbas G, Hanif M, et al. Disposal practices of expired and unused medications among households in Punjab, Pakistan. *Curr Drug Saf.* 2023;18(2):196-201. DOI: <https://doi.org/10.2174/1574886317666220513102654>

68. Isam MW, Shehhi KA, Gacem SA. Assessment of the consumers' attitude towards leftover and expired medications at homes. *Res J Pharm Technol.* 2019;12(11):5182-88. DOI: <https://doi.org/10.5958/0974-360X.2019.00897.7>

Recebido em 30/12/2024

Aprovado em 18/04/2025

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: o projeto que deu origem a este artigo foi financiado pela Prefeitura de Niterói (Secretaria de Saúde) por meio do Programa de Desenvolvimento de Projetos Aplicados (PDPA)

Editora responsável: Jamilli Silva Santos

A lógica remuneratória da Atenção Ambulatorial Especializada como fator indutor do modelo de cuidado

The remuneration logic of Specialized Outpatient Care leading to the fragmentation of care

Elaine Maria Giannotti¹, Luis Fernando Nogueira Tofani¹, Mariana Alves Melo², Cristian Fabiano Guimarães¹, Rosemarie Andrezza¹, Arthur Chioro¹

DOI: 10.1590/2358-289820251469863P

RESUMO O artigo traz reflexões sobre as influências da forma de remuneração da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) do Sistema Único de Saúde (SUS) no modelo de atenção à saúde e apresenta algumas estratégias adotadas para o enfrentamento da fragmentação do cuidado. Trata-se de um estudo de caráter qualitativo que se utiliza do material empírico produzido a partir de duas pesquisas realizadas em Secretarias Municipais de Saúde e na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Os achados apontam que a lógica remuneratória da AAE, baseada no pagamento por procedimento, induz à fragmentação do cuidado e não parte das necessidades dos usuários. Indica, ainda, que o modelo dos contratos de gestão também pode ser fragmentador do cuidado, especialmente quando avalia apenas a eficiência do prestador contratado, e não o cuidado ofertado. Ao mesmo tempo, as experiências analisadas demonstram a organização de dispositivos regulatórios para um cuidado em rede. Conclui-se que é necessário pensar modelos de remuneração que induzam ao uso de tecnologias leves e relacionais, cuja avaliação de desempenho seja coerente com os princípios e diretrizes do SUS.

PALAVRAS-CHAVE Administração de serviços de saúde. Atenção secundária à saúde. Regulação e fiscalização em saúde. Assistência integral à saúde. Financiamento dos sistemas de saúde.

ABSTRACT *The article reflects on the influences of the form of remuneration for the Specialized Outpatient Care (AAE) in the Unified Health System (SUS) on the health care model and presents some strategies adopted to address the fragmentation of care. It is a qualitative study that uses empirical material produced from two surveys carried out in Municipal Health Departments and the State Health Department of the State of São Paulo. The results indicate that the remuneration logic of AAE, based on payment per procedure, leads to the fragmentation of care and the starting point is not the user's needs. It also indicates that the management contract model can also fragment care, especially when it only evaluates the efficiency of the contracted provider and not the care offered. At the same time, the experiences analyzed demonstrate the organization of regulatory devices for networked care. It is concluded that it is necessary to consider remuneration models that encourage the use of light and relational technologies, whose performance assessment is consistent with the principles and guidelines of the SUS.*

KEYWORDS *Health services administration. Secondary care. Health care coordination and monitoring. Comprehensive health care. Health system financing.*

¹ Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) – São Paulo (SP), Brasil.
emgiannotti@gmail.com

² Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil.



Introdução

Garantir acesso às ações e aos serviços de saúde, com equidade e integralidade no cuidado, tem sido um desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS) desde a sua criação^{1,2}. Uma das explicações para essa dificuldade advém da insuficiência histórica de financiamento e dos modelos de remuneração utilizados para pagamento de serviços ambulatoriais especializados³.

Sendo um sistema contra hegemônico, haja vista que nasce em tempos da Grande Virada Neoliberal⁴, o SUS enfrentou, durante todo o seu processo de implementação, restrições orçamentárias advindas da adoção de políticas econômicas austeras que reduziram os gastos públicos e subsidiaram o setor privado. De tal maneira, o SUS é marcado historicamente por um subfinanciamento crônico, com período crítico recente de desfinanciamento^{5,6}. Além disso, desde 2015, com a promulgação da Emenda Constitucional nº 86⁷, emendas parlamentares passaram a consumir o piso federal do SUS em volumes crescentes, comprometendo o processo de planejamento a partir de necessidades de saúde, e sem a devida legitimação das instâncias de pactuação interfederativa e de participação popular.

Assim, os gestores do SUS convivem com enorme pressão de demanda por serviços de média complexidade ambulatorial, que se apresentam permeados por relações de competição e conflitos entre os setores governamental e privado⁸. Para Tesser e Poli Neto³, a hegemonia neoliberal contribuiu para a construção de um cenário onde os cuidados especializados ambulatoriais permaneceram sob controle, em sua maior parte, da iniciativa privada. Segundo eles, a “organização da atenção especializada no SUS seria muito competitiva ou mesmo avassaladora para o mercado da saúde”³⁽⁹⁴³⁾, de tal forma que o ‘vazio de diretrizes’ para Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) é indicativo de conflitos de interesses entre poderes políticos e econômicos antagônicos.

A Atenção Primária à Saúde (APS) vem se fortalecendo como porta de entrada para os

agravos crônicos e tem se consolidado como a principal forma de acesso às especialidades. Para Starfield⁹, a possibilidade de um primeiro contato com profissionais da APS antes de um especialista está associada diretamente à redução da utilização de outros serviços especializados e às consultas em salas de emergência. No entanto, a APS ainda encontra dificuldades para realizar a continuidade do cuidado quando se identifica a necessidade de encaminhamentos para AAE.

As portas de urgência do SUS também se consolidaram na última década como importantes pontos de atenção da Rede de Urgência e Emergência, mas parte significativa de sua demanda decorre da agudização de agravos que poderiam ser acompanhados pela APS ou pelo cuidado compartilhado entre os níveis de atenção¹⁰. Para Giannotti¹¹, quando há deficiências na acessibilidade, o sistema se subverte, sobrecarregando as portas de urgências ou gerando grandes filas de espera para os procedimentos eletivos.

Nesse cenário, coube a estados e municípios a responsabilidade por grande parte do financiamento da AAE e pela adoção de estratégias para ofertar ou contratar serviços e promover sua integração em rede¹. Em 2024, o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE)¹² visando a ampliar o acesso aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos da AAE de forma integrada com a APS, a partir do fomento de um novo modelo de remuneração por pacotes de serviços chamado Oferta de Cuidados Integrados.

O presente estudo tem como objetivo produzir reflexões sobre as influências da forma de remuneração da AAE vigente no SUS no modelo de atenção à saúde e identificar estratégias formuladas por gestões municipais para o enfrentamento da fragmentação do cuidado.

Material e métodos

O estudo de caráter qualitativo foi desenvolvido a partir de duas pesquisas, desenvolvidas

em três cenários. A pesquisa 1 partiu de um estudo de casos múltiplos, em um dos 27 territórios do município de São Paulo, chamado de Supervisão Técnica de Saúde (cenário A), e em um município de pequeno porte (cenário B), também localizado na Região Metropolitana da Grande São Paulo, definidos previamente por seus distintos portes populacionais. A pesquisa 2 toma como estudo de caso o estado de São Paulo (cenário C), e foi desenvolvida no âmbito do Projeto de Apoio à Formulação e Implementação da Política Nacional de Atenção Especializada no SUS, do Termo de Execução Descentralizada nº 08/2023, celebrado entre o MS e a Universidade Federal de São Paulo (Unifesp)¹³.

Para a consecução do estudo, foi realizada análise retrospectiva dos modelos de remuneração dos serviços da AAE e das estratégias e instrumentos utilizados para favorecer o acesso e o cuidado integral.

A pesquisa 1 baseou-se na análise de documentos produzidos pelos atores dos cenários A e B e em dados primários obtidos por meio de 10 entrevistas semiestruturadas e quatro Grupos Focais, realizados entre março e outubro de 2022. As entrevistas semiestruturadas partiram de um roteiro para identificar de forma abrangente as questões abordadas no campo, a partir das hipóteses decorrentes do objeto de investigação, sem cerceamento da fala dos entrevistados. A técnica de grupos focais foi escolhida por se destinar ao estudo de representações e relações de diferentes grupos de profissionais e seus processos de trabalho¹⁴.

As entrevistas com gestores e profissionais e os grupos focais foram realizados presencialmente ou à distância, por meio do Google Meet, conforme a conveniência de cada entrevistado, com duração entre 60 minutos e 90 minutos.

Também foram entrevistados quatro usuários indicados pelas respectivas gestões municipais, por frequentarem com regularidade os serviços dos municípios citados. A partir das experiências trazidas, buscou-se compreender os processos de adoecimento e as impressões sobre o acesso e o cuidado ofertado. Com a coleta dos depoimentos desses informantes-chave, foi possível conhecer a relação desses usuários com os serviços de saúde e suas impressões sobre eles, utilizando a abordagem metodológica de Mapas do Cuidado¹⁵ para analisar os circuitos alternativos de cuidado produzidos para conseguir o acesso que consideravam necessário, a partir de configurações diferentes do preconizado pela regulação formal, incluindo a combinação de serviços públicos e privados¹⁶.

A pesquisa 2 baseou-se na análise de documentos, normativas e materiais coletados de sítios eletrônicos elaborados pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) e nos materiais de transcrição de entrevistas e seminários realizados entre outubro de 2023 e maio de 2024, no âmbito do Projeto acima citado.

O *quadro 1* apresenta a caracterização dos entrevistados nos Cenários A, B e C nas Pesquisas 1 e 2.

Quadro 1. Qualificação dos atores entrevistados e forma de coleta das informações

Cenário	Qualificação dos entrevistados	Coleta das informações
Pesquisa 1 cenário A	Gerente substituto da central de regulação da Coordenadoria Regional	Entrevista 1
	Gestor da Organização Social (responsável pela gestão dos serviços do território)	Entrevista 2
	Assistente do Gestor da Organização Social	Entrevista 2
	Responsável pelo agendamento da Unidade Básica de Saúde	Grupo Focal 1
	Gerente	Grupo Focal 1

Quadro 1. Qualificação dos atores entrevistados e forma de coleta das informações

Cenário	Qualificação dos entrevistados	Coleta das informações
Pesquisa 1 cenário A	Enfermeira responsável técnica	Grupo Focal 1
	Educador físico do Núcleo de Apoio à Saúde da Família	Grupo Focal 1
	Médico da família	Entrevista 3
	Gerente do Hospital Dia/Ambulatório de Especialidade	Grupo Focal 2
	Médico interlocutor de rede da Rede de Urgência	Grupo Focal 2
	Médico 1 interlocutor de rede do Hospital Dia	Grupo Focal 2
	Médico 2 interlocutor de rede do Hospital Dia	Grupo Focal 2
	Médica interlocutora de rede de uma Unidade Básica de Saúde e Ambulatório Médico Especializado integrado	Grupo Focal 2
	Médica interlocutora de rede da Unidade de Pronto Atendimento 1 do território	Grupo Focal 2
	Enfermeira interlocutora de rede da Organização Social	Grupo Focal 2
	Médica interlocutora de rede de uma Unidade Básica de Saúde integrada do território	Grupo Focal 2
	Médica interlocutora de rede da Unidade de Pronto Atendimento 2 do território	Grupo Focal 2
	Usuário 1 - Sol - aposentado, conselheiro local da Unidade Básica de Saúde, casado, dois filhos adultos, uma nora e um neto morando juntos	Entrevista 4
Usuária 2 - Lua - dona de casa, casada, com duas filhas, de 20 e 21 anos, morando juntas	Entrevista 5	
Pesquisa 1 cenário B	Gestora Municipal de Saúde	Entrevista 6
	Coordenadora da Central de Regulação Municipal	Entrevista 7
	Médico Regulador	Entrevista 8
	Gerente	Grupo Focal 3
	Pediatra	Grupo Focal 3
	Responsável pelo agendamento	Grupo Focal 3
	Enfermeira	Grupo Focal 3
	Gerente	Grupo Focal 4
	Cardiologista	Grupo Focal 4
	Responsável pelo atendimento da recepção	Grupo Focal 4
	Usuária 3 - Estrela - Dona de casa, casada, com dois filhos, de 7 e 13 anos	Entrevista 9
Usuária 4 - Trabalha como vendedora, solteira, mora sozinha	Entrevista 10	
Técnicos e gestores da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo	Transcrição do Seminário de restituição da pesquisa	
Representante da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo	Utilização do material de transcrição de entrevista da pesquisa 2	
Pesquisa 2 cenário C	Apoiadores do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo	Utilização do material de transcrição de roda de conversa da pesquisa 2
	Gestor e assessores de um município	Utilização do material de transcrição de seminário de restituição da pesquisa

Fonte: elaboração própria.

O Projeto da pesquisa 1 foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unifesp (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética – CAAE 40913920.7.0000.5505 e Parecer nº 5.052.186) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (CAAE 40913920.7.3001.0086 e Parecer nº 5.084.807). O Projeto da pesquisa 2 foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unifesp (CAAE 74672723.6.0000.5505 e Parecer nº 7.022.888). Ambos seguiram as diretrizes e normas estabelecidas pela Resolução CNS nº 466/2012¹⁷ para pesquisas que envolvem seres humanos.

Todos os entrevistados e participantes dos Grupos Focais e do Seminário assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e os conteúdos das entrevistas foram gravados, com anuência dos entrevistados, transcritos e analisados para o processamento do material empírico.

Resultados e discussão

Na rede de serviços do cenário A, foram identificados: um estabelecimento de saúde sob administração direta municipal e 39 equipamentos municipais gerenciados por uma Organização Social de Saúde (OSS), além de dois hospitais e dois serviços ambulatoriais sob gestão estadual, sendo a rede privada complementar praticamente inexistente no território. No cenário B, foram identificados quatro serviços ambulatoriais de administração direta, um hospital filantrópico sob gestão municipal e um ambulatório de especialidades municipal gerenciado por uma OSS.

Nos cenários A e B, foram identificados instrumentos e estratégias para articulação da APS com a AAE, com vistas a promover a integralidade no cuidado e favorecer um acesso oportuno, descritos no *quadro 2*.

Quadro 2. Instrumentos utilizados e seu funcionamento nos cenários pesquisados para integração entre APS e AAE

Cenário	Instrumento utilizado	Funcionamento
A	Protocolo de Acesso e Cuidado às Pessoas com Dor Crônica Osteomuscular	Elaborado pelos profissionais do Núcleo de Articulação com a Rede da OSS para uso da APS no manejo farmacológico e não farmacológico do paciente com dor crônica osteomuscular. É utilizado, também, para oferecer possibilidades terapêuticas aos pacientes que aguardam consulta com ortopedista em filas de espera.
	Protocolo da Linha de Cuidado das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) na Atenção Primária à Saúde	Elaborado pelos profissionais do Núcleo de Articulação com a Rede da OSS para uso da APS no manejo de pacientes com hipertensão arterial, diabetes mellitus e dislipidemia. Também utilizado nos processos de desospitalização de pacientes com esses agravos nos Encontros da Emad com a UBS para alta segura e condução ambulatorial do caso de forma compartilhada.
	Protocolo de Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde	Elaborado pelos profissionais do Núcleo de Matriciamento da OSS para uso da APS, na discussão de casos, elaboração de Projetos terapêuticos singulares e definição de fluxos assistenciais. Realizado com a UBS e o Caps.
	Protocolos de Regulação do Acesso à Atenção Especializada	Elaborados pela SMS para orientar os encaminhamentos da APS para os ambulatórios de especialidades.
B	Manual para utilização do Sistema para inclusão dos protocolos para especialidades e atendimento presencial	Elaborados pela SMS para orientar os encaminhamentos da APS para o ambulatório de especialidades com os exames necessários para passar na avaliação na especialidade, de acordo com o CID.
	Manual para utilização do sistema para realização de telematriciamento	Elaborados pela SMS para colaborar na conduta do médico da UBS e orientar nos casos de Telematriciamento com o especialista.

Quadro 2. Instrumentos utilizados e seu funcionamento nos cenários pesquisados para integração entre APS e AAE

Cenário	Instrumento utilizado	Funcionamento
B	Protocolo de Acesso para especialidades	Elaborados pela SMS para orientar sobre os cuidados ofertados pelos médicos das UBS e sobre o que pode gerar solicitação de telematriciamento com o especialista.
	Protocolo de classificação de risco	Elaborado pela SMS e utilizado pelos médicos das UBS para classificar o risco dos casos a serem encaminhados para o especialista e analisados pela central de regulação: 1. Agendamento em até 20 dias; 2. Agendamento em até 60 dias; 3. Sem prazo definido.

Fonte: elaboração própria.

No cenário C, foi identificada uma rede de serviços de gestão estadual bastante robusta, com dezenas de estabelecimentos filantrópicos conveniados, hospitais próprios estaduais, sendo praticamente metade gerenciada por diversas OSS, além de extensa rede de Ambulatórios Médicos de Especialidades (AME), também gerenciados por múltiplas OSS.

A lógica remuneratória da AAE como fator indutor do modelo de cuidado

A forma de remuneração da AAE adotada no SUS é fortemente influenciada pelo modelo em vigor desde a década de 1970, que, inicialmente, destinava-se ao pagamento dos prestadores de serviços contratados pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps)¹⁸, e que se mantém, ainda hoje, como base para composição dos tetos financeiros de média e alta complexidade, transferidos pelo MS para estados e municípios. Esse modelo, baseado no pagamento por procedimentos executados, tem exercido grande influência na maneira como estados e municípios remuneram os prestadores de serviços da rede complementar, com e sem fins lucrativos, mas também Consórcios e OSS que assumem a gestão de serviços públicos.

A primeira Tabela de Honorários Médicos, Odontológicos e de Serviços Hospitalares foi estabelecida pelo Ministério da Previdência e Assistência Social em 1975, e se tornou a referência para efetuar o pagamento aos

prestadores de serviços¹⁹. Com a criação do SUS, esse modelo de financiamento se manteve, e o Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPA-C) é utilizado para registro da produção e geração do faturamento da AAE²⁰. Em 1996, foi instituída a Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade (Apac), o primeiro instrumento de registro ambulatorial a individualizar informações do usuário¹⁹. No entanto, seu propósito foi, fundamentalmente, o de aprimorar mecanismos de controle de procedimentos de alto custo. Não teve por objetivo identificar o usuário e permitir o conhecimento dos fluxos e itinerários da população com vistas à diminuição da fragmentação do cuidado.

Em 2008, quando foi instituída a Tabela Unificada de Procedimentos do SUS²¹, foi criado o Boletim Ambulatorial Individualizado (BPA-I)²⁰, que passou a permitir a identificação do usuário. Atualmente, o sistema permite que a maioria dos procedimentos possa ser registrada pelo BPA-I, mas seu uso não é obrigatório para grande parte dos procedimentos, que, assim, permanecem sem a identificação do paciente¹⁹.

Esses instrumentos de registro surgiram com o objetivo principal de orientar o pagamento da AAE, e, embora tenham se qualificado ao longo do tempo, continuam induzindo à produção do cuidado de forma fragmentada, a partir da escolha de procedimentos mais vantajosos para os prestadores. Esse modelo reforça a lógica gerencialista pautada pelo cumprimento de metas quantitativas, sem

valorização da qualidade do atendimento prestado, além de produzir solicitações desnecessárias, duplicidade de exames e excesso de procedimentos de maior valor em detrimento daqueles de menor valor²².

O Decreto Presidencial nº 7.508/2011²³, que reforçou a necessidade de organização de Redes de Atenção à Saúde, foi uma importante tentativa de regulamentar um modelo de atenção baseado numa rede horizontal e interligada de serviços²⁴. Apesar dos esforços e da instituição de alguns incentivos de orçamentação global para remunerar os serviços das chamadas ‘redes temáticas’, não foi capaz de romper com a lógica procedimental da AAE.

Nos cenários pesquisados, havia uma reprodução do modelo federal de financiamento da atenção especializada na forma de remuneração dos serviços contratados de modo complementar ao SUS. Em janeiro de 2024, a SES-SP instituiu o Programa Tabela SUS Paulista²⁵, com o objetivo de aumentar o atendimento na rede pública de saúde e reduzir as filas, por meio do complemento do valor que os hospitais recebem do MS pela produção de procedimentos. Esse programa substituiu antigos convênios, que se destinavam a oferecer subsídios financeiros ao setor filantrópico, buscando seu equilíbrio orçamentário. Com o novo programa, todavia, observou-se um reforço ainda maior da lógica procedimental e fragmentadora do cuidado já identificada no financiamento federal da AAE, sem nenhum estímulo à integração dos serviços em rede ou à organização de linhas de cuidado. Relatos de técnicos da SES-SP, obtidos na pesquisa 2, indicam que a tabela SUS Paulista é uma maneira de atender a uma demanda de necessidades de financiamento adicional apresentada, principalmente, pelas instituições filantrópicas.

Antes, os pleitos eram atendidos no varejo, de acordo com as demandas que chegavam. Teve início o pró-Santa Casa, Santa Casa Sustentável e depois o Mais Santas Casas, e agora a tabela SUS Paulista. Ou seja, sempre houve essa preocupação com financiamento dos filantrópicos. (Técnico da SES-SP).

Os relatos e materiais produzidos pela SES-SP sobre esse programa deixam claro que o objetivo maior foi o de remunerar melhor o setor filantrópico, responsável por grande parte dos atendimentos, sobretudo no interior do estado de São Paulo. A metodologia de cálculo dos diferentes percentuais de complementação para cada procedimento eleito não é conhecida, uma vez que não consta das normativas estaduais nem foram apresentadas e discutidas nos fóruns de pactuação intergestores ou no Conselho Estadual de Saúde. Portanto, pode-se inferir que a escolha dos procedimentos e o percentual de complementação guardam relação com os interesses de mercado.

Enquanto a tabela de procedimentos tem sido a base para o pagamento do setor privado, complementar ao SUS, a remuneração dos serviços de administração direta e indireta tem sido pautada pela ideia do ‘público não estatal’, com a produção de modelos de gestão que propiciem maior flexibilização administrativa para contratação de pessoas e aquisição de insumos, executada fundamentalmente por meio de contratos de gestão com OSS²⁶.

Nos serviços próprios do cenário C, o modelo de parceria com OSS foi a alternativa utilizada pela SES-SP para obtenção de “maior qualidade e produtividade”²⁷. A SES-SP advoga que esse modelo de gestão se baseia na contratação, avaliação e no controle de serviços de saúde, e que o projeto assistencial é elaborado a partir da definição do perfil assistencial de cada equipamento, com base no alcance de metas pré-definidas, aferidas por meio de indicadores de qualidade, produtividade e avaliação econômico-financeira²⁷.

Essa política teve início com a Reforma Gerencial do Estado de 1998²⁸, que possibilitou a criação de Organizações Sociais, destinadas a gerenciar serviços do setor público não estatal, financiados pelo estado. Esse modelo teve significativo crescimento nas últimas décadas no Brasil²⁹, sendo adotado, também, por muitos municípios. As ferramentas de gestão utilizadas no gerencialismo são a contratualização

de resultados, parcerias público-privadas e remunerações por avaliações de desempenho, que vêm se constituindo como um dos pilares das reformas em curso em diversos países nas últimas duas ou três décadas³⁰.

O princípio da integralidade da assistência, previsto pelo SUS, foi atravessado por influências do modelo neoliberal e gerencialista, que priorizou uma rede majoritariamente privada, definindo um padrão de relação mercantil na conformação de sua assistência^{11,18} e que compromete a integralidade do cuidado. Campos³¹⁽²³³⁸⁾ denomina “racionalidade gerencial hegemônica” as várias teorias e métodos que buscam regular o trabalho humano, por meio da centralização normativa e executiva, de forma a reduzir o espaço de reflexão e autonomia nas decisões. O subfinanciamento, acompanhado da preponderância do setor privado, tem sido um dos limites para o SUS se efetivar como um sistema de fato universal, integral e igualitário³².

Na opinião de entrevistados do cenário C, o controle do alcance das metas realizado pela SES-SP seria bastante rígido, mas incapaz de induzir a articulação entre a APS e os AME. Foram identificadas experiências pontuais de matriciamento de alguns AME com Unidade Básica de Saúde (UBS) para qualificar os referenciamentos e diminuir os encaminhamentos inadequados. Segundo os entrevistados, a maior motivação desses matriciamentos seria propiciar o alcance das metas, reduzindo as perdas primárias. Nesse contexto, foram referidas situações em que o paciente permanece no AME, porque o especialista não consegue devolver o usuário à APS para a continuidade do cuidado, ou situações em que o paciente recebe uma alta sem a devida orientação para a condução do caso pela APS.

Também foram identificados relatos de problemas relacionados ao acesso decorrente da redução da oferta desses serviços especializados, em virtude do modelo de contrato firmado entre a SES-SP e a OSS.

A forma como o contrato é organizado, pelas saídas no atendimento, quando chega na meta dentro do mês, o hospital praticamente para. Os procedimentos executados pelo hospital são de baixa complexidade, e os pacientes que têm um problema de maior complexidade acabam ficando na fila. É uma fila gerada pelo próprio AME que é vinculado ao hospital. A alegação deles é que não há recurso para executar, para dar vazão a essa demanda. Nós temos que encontrar dentro do Estado uma solução para este problema. Contratos não podem continuar sendo feitos desta forma com base nas saídas. Fica muito cômodo para o gestor da OSS. (Técnico da regional).

Outro problema apontado pelos entrevistados são as perdas primárias, que, segundo uma técnica de uma regional de saúde, ocorrem porque grande parte dos municípios realiza os agendamentos por profissionais de nível médio, que têm dificuldades no uso do sistema e falta de conhecimento técnico. Já os representantes das gestões municipais alegam que a oferta não é programada conforme a necessidade do território.

O distanciamento entre os gestores e profissionais dos municípios com as equipes dos serviços de gestão estadual foi destacado nas entrevistas em várias ocasiões. Uma representante da gestão estadual afirmou que “a SES é uma boa gerente de OSS, mas não consegue olhar para o sistema de maneira ampliada, e acaba fragmentando o cuidado”.

A partir dos relatos, verifica-se que a assumpção de diferentes expressões do gerencialismo, inclusive no que se refere aos modelos de remuneração dos serviços ou de alocação orçamentária das diferentes políticas, compromete a consecução dos princípios do SUS, através de um fenômeno de transmutação de suas bases fundantes, que o dirige a um SUS Operacional³³.

Na pesquisa 1, observam-se formas distintas de monitorar os contratos com as OSS. No cenário A, a maior parte dos serviços era gerenciada por OSS, que tinha uma apropriação e conhecimento do território. Lá, observou-se

grande autonomia da OSS para implantar políticas, criar fluxos assistenciais, dispositivos regulatórios e adotar sistemas informatizados próprios, enquanto a gestão municipal se apresentava mais afastada do território e dos serviços. Chama a atenção a frágil integração da OSS com a gestão municipal, ao implantar dispositivos visando a propiciar um cuidado integral.

A maioria das unidades são administradas por OSS. Nosso contato é sempre com a OSS. Só algumas orientações gerais que a gente passa direto para as unidades. (Gerente substituto da central de regulação da Coordenadoria Regional).

Os contratos e suas respectivas metas eram definidos e monitorados centralizadamente pela gestão municipal. Aparentemente, a depender da OSS contratada, as estratégias para favorecer o acesso e propiciar um cuidado integral podiam se apresentar em diferentes formatos, desde que a meta preestabelecida fosse cumprida, o que na OSS estudada não pareceu ser tarefa difícil.

Meta é lenda urbana. A gente faz com o pé nas costas, devia ser o dobro. A gente bate meta aqui... a enfermagem faz o dobro aqui, desde o começo, e não é porque a gente é melhor, porque faz, né? Naturalmente... você abriu a porta, você vai bater meta. (Gestor da OSS).

No cenário B, apenas o ambulatório de especialidades era gerenciado pela OSS. As ações e estratégias de gestão, como criação de fluxos assistenciais, implantação de dispositivos regulatórios e uso de sistemas informatizados, eram definidas e monitoradas pela gestão municipal, onde foi observada uma estreita relação da gestão e da regulação municipal com os profissionais do serviço gerenciado pela OSS.

O enfrentamento da dificuldade de acesso e da fragmentação do sistema fica comprometido quando a gestão se debruça apenas sobre as metas do equipamento contratado, como

observado no cenário C, sem considerar as necessidades do território e a possibilidade do cuidado em rede de atenção, a partir da articulação com outros equipamentos gerenciados sob gestão de outra esfera de governo ou mesmo por outras OSS.

Quando a gestão delega a uma OSS a responsabilidade sanitária por um território, como identificado no Cenário A, a implantação de uma política municipal articulada fica comprometida, na medida em que cada OSS pode ter propostas e estratégias diferentes para sua implantação, além de dificultar a articulação em rede para além do território da OSS, necessária para a garantia do cuidado integral.

No cenário B, a gestão utilizava o contrato com OSS para administrar o equipamento, sem perder a autonomia para implantar políticas de saúde e sem se distanciar do território e do contato com sua rede de serviços e seus profissionais. O poder público era quem definia as estratégias e ações a serem executadas pela OSS.

Essas diferenças significativas entre os modelos de gestão das esferas de governo com as diferentes OSS também foram observadas no estudo de Bragagnolo et al.²¹, no qual as características das OSS e das administrações públicas conferiam diversas lógicas quanto ao vínculo das instituições com os trabalhadores, produção de cooperação e cuidado compartilhado.

Algumas possibilidades e dispositivos para um cuidado integral na AAE

A precária integração entre os serviços de saúde tem sido uma característica dos sistemas de saúde de distintos países das Américas por várias décadas²². Os especialistas não conhecem os profissionais que realizam o encaminhamento e, muitas vezes, não dispõem das informações necessárias para a condução do caso. Nessas situações, acontecem atendimentos pontuais, tipo queixa-conduta, ou ocorre a retenção do paciente em serviços especializados sem necessidade real, aumentando as

filas de espera para especialidades. De acordo com os relatos dos entrevistados da pesquisa do cenário C, essa é uma característica da rede ambulatorial especializada própria da SES-SP, onde foi constatado que a regional distribuía vagas de primeiras consultas dos AME para os municípios, e depois era o prestador quem organizava a continuidade da atenção, sem articulação com a rede do território.

Apesar dos esforços envidados, o SUS permaneceu por mais de 30 anos sem uma política para AAE que contribuísse para a desfragmentação do cuidado e oferecesse suporte para a APS. Somente ao final de 2023, o MS instituiu a Política Nacional de Atenção Especializada (PNAE)³⁴, com diretrizes e eixos estruturantes para orientar o modo de organização e funcionamento dos serviços de atenção especializada no âmbito do SUS.

A partir dessa Política e no entendimento de que a forma de repasse pode ser indutora de um modelo de atenção organizado em redes integradas de serviços, o MS instituiu o Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE)¹². O PMAE visa a facilitar o acesso do usuário às consultas e aos exames especializados de linhas de cuidado específicas, de forma integrada com a APS, favorecendo o uso de ferramentas digitais e a partir de um novo modelo de financiamento. O programa induz a uma lógica de cuidado mais integrado com o financiamento de ‘pacotes de serviços’ chamados Oferta de Cuidados Integrados (OCI)³⁵, um conjunto de procedimentos integrados para concluir uma etapa na linha de cuidado ou na condução de agravos específicos de rápida resolução de diagnóstico ou tratamento, num determinado intervalo de tempo¹².

O impacto de sua implantação, que teve início na segunda metade de 2024, ainda não é passível de análise, mas indica importante tentativa de alterar o modelo de remuneração e organização dos serviços com vistas a um cuidado integral. De toda forma, para além do enfrentamento aos interesses privados, o modelo de alocação estabelecido pelo PMAE deve enfrentar dificuldades, entre as quais,

destaca-se aqui o potencial desorganizador dos recursos cada vez maiores advindos de emendas parlamentares.

Nas experiências dos cenários A e B, a espera de referenciamento para serviços sob gestão estadual, na maior parte das vezes, era muito longa. Essas situações parecem ser percebidas pelos usuários entrevistados nos cenários A e B.

Tem outras filas que são mais demoradas, para procedimentos mais complicados, que precisam do Estado. A regulação do Estado é uma regulação muito deficiente. Se você for entrar na CROSS, aí a coisa é mais complicada. Pra conseguir vaga na CROSS, a unidade tem que ter o dedo ligeiro, para pegar logo a vaga às 7h00, de uma desistência... muita gente não vai, às vezes, por causa da distância (Sol). Ano passado descobri um nódulo na mama na consulta ginecológica da UBS e fui encaminhada ao mastologista em Mogi. Aí demorou uns 3 meses (Estrela). Tem um exame mais complexo, não lembro o nome, que o médico disse que precisa ser feito fora da cidade. Ainda estou aguardando. Parece que não tem previsão... (Céu).

Há que se considerar, também, as ações produzidas pelos próprios usuários para garantir acesso e integralidade no seu cuidado. Circuitos alternativos de cuidado vão sendo produzidos por dentro do sistema de saúde, com configurações diversas, incluindo a combinação de serviços públicos e privados¹⁶. Os usuários entrevistados relataram diversos circuitos para produção desse itinerário terapêutico, como os observados a seguir:

Aqui na UBS eu pego a insulina; pra eu pegar insulina lá no IAMSPE é ruim, né, e aqui eu pego a insulina, mas me consulto lá (Sol). Minhas duas filhas sempre utilizaram a UBS do bairro, mas agora a mais nova deixou de ir à UBS porque arrumou um emprego que oferece um convênio com a Amil (Lua). Quando meu filho teve um ferimento no olho, não acreditei no médico da Santa Casa que recomendou aguardar em casa. Me virei, fui no PS da cidade vizinha e tive a notícia que o filho

precisaria de uma cirurgia. Pensa se tivesse ficado parada... (Estrela).

Os diversos regimes de regulação identificados por Cecílio et al.¹⁵ contribuem para o entendimento de que a regulação é campo permanente de conflitos e disputas. Especificamente, por meio do agir leigo¹⁵, os usuários atuam na regulação do sistema na busca de cuidado em saúde. Compreender como se dá essa atuação pode nos dar pistas dos nós críticos e de novos desenhos e arranjos para os sistemas de saúde.

Em pesquisa realizada por Almeida et al.³⁶, em que analisam estratégias desenvolvidas no Brasil e na Espanha para integrar a APS à atenção especializada, foi constatado um insuficiente conhecimento dos profissionais que atuam em serviços especializados sobre o processo de trabalho na APS.

Algumas experiências têm se mostrado exitosas para avançar no sentido de fortalecer um cuidado coordenado e superar a lógica fragmentadora dos ambulatorios de especialidades desarticulados da rede de atenção. Tesser e Poli Neto³ apontam que a atuação de especialistas trabalhando conjuntamente com generalistas agrega valor quando esses se conhecem pessoalmente. Esses autores apontam que as experiências de matriciamento e aproximação dos especialistas com os profissionais da APS foram essenciais para o enfrentamento do problema da referência e contrarreferência, diminuição de filas e fortalecimento da construção de redes regionalizadas e integradas.

Dessa forma, há que se fortalecer estratégias que se mostraram eficazes nessa perspectiva, como a aposta em uma regulação menos burocrática e mais produtora de cuidados³⁷ que utilize estratégias como o apoio matricial, promoção de aproximação entre as equipes, acolhimento com classificação de risco, prontuários compartilhados e uso de protocolos que priorizem pessoas e populações em maior vulnerabilidade.

Na pesquisa 1, identificaram-se algumas ações que utilizam instrumentos para

desfragmentação do cuidado na AAE. Para apoiar a rede de serviços na organização do cuidado às pessoas com dor crônica de origem osteomuscular, foi organizado pela OSS do Cenário A um protocolo visando a assegurar o cuidado qualificado. Foram estabelecidos fluxos, diretrizes clínicas e implantados processos de formação e capacitação das equipes da APS sobre o manejo da dor, com abordagens farmacológicas e não farmacológicas. Também foi elaborado o Protocolo de Saúde Mental e da Linha de Cuidado das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), voltado para a hipertensão, diabetes e dislipidemia, com o objetivo de guiar as equipes na construção do planejamento do cuidado e do acesso dos usuários. Esses materiais, em conjunto com o sistema informatizado utilizado para identificação dos usuários e prontuários compartilhados, somados a outros dispositivos regulatórios, puderam propiciar uma maior integração entre os serviços com vistas a um cuidado integral. Os principais dispositivos encontrados foram: reuniões de desospitalização para alta qualificada, incentivo à organização de Núcleos de Matriciamento da UBS com alguns serviços especializados e a implantação do Núcleo de Articulação com a Rede, composto por profissionais dos diversos serviços, com o objetivo de fortalecer a articulação entre APS e AAE, identificando situações de encaminhamentos desnecessários efetuadas pela APS.

No cenário B, foi elaborado um protocolo com orientações para encaminhamento às especialidades por patologia, contemplando quais exames deveriam ser solicitados previamente em algumas especialidades. Também continha orientações para os atendimentos a serem manejados na UBS e que poderiam ser objetos de teleconsultorias, quando necessário. Essas teleconsultorias se davam via sistema informatizado, no qual o solicitante poderia optar entre fazer o encaminhamento ou solicitar a teleconsultoria, que se dava de forma assíncrona, com resposta em até uma semana, via prontuário compartilhado. Esse modelo foi relatado pelos profissionais da APS

e da AAE como facilitador da integração entre os profissionais e de qualificação do cuidado.

Os serviços de saúde se baseiam fundamentalmente em trabalho afetivo imaterial^{11,38}, que exige habilidades como o contato humano, criatividade, capacidade de formulação e gestão de afetos. Se, por um lado, colocam-se como base para produção capitalista, por outro, são capazes de produzir afetos, subjetividades e apresentam grande potencial para valorização da vida e produção de cuidado em saúde¹¹.

Considerações finais

O modelo de remuneração da AAE baseado no pagamento por procedimento, utilizado para remuneração dos serviços privados, cuja lógica é comumente transportada para a esfera pública, induz à fragmentação do cuidado na medida em que não se apoia nas necessidades dos usuários, mas no quantitativo de ações executadas.

O MS acaba de formalizar uma nova política de atenção especializada com o objetivo de superar esse modelo de pagamentos procedimental, numa aposta na indução para um cuidado integrado. A iniciativa governamental enfrentará a força dos interesses privados e competirá com os efeitos reversos do avanço da destinação de recursos por meio de emendas parlamentares.

O modelo de contrato com OSS baseado no alcance de metas, que vem se tornando hegemônico no SUS, parece de difícil reversão, e seu aprimoramento se mostra um desafio fundamental para a garantia da integralidade do cuidado, de forma a considerar a integração da rede de serviços do território. Aperfeiçoar os mecanismos de monitoramento e fortalecimento da gestão pública na implementação de suas políticas e garantir o conhecimento das necessidades do território e dos trabalhadores tornam-se medidas essenciais na condução da política de AAE.

Para além do financiamento, é fundamental investir em estratégias que fortaleçam a

governança regional do SUS e em mecanismos de controle e participação social, tendo em vista a garantia da efetividade do gasto público na AAE, consoante o preconizado pela PNAE.

Algumas experiências exitosas, como as que emergem a partir da análise dos cenários A e B, ainda que fiquem restritas aos serviços e territórios sob sua governabilidade e não possam ser generalizadas, demonstram ser possível a organização de instrumentos e dispositivos regulatórios para um cuidado compartilhado e integrado numa rede de serviços.

Pensar um modelo de organização e financiamento da AAE inserida numa rede regionalizada e hierarquizada, em sintonia com os princípios da universalidade e integralidade do cuidado, torna-se uma agenda fundamental para ampliar e favorecer a implantação de dispositivos para um cuidado integral e a própria consolidação do SUS.

Para superar o gerencialismo nas formas de condução da gestão pública, é imperioso que os contratos de gestão possibilitem e induzam ao uso de tecnologias leves e relacionais¹¹, além da criação de modelos de avaliação de desempenho coerentes com os princípios e diretrizes do SUS.

Colaboradores

Giannotti EM (0000-0002-8221-711X)* contribuiu para concepção do trabalho, coleta, análise e interpretação dos dados, e redação do manuscrito. Tofani LFN (0000-0002-1092-2450)* contribuiu para redação e aprovação da versão final do manuscrito. Melo MA (0000-0003-2187-1203)*, Guimarães CF (0000-0003-3101-634X)* e Andrezza R (0000-0002-3332-2183)* contribuíram para redação e revisão crítica do manuscrito. Chioro A (0000-0001-7184-2342)* contribuiu para concepção, desenho do trabalho, redação e revisão crítica, e aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Tofani LFN, Furtado LAC, Andreazza R, et al. Construção da integralidade na Rede de Atenção às Urgências e Emergências: o cuidado para além dos serviços. *Interface (Botucatu)*. 2022;26:210690. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.210690>
2. 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>
3. Tesser CD, Poli Neto P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. *Ciênc saúde coletiva*. 2017;22(3):941-51. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.18842016>
4. Dardot P, Laval C. *A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal*. São Paulo: Boitempo; 2016.
5. Reis AAC, Sóter APM, Furtado LAC, et al. Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. *Saúde debate*. 2016;40(esp):122-35. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042016S11>
6. Funcia FR. Sistema Único de Saúde – 30 anos: do Subfinanciamento Crônico para o Processo de Desfinanciamento Decorrente da Emenda Constitucional 95/2016. In: ANFIP – Associação Nacional de Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil. 30 anos da Seguridade Social – Avanços e Retrocessos. Brasília, DF: ANFIP; 2018.
7. Presidência da República (BR). Emenda Constitucional. nº 86, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2015 mar 18; Edição 52; Seção I:I.
8. Domingos MD, Ferraz EM, Carvalho BG. Governança das ações e serviços de saúde de média complexidade em uma região de saúde. *Saúde debate*. 2019;43(122):700-11. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912204>
9. Starfield B. *Atenção Primária – equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Ed. bras. Brasília, DF: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. Capítulo III, Responsabilidade na Atenção Primária; p. 207-46.
10. Tofani LFN, Furtado LAC, Andreazza R, et al. A rede de atenção às urgências e emergências no Brasil: revisão integrativa da literatura. *Saúde Soc*. 2023; 32(1):e220122pt. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220122pt>
11. Giannotti EM. *A organização de processos regulatórios na gestão municipal de saúde e suas implicações no acesso aos serviços: um estudo de caso do município de Guarulhos [dissertação]*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2013.
12. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 3.492, de 8 de abril de 2024. Institui o Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada no SUS. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2024 abr 11; Edição 70; Seção I:98.
13. Andreazza R, Chioro A, Guimarães CF, et al. Apoio à formulação e implementação da nova Política Nacional de Atenção Especializada no Sistema Único de Saúde (SUS). Projeto TED. São Paulo: Unifesp; 2023.
14. Minayo MCS. *O desafio do Conhecimento – pesquisa qualitativa e saúde*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1993.
15. Cecílio LCO, Carapineiro G, Andreazza R, et al. O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(7):1502-14. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00055913>
16. Meneses CS, Cecílio LCO, Andreazza R, et al. O agir leigo e a produção de mapas de cuidado mistos público-privados. *Ciênc saúde coletiva*. 2017;22(6):2013-24. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.14822016>

17. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2013 jun 13 [acesso em 2025 jun 6]; Seção I:59. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html
18. Santos FP, Merhy EE. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro – uma revisão. Interface (Botucatu). 2006;10(19):25-41. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832006000100003>
19. Ministério da Saúde (BR). Sistemas de Informação da Atenção à Saúde: Contextos Históricos, Avanços e Perspectivas no SUS. Brasília, DF: Cidade Gráfica e Editora LTDA; 2015.
20. Araujo D. Análise de desempenho das redes de atenção no Sistema Único de Saúde: a importância da qualidade da informação [dissertação]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2016. 206 f.
21. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Curso básico de regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016. 227 p.: il.
22. Solla J, Chioro A. Atenção ambulatorial especializada. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al., editoras. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2ª ed. rev. and enl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 547-576. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788575413494.0020>
23. Presidência da República (BR). Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2011 jun 29; Seção I:1.
24. Perinazzo TF. Regionalização da atenção hospitalar: uma análise do acesso e fluxos de partos no estado de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2018. DOI: <https://doi.org/10.11606/D.6.2018.tde-02102018-155731>
25. São Paulo (SP). Resolução SS nº 198, de 19 de dezembro de 2023. Disciplina a aplicação da Tabela SUS Paulista. Diário Oficial do Estado, São Paulo, SP. 2023 dez 29; Edição Suplementar 144; Seção I:4.
26. Bragagnolo LM, Chioro A, Andreazza R. Gestão de Unidades Básicas de Saúde por Organizações Sociais: ambivalências nos processos de trabalho e do cuidado. IBAM. 2021;305:37-48.
27. São Paulo (SP), Governo do Estado. Portal da transparência [Internet]. [São Paulo]: Governo do Estado de São Paulo; 2024 [acesso em 2024 jun 16]. Disponível em: <https://portaldatransparencia.saude.sp.gov.br/>
28. Bresser-Pereira LC. A reforma gerencial do estado de 1995. Rev Adm Pública. 2000;34(4):55-72.
29. Moraes HMM, Albuquerque MSV, Oliveira RS, et al. Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. Cad Saúde Pública. 2018;34(1):e00194916. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00194916>
30. Carnut L. Crítica a modelos de avaliação de desempenho de sistemas de saúde [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2015.
31. Campos GWS. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. Ciênc saúde coletiva. 2010;15(5):2337-44. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500009>
32. Straub M, Gomes RM, Albuquerque GSC. O conflito público-privado no SUS: a atenção ambulatorial especializada no Paraná. Saúde debate. 2021;45(131):1033-48. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113107>
33. Mendes A, Melo MA, Carnut L. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária

- à saúde: operacionalismo e improvisos. *Cad Saúde Pública*. 2022;38(2):e00164621. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00164621>
34. Ministério da Saúde (BR), Gabinete da Ministra. Portaria GM/MS nº 1.604, de 18 de outubro de 2023. Institui a Política Nacional de Atenção Especializada no SUS. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2023 out 20; Edição 200; Seção I:87.
35. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Portaria SAES/MS nº 1821, de 11 junho de 2024. Inclui Grupo, atributos e regras condicionadas na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito do Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2024 jun 12; Edição Edição: 111-A; Seção I – extra A:2.
36. Almeida PF, Gervas J, Freire JM, et al. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. *Saúde debate*. 2013;37(98):400-15.
37. Bertussi DC, Feuerwerker LCM, Louvison MCP. A “regulação a quente” e a “atenção especializada viva” como dispositivos de compartilhamento do cuidado em saúde. In: Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, et al., organizadores. *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*. v. 1. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p. 357-60.
38. Hart M. O trabalho afetivo. *Cadernos de Subjetividade*. 2003;(11):143-57.

Recebido em 19/11/2024

Aprovado em 19/06/2025

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Eli lola Gurgel Andrade

Agentes Comunitárias de Saúde e o uso da saúde digital: transformações de um trabalho vivo

Community Health Workers and the use of digital health: Transformations of a living work

Romário Correia dos Santos¹, Lenira Ferreira Ribeiro², Cláudia Fell Amado², Aline do Monte Gurgel¹, Luis Carlos Nunes Vieira de Vieira³, Livia Milena Barbosa de Deus e Mélo³, Liliana Santos²

DOI: 10.1590/2358-289820251469891P

RESUMO As Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) estão imersas em um contexto de transformação tecnológica que incide diretamente em seus saberes e práticas. O objetivo deste artigo foi analisar as vantagens da saúde digital, a partir do uso de tecnologias móveis na Atenção Primária à Saúde, no trabalho das ACS. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com triangulação de métodos, apoiada em entrevistas, grupos focais e observação não participante envolvendo lideranças sindicais, gestores e profissionais da saúde. Os dados obtidos foram interpretados com base na análise do conteúdo. Os resultados apontam vantagens do trabalho das ACS com tecnologias digitais para o sistema de saúde, como ampliação do acesso e cobertura, qualificação da informação coletada, do planejamento territorial e do cuidado. Para a categoria profissional, houve ganhos de legitimidade social pelo adensamento tecnológico do trabalho. Sinaliza-se, também, que apesar das transformações digitais, sua inserção territorial deve ter como eixo orientador a produção do cuidado na perspectiva da determinação social da saúde e do trabalho vivo. Conclui-se que, embora a quarta revolução tecnológica seja irreversível, o trabalho e a presença das ACS no cotidiano do território ainda permanecerão indispensáveis.

PALAVRAS-CHAVE Acessibilidade aos serviços de saúde. Atenção Primária à Saúde. Agentes Comunitários de Saúde. Política de saúde. Saúde digital.

ABSTRACT *Community Health Workers (CHWs) are immersed in technological transformation that directly impacts their knowledge and practices. This article aims to analyze the advantages of digital health based on the use of mobile technologies in Primary Health Care in the work of the CHWs. This qualitative research uses a triangulation of methods supported by interviews, focus groups, and non-participant observation involving union leaders, managers, and health professionals. The data collected were interpreted based on content analysis. The results indicate advantages of the work of the CHWs with digital technologies for the health system, such as expanding access and coverage, improved quality of collected information, territorial planning, and care. There were gains in social legitimacy for the professional category due to the technological densification of work. It is also noted that despite digital transformations, their territorial insertion should be guided by the production of care from the perspective of the social determination of health and living work. It is concluded that, although the fourth technological revolution is irreversible, the work and presence of CHWs in the daily life of the territory will remain indispensable.*

KEYWORDS *Accessibility to health services. Primary Health Care. Community Health Workers. Health policy. Digital health.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Aggeu Magalhães (IAM)/Fiocruz Pernambuco, Laboratório de Saúde, Ambiente e Trabalho (Lasat) - Recife (PE), Brasil.
romario.correia@outlook.com

²Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil.

³Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) - Brasília (DF), Brasil.



Introdução

A saúde pode ser compreendida como área do conhecimento, estado de vida ou setor de serviços¹. Enquanto setor de serviços, é parte de um complexo econômico-industrial que absorve demandas crescentes da sociedade^{2,3}. Tal realidade implica um custo desproporcional para os governos e sistemas nacionais de saúde, criando a necessidade de buscar e implementar estratégias que contribuam para a mitigação dos impactos desse quadro nas condições de vida e de saúde das populações^{3,4}.

Enquanto setor de serviços, a saúde parece se constituir como um espaço aberto e favorável às dinamicidades tecnológicas-digitais-informacionais mediante uma nova reestruturação produtiva que, na atualidade, é conhecida como quarta revolução tecnológica^{2,3,5}. Salienta-se que, ao longo da história, a humanidade tem passado por diversas revoluções tecnológicas, sendo elas: 1ª revolução, caracterizada pelo surgimento da máquina a vapor e a possibilidade de produção mecânica no século XVIII; 2ª revolução, marcada pelo surgimento da eletricidade, o que repercutiu em um estilo de produção em massa no século XIX; 3ª revolução, surgida com a era digital, a utilização da internet e sua relação com os meios de produção no século XX; e, a atual, 4ª revolução, conhecida como 4.0, que permite a fusão de domínios físicos, digitais e biológicos, tendo como premissas uma maior flexibilidade, personalização e eficiência dos meios e da produção^{6,7}.

As potenciais vantagens da revolução 4.0 no âmbito da saúde podem ser exemplificadas por: possibilidades de análise, em tempo real, de dados em grandes bancos informacionais, mediante algoritmos específicos para identificação de surtos e doenças; utilização de sensores e biossensores como sistemas de avaliação de sinais vitais, agravos e doenças; impressão 3D de implantes médico-odontológicos personalizados segundo as necessidades do paciente^{4,7}; e outras ferramentas, como prontuário eletrônico, teleconsulta e teleducação, que

possibilitam um maior acesso aos serviços de saúde e a formação dos profissionais, conformando um conglomerado de tecnologias conhecido como saúde digital⁸⁻¹⁰.

O atual cenário de revolução tecnológica tem influenciado as práticas de saúde. Formuladores de políticas, gestores e pesquisadores têm despertado para a importância de pesquisas que possam identificar e compreender, na Atenção Primária à Saúde (APS), as contribuições e os desafios da absorção tecnológica para o cuidado em saúde^{11,12}.

De forma a caracterizar as implicações ético-políticas desta pesquisa na trajetória do conhecimento científico¹³, e na perspectiva de introdução temática apresentada por Almeida-Filho¹⁴, ressaltam-se os elementos instrumentadores que evidenciam a importância deste manuscrito no campo da saúde coletiva. Este trabalho, que se insere em um conjunto de artigos produzidos, é oriundo de um projeto intitulado 'Processo de trabalho das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) no contexto da revolução tecnológica 4.0'¹⁵, que se preocupou em questionar: quais as perspectivas de reconfiguração do trabalho das ACS diante do contexto da revolução tecnológica 4.0, sobretudo com uso da saúde digital na APS? Em que medida o uso da saúde digital e de outras ferramentas da revolução 4.0 pelas ACS seriam favoráveis ou não à sociedade e à própria categoria?

A princípio, foi realizado um mapeamento internacional do uso da saúde digital por ACS, encontrando 24 experiências em países da África, da Ásia e das Américas⁴. Todavia, os autores chamaram atenção para a quase inexistência de pesquisas no Brasil, com apenas um estudo abordando a temática. Como conclusão, percebeu-se que, embora o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde no País seja um dos mais robustos no mundo¹⁶, as reflexões sobre a incorporação tecnológica na APS não têm alcançado as ACS, o que implica lacunas importantes para a sua gestão e regulação no trabalho e na educação⁴.

Em um segundo movimento, foi necessário refletir sobre uma realidade específica do Brasil: os atravessamentos da saúde digital que

foram elencados pelos estudos internacionais, mas que não eram discutidos em pesquisas no país. Assim, concentrou-se em compreender as relações subjetivas e objetivas que as condições de trabalho impõem às ACS no contexto da saúde digital, considerando os elementos da teoria marxista, tais como análise do processo de trabalho, divisão social e técnica do trabalho, burocratização e controle¹⁷.

No entanto, ainda considerando a necessidade de avançar nas investigações e na produção de subsídios para formuladores de políticas, objetivou-se, neste artigo, analisar as vantagens da saúde digital a partir do uso de tecnologias móveis na APS no trabalho das ACS.

Material e métodos

Trata-se de um estudo qualitativo de corte transversal, com triangulação de métodos para alcançar maior credibilidade, confiabilidade e rigor na compreensão dos significados produzidos em um determinado contexto social, cultural e histórico¹⁸.

A pesquisa foi realizada no estado da Bahia, cujos dados primários foram coletados no

período de junho a setembro de 2023, em que participaram trabalhadores da saúde com atuação na APS e inseridos em diferentes contextos profissionais. No nível estadual, foram selecionados membros do Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias da Bahia (Sindacs-BA); no nível municipal, foram inclusos membros do Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde da Bahia (Cosems-BA) e da coordenação municipal de APS de Salvador; e no nível local, profissionais com ensino superior da APS e ACS de uma mesma Unidade de Saúde da Família (USF)¹⁵ (*quadro 1*).

Como critério de elegibilidade dos participantes, foram considerados incluídos aqueles que trabalhavam há pelo menos um ano no cargo e em efetivo exercício; foram excluídos aqueles que estiveram sob algum tipo de licença ou afastamento durante o período da coleta de dados¹⁵.

A produção dos dados foi realizada a partir das seguintes estratégias metodológicas: 6 entrevistas semiestruturadas com atores-chave; 1 grupo focal com ACS; 30 horas de observação não participante do processo de trabalho das ACS; e diário de campo^{15,18} (*quadro 1*).

Quadro 1. Organização da produção dos dados empíricos da pesquisa

Ator	Inserção	Técnica utilizada
Nível Estadual		
Sindacs-BA 1	ACS	Entrevista semiestruturada, diário de campo
Sindacs-BA 2		
Nível municipal		
Cosems-BA	Gestão	Entrevista semiestruturada, diário de campo
Coordenação municipal de APS		
Nível local		
Enfermeira 1	Profissionais de nível superior da unidade	Entrevista semiestruturada, diário de campo
Enfermeira 2		

Quadro 1. Organização da produção dos dados empíricos da pesquisa

Ator	Inserção	Técnica utilizada
ACS 1	ACS	Grupo focal, observação não participante e diário de campo
ACS 2		
ACS 3		
ACS 4		
ACS 5		

Fonte: elaboração própria.

As entrevistas semiestruturadas tiveram a finalidade de capturar informações privilegiadas dos atores-chave, a partir dos lugares que ocupam enquanto gestores, líderes sindicais ou profissionais supervisores, sobre as transformações digitais no processo de trabalho das ACS¹⁸, sendo sua duração em média de 50 minutos cada. O grupo focal foi importante na medida em que a interação grupal entre as ACS revelaria a subjetividade coletiva sobre as percepções, crenças e atitudes acerca do tema pesquisado, tendo uma duração de 90 minutos¹⁸.

Salienta-se que, metodologicamente, este estudo aborda a profissão ACS no feminino por duas questões: a primeira pela preponderância de a profissão ser feminina, fato já amplamente conhecido pela literatura; e segundo porque todas as participantes que aceitaram fazer parte deste estudo são mulheres, justificando, assim, a opção política de enfatizar um trabalho em saúde que obedece a um recorte de gênero^{4,15-17}.

Ambas as técnicas foram realizadas em locais que permitissem a privacidade das discussões, estando presentes, além dos participantes de cada técnica, dois pesquisadores. Como guia discursivo, utilizou-se um roteiro semiestruturado que abordava os seguintes temas¹⁸: a saúde digital e as ferramentas tecnológicas de comunicação e informação usadas no processo de trabalho das ACS; relações de força, formação e perspectivas do processo de trabalho das ACS com o uso da saúde digital¹⁵. Os dados foram registrados com o auxílio de

um gravador digital, sendo posteriormente transcritos e revisados¹⁸.

Para melhor compreensão da realidade, adotou-se também a técnica da observação não participante do cotidiano do processo de trabalho. Pretendeu-se, assim, no ato contextual do dia a dia das ACS, identificar como ocorre a utilização das tecnologias digitais a partir de quais acionamentos territoriais (necessidades) e com quais expressões objetivas ou subjetivas¹⁸.

De forma transversal, em todas as fases do estudo, os pesquisadores registraram em um diário de campo suas reflexões acerca das aproximações, dos desafios ou das limitações no que se refere ao território e aos sujeitos do estudo que auxiliaram, também, na interpretação dos dados. As coletas foram realizadas até a saturação teórica das informações do trabalho de campo¹⁸.

Os dados obtidos foram interpretados a partir da análise de conteúdo do material empírico, cujos procedimentos operacionais foram: seleção dos textos, leitura flutuante, codificação, categorização, classificação e organização dos resultados segundo os pressupostos de Bardin¹⁹, convergindo para duas categorias analíticas: vantagens do uso das tecnologias; e essencialidade do trabalho das ACS.

A pesquisa atendeu às exigências das Resoluções nº 466, de 12 de dezembro de 2012²⁰, e nº 510, de 7 de abril de 2016²¹, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõem sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de estudos envolvendo seres humanos. Outrossim,

está registrada na Plataforma Brasil sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 68844323.3.0000.5030, com parecer nº 6.112.147 cadastrado no Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Resultados e discussão

A compreensão da incidência das tecnologias digitais na organização e produção do trabalho em saúde das ACS se dará a partir de duas perspectivas: em um primeiro momento, serão discutidas as vantagens da incorporação tecnológica e seus desafios inerentes a um contexto de transformação digital; e em seguida, será debatido o tensionamento entre saberes, práticas e território na organização de um trabalho que historicamente é produzido em ato e presencial.

Vantagens do uso das tecnologias digitais: entre as potencialidades e os desafios

O trabalho em saúde é histórico e contextual, segundo a teoria do processo de trabalho em saúde²², obedecendo às conformações do processo saúde-doença-cuidado das populações e do incremento de novos instrumentos, materiais ou imateriais, para cumprir uma dada finalidade. O trabalho das ACS tem sido atravessado por uma gama de transformações, seja do seu objeto de trabalho, seja dos instrumentos e tecnologias que medeiam a relação entre o objeto do trabalho, sua finalidade e seus agentes^{22,23}.

Os desafios das transformações contemporâneas no trabalho das ACS são enormes e múltiplos, sendo pertinente concentrar a atenção naqueles relacionados com a organização e a manutenção do trabalho em saúde com qualidade e eficiência, dado o aumento crescente das demandas socioepidemiológicas que se associam a um alto custo das prestações de serviços, como o experienciado na

pandemia da covid-19^{23,24}. Assim, compreender estratégias que maximizem o processo de trabalho em saúde²², contribuindo para a sua resiliência²⁵, torna-se uma questão importante para o fortalecimento dos sistemas de saúde, sobretudo aqueles pautados pela APS²⁶.

Na observação desencadeada pelo presente estudo, ficou evidente que, no trabalho das ACS, dois instrumentos se posicionam centrais na incorporação de novas atribuições: o celular e o *tablet* (figura 1). Esses instrumentos se associam a um conjunto de recursos a serem acionados segundo demanda territorial: internet, aplicativos de comunicação, câmera fotográfica, sistemas de informação em saúde, entre outros⁴.

Assim como discutido por outros estudos, a ampliação da cobertura da assistência à saúde a partir da incorporação dos recursos tecnológicos⁴ aponta, segundo a gestão municipal, uma vantagem a ser considerada estratégica:

A gente esbarrava muito no trabalho do agente em alguns momentos, eles não puderam ter acesso àquele território, percorrer o território presencialmente. Então com uma inserção do tablet e as tecnologias digitais de um modo geral, tipo o celular, facilitou mais o trabalho dele, porque seria mais uma alternativa que ele teria de acesso a esse usuário, nem que seja temporariamente. (Gestão municipal).

Estudos internacionais dialogam com essa percepção na atuação nacional, uma vez que demonstram que, em áreas com ampla distribuição territorial, as ACS que utilizam os instrumentos digitais para acompanhar usuários com baixa estratificação de risco parecem obter bons resultados na ampliação da cobertura^{27,28}.

Pesquisas nacionais apontam o crescente aumento da violência no País, fenômeno social característico de territórios com alta vulnerabilidade social e de maior necessidade de atuação das ACS. No entanto, esse cenário de violência tem impactado na qualidade de vida e do trabalho das profissionais²⁹. Assim,

para o cumprimento dos atributos de uma APS com coordenação e longitudinalidade do cuidado, reorganizações alternativas precisam ser acionadas, como o uso de aplicativos de comunicação para o acesso a essas famílias e comunidades em situações de violência, garantindo a segurança para profissionais e usuários.

A qualificação do cuidado prestado aos usuários da APS também emerge como uma dimensão importante da incorporação tecnológica, dadas as possibilidades de interação em tempo real com a equipe multiprofissional da USF:

Questões de uma ferida, a gente chega às vezes encontra um paciente, com um ferimento, uma coisa assim muito grave, é um paciente muitas vezes até acamado, ou com dificuldade em se dirigir a unidade, a gente precisa trazer essa informação pra equipe, então o celular você pode já fotografar

aquela situação grave e trazer para facilitar o tratamento, o atendimento [...]. (ACS 2).

Acontece muitos casos da gente receber a ligação e dizer 'olha, quando você sair aí, que tiver um tempo, passa na casa de dona Maria, ela apresentou um quadro que precisa acompanhar ainda mais de perto ou [...] que precisa ter um acompanhamento para tomar medicação', então, isso é sempre pedido para os agentes [...]. (Sindacs 1).

Os discursos apresentados convergem, também, para as experiências observadas no processo de trabalho das ACS, cujas tecnologias digitais possibilitam uma maior velocidade na coleta e transmissão de informações que chegam para a equipe, subsidiando o planejamento territorial e as orientações em torno da promoção da saúde e prevenção de doenças¹⁶ (figura 1).

Figura 1. ACS coletando informações sobre o uso de medicações de usuária com doença crônica e fazendo promoção da saúde para hábitos saudáveis



Fonte: elaboração própria.

Esses resultados são exemplos das novas possibilidades de atuação das ACS em uma realidade digital, na qual as ferramentas de telemonitoramento, teleconsulta e televigilância induzem à construção de novas práticas para essa trabalhadora. Entretanto, é preciso aprofundar as análises quanto à influência dessa incorporação tecnológica para os atributos da APS. Países com experiências análogas de ACS, como África do Sul, Ruanda, Índia e Estados Unidos da América, apontam ganhos para o sistema de saúde e seus indicadores epidemiológicos, sobretudo com avanços para os processos do planejamento em saúde dos territórios⁴, corroborando o relato abaixo:

A tecnologia consegue nos aproximar mais da dinamicidade do território. Eu acho que isso é uma grande vantagem, eles fazem lá uma alteração durante a visita, no final do dia chega na unidade, o tablet sincroniza por meio da internet e aí, no outro dia, às vezes ou 48 horas a gente já tem essa alteração no portal. Então hoje a gente consegue estar mais próximo da realidade. Assim, quantos cadastrados, quais são as principais comorbidades, quantos acamados, faixa etária, quantas crianças, qual é a nossa população de mulheres elegíveis para prevenir, por exemplo. (Enfermeira 2).

A eficiência na coleta dos dados emerge nos discursos e destacam uma maior exatidão nas informações que são coletadas e inseridas nos sistemas de informação do *tablet* (figura 1), com possibilidade de transferência em tempo real para as bases de dados, ao mesmo tempo que reduz o uso do papel e as lacunas associadas, tanto pelo preenchimento das fichas manuais e sua posterior digitação quanto pela possibilidade de perda das informações e seu acúmulo:

Deixaram de carregar papel [...] que às vezes eles preenchiavam as fichas, o volume era grande, mas não eram eles que digitavam, eles só faziam preencher manualmente, então depois repassava para algum setor para ser digitado e as informações se perdiam. Então, agora ele fazendo direto no tablet, não tem

risco de perda, eles têm um controle maior da informação que está registrada. (Gestão municipal).

Na atuação das equipes da APS, a incorporação das tecnologias no Sistema Único de Saúde (SUS) representa o alcance de muitos benefícios como subsídio na tomada de decisões, ao planejamento, acompanhamento e avaliação das ações implementadas em cada território⁴. Para a saúde, o território é o espaço de realização do processo saúde-doença-cuidado e vai além da extensão física, constituindo-se por meio de acumulações históricas, políticas, culturais, econômicas, ambientais e sociais em processos de constante transformação³⁰. As tecnologias digitais possibilitam a identificação das características territoriais unindo-as ao diálogo com os diferentes atores, em um processo de trabalho que incida sobre a realidade, operacionalizado pela vertente dado-informação-decisão-ação em tempo real e a partir de uma concepção ampliada de território³¹.

Um ganho experienciado pelas ACS, a partir do trabalho com as tecnologias digitais, é a legitimidade social que esses instrumentos parecem impor na simbologia coletiva:

Eu acho que dá mais confiança você abrir [o tablet] e estar fazendo as perguntas, o paciente vendo que está registrando ali, do que você fazer as perguntas assim no papel. [...]. (ACS 3).

O adensamento tecnológico do processo de trabalho dessas profissionais convida a uma revisita da historicidade de suas práticas, com a transformação de seus saberes e fazeres, inicialmente atrelados aos requisitos mínimos de saber ler ou escrever, para outros com competências tecnológicas digitais e conhecimentos formativos de nível técnico. Esse processo é influenciado pelas disputas e necessidades da sociedade, do Estado, do capital e da própria categoria que alcançou, ao longo dos mais de 30 anos de existência no SUS, conquistas trabalhistas importantes³². No entanto, mesmo com essas conquistas, ainda há pouco

reconhecimento social entre a comunidade dessas trabalhadoras²³ – embora as tecnologias digitais pareçam dar visibilidade, poder e afirmação à categoria enquanto profissionais da saúde diante dos usuários atendidos⁴.

As transformações nas quais as ACS parecem estar imersas, na atual fase do capitalismo pós-industrial com a incorporação de tecnologia, tornam urgente a aquisição de novos domínios cognitivos para elas. A formação de uma competência tecnológica crítica é apontada como caminho necessário que precisa fazer parte da profissão das ACS, não apenas mais como uma opção de coletar dados e extração de informação, mas também como trabalhadoras reflexivas e alinhadas ao projeto de sociedade que o SUS defende^{17,33}.

No momento que eles receberam pela primeira vez, eles receberam um treinamento [...] de uma semana [40 horas], eles vinham, num momento para receber o tablet. (Gestão municipal).

[...] As resistências que a gente encontrou, que até hoje ainda imperam, é a forma que é conduzido o processo de implantação. [...] Você não sai de lá imediatamente com todo o conhecimento. [...] na forma de explicar pro agente como é que tem que manusear, não tem o traquejo e a tranquilidade e a forma dessas pessoas aprender a manusear isso. (Sindacs 2).

A competência tecnológica crítica em saúde é uma abordagem formativa defendida por Almeida-Filho³³ enquanto alternativa para a construção de um novo perfil social e político de trabalhadores da saúde imersos na transformação digital como as ACS. Para tanto, a educação permanente é um eixo estruturante do processo de trabalho em saúde³⁴, o vetor capaz de problematizar as práticas profissionais, fazendo com que as necessidades dos trabalhadores e da comunidade sejam vistas a partir da determinação social da saúde, necessidades do cotidiano dos serviços e das comunidades, além da crescente absorção tecnológica. A incorporação de novas tecnologias implica a

reorganização do trabalho, estimulando outras maneiras de atingir a finalidade do cuidado, o que exige adaptabilidade, criatividade, flexibilidade e criticidade^{22,33,35}.

Por fim, o uso de tecnologias digitais na saúde pública e sua incorporação pelo SUS têm levantado discussões quanto às suas implicações éticas, tanto para o cuidado dos usuários como para a privacidade e a segurança dos dados gerados^{36,37}. Em uma era de globalização na qual informação significa capital, há riscos que precisam ser avaliados na implementação, tal como da saúde digital, pois o destino mais próximo parece ser a ‘plataformização’ do Estado com as seguintes características: monopólio de dados, pacientes realocados na contemporaneidade digital para apenas consumidor de produtos e fonte de informação, além da privatização das infraestruturas públicas¹⁵.

Vale a pena mencionar o potencial uso das informações dos usuários pela indústria farmacêutica, por exemplo, ferindo aspectos éticos; o vazamento de dados confidenciais sobre o estado geral de saúde, condições de saúde; ou mesmo promovendo cenários distópicos, com informações sobre saúde sendo utilizadas para criar barreiras no acesso ao mercado de trabalho para usuários com determinadas morbidades. Dessa forma, essas tecnologias pressupõem novas relações do Estado com o setor privado, porque se constituem como uma área intensamente disputada pelo mercado financeiro pela geração de valor agregado aos dados dos usuários do SUS³⁸.

O contexto informacional é caracterizado pelo compartilhamento, em tempo real, de informações sensíveis dos usuários dos sistemas de saúde entre profissionais e serviços, garantindo, assim, uma maior eficiência e efetividade das decisões clínicas e do cuidado em saúde a partir de uma maior conectividade. Por outro lado, esse fluxo pode permitir uma mercantilização do setor que favorece o setor privado e seus modelos de negócios, como no caso dos planos privados de saúde. Um avanço a essa discussão se deu recentemente no Brasil e na comunidade europeia

com aprovação de Leis Gerais de Proteção de Dados (LGPD), sendo a do Brasil conhecida como Lei nº 13.709/2018³⁹.

Para além das questões relacionadas com a privacidade dos usuários³⁸, chama-se atenção também que a abertura regulada dos dados em saúde pode trazer benefícios expressivos no que se refere à produção de evidências e descobertas que auxiliam na compreensão dos resultados de saúde e na organização das práticas de cuidado, bem como na gestão de sistemas e serviços de saúde⁴⁰.

A essencialidade de um trabalho vivo e territorial para a produção do cuidado

As observações em campo e os discursos dos sujeitos aqui entrevistados evidenciam que, com a ajuda das tecnologias digitais, diante das particularidades dos territórios, é realizada a identificação de perfis demográficos, epidemiológicos, econômicos e sociais, por meio de consulta às bases de dados oficiais, além de geoprocessamento, que possibilita a realização de um planejamento estruturado para as ações e práticas da APS⁴¹.

Apesar de as tecnologias digitais incidirem em vantagens para o processo de trabalho das ACS em torno de novas habilidades associadas ao cotidiano do território, existe uma essencialidade dessas profissionais no contexto da comunidade, no espaço em que a vida acontece, reforçando a importância das tecnologias relacionais⁴² na construção de vínculos entre as ACS e as famílias acompanhadas no território, a partir de diálogo, escuta e compartilhamento de vivências⁴³. Ou

seja, uma dimensão relacional, característica de uma tecnologia leve, que se fortalece nos encontros e na presencialidade, impõe-se para a valorização das subjetividades e trajetórias individuais e familiares, a partir de um trabalho vivo e em ato inserido nas particularidades do território⁴² (figura 2), pois:

Precisa estabelecer vínculo, o ACS entra na intimidade daquela família, daquele usuário e isso é construído com o tempo, não basta com um telefonema só ou uma mensagem de WhatsApp para você desenvolver. Eu, assim, é difícil alguém se abrir completamente através de uma mensagem do WhatsApp [...]. (Gestão municipal).

A mediação maior que a gente precisa é de trazer aquela realidade do domicílio que a gente não consegue visitar todos [...] Quando a gente for discutir aqui o caso de dona Maria [...] saber por que ela não dorme, é porque mora mais 8 netos com ela, porque isso, porque aquilo, e trazer aquela realidade pra gente pensar a saúde de dona Maria é o ACS quem faz isso. Então isso é uma mediação mesmo que uma inteligência artificial [...] não vai conseguir trazer pra gente. (Enfermeira 2).

A gente não pode viver mais da forma que a gente vivia lá em 97, em 2000, hoje com a tecnologia, mas também não podemos perder a essência do trabalho, que é a questão da visita, que é a questão do contato, é a questão da liberdade da comunicação entre o agente e a família [...] Então isso é o que a gente precisa manter, o agente comunitário, mesmo com a tecnologia, mesmo com a forma diferente hoje de trabalho, não pode perder a essência disso. (Sindacs 1).

Figura 2. ACS se deslocando pelo território sob sua responsabilidade em uma comunidade periférica da cidade de Salvador-BA, Brasil



Fonte: elaboração própria.

Esses discursos e a *figura 2* fazem emergir os sentidos de um trabalho que tem como uma das suas principais características a atuação territorial para apreensão da realidade, das demandas e necessidades dos usuários. A *figura 2* também exemplifica a contradição territorial existente entre centro e periferia: no primeiro plano, ruas e vielas entre casas estreitas com uma alvenaria mal-acabada; e no segundo plano, ao fundo, prédios verticais, símbolo do desenvolvimento capitalista.

O Brasil é uma das nações mais desiguais do mundo⁴⁴, com expressiva concentração de renda e com alta prevalência de insegurança alimentar, agravada nos últimos anos por políticas de austeridade fiscal e retrocessos em políticas sociais, intensificando o quadro de profundas iniquidades sociais existentes no País⁴⁵. Nesse contexto, o trabalho das ACS se insere ainda mais como elemento central para a produção do cuidado e de uma saúde a partir de sua compreensão mais ampliada^{24,30,32}.

Os discursos dos atores entrevistados e as observações de campo do trabalho das ACS apontam para um futuro do trabalho no qual, independentemente da absorção digital e das novas possibilidades de atuação profissional na quarta revolução tecnológica, serão preservados a dimensão relacional e o encontro face a face enquanto elementos estruturantes e insubstituíveis. Os saberes e as práticas das ACS configuram singularidade para o cuidado em saúde na APS, e as tecnologias leves que dão sentido ao seu trabalho, com impactos positivos nos indicadores epidemiológicos, demonstram que não há como discutir a saúde das populações sem conhecer onde as pessoas nascem, moram, crescem, trabalham, alimentam-se, adoecem e morrem; algo que apenas o elemento presencial de um trabalho vivo em ato permite experienciar^{42,46}.

Não se trata de romantizar o trabalho vivenciado por essas profissionais, uma vez que, ao longo dos anos, persistem desafios técnicos,

políticos e institucionais para a valorização e o fortalecimento dessa categoria^{23,32}. No entanto, é no trabalho vivo das ACS, realizado com autonomia e valorização de sua subjetividade, que o cuidado acontece na forma mais elementar e necessária aos sujeitos, ocupando um lugar que outros profissionais da saúde não conseguem acessar pela condição *sine qua non* da construção de seus próprios saberes estritamente científicos, muitas vezes deslocados da comunidade e das vivências territoriais¹⁵. Nessa conformação, o futuro do trabalho das ACS parece ter uma tendência em que um dos seus pilares fundamentais, a interação social proporcionada por um trabalho vivo em ato⁴², com as tecnologias relacionais, mostra-se insubstituível em um Estado no qual o direito à saúde é extensão da condição de cidadania.

Considerações finais

O estudo revelou que, no contexto da quarta revolução tecnológica e dos domínios da saúde digital, os instrumentos digitais mais utilizados pelas ACS em seu processo de trabalho são: o celular, o *tablet*, os seus aplicativos e os *softwares* associados, por meio da internet, para o estabelecimento de ações e práticas de telemonitoramento, televigilância e planejamento territorial. Não obstante, o uso de tais tecnologias parece tensionar um novo ganho de legitimidade social na comunidade. Todavia, aponta-se, também, que a formação profissional precisa incorporar as novas competências tecnológicas em uma perspectiva crítica.

Mesmo com a incorporação tecnológica, o futuro dessa profissional ainda se encontra

firmemente enraizado na presencialidade e na territorialidade. Nesse sentido, conhecer as demandas das comunidades, das famílias e dos usuários é a substância do trabalho das ACS. Para tanto, é necessária a produção de arranjos tecnológicos complexos que incorporem equipamentos, conhecimentos e relações de forma articulada, contextualizada e comprometida com a defesa da vida.

Como limitações deste estudo, apontam-se: a ausência de atores da profissão de ACS e gestores, em nível federal, que pudessem trazer suas percepções sobre o contexto nacional para as análises; além de que as experiências compreendidas na cidade de Salvador (BA), em área urbana, podem não ser representativas de outros territórios. Tais limitações demandam estudos futuros que possam investigar o uso das tecnologias digitais no trabalho das ACS nos contextos das populações do campo, das florestas e das águas; bem como ampliação de atores estratégicos nas entrevistas/grupos focais, como Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde e Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde.

Colaboradores

Santos RC (0000-0002-4973-123X)*, Ribeiro LF (0000-0003-0494-3770)*, Amado CF (0000-0003-3852-0792)*, Gurgel AM (0000-0002-5981-3597)*, Vieira LCNV (0009-0003-8595-5294)*, Mélo LMBD (0000-0001-5737-751X)* e Santos L (0000-0002-8958-4094)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Paim JS, Almeida-Filho N, organizadores. Saúde coletiva: teoria e prática. 2ª ed. Rio de Janeiro: Med-Book; 2023.
2. Belluzzo LG. Enigmas do capitalismo e o mundo da vida. *Cad Desenvol*. 2021;16(28):19-24.
3. Gadelha CG. O Complexo Econômico-Industrial da Saúde 4.0: por uma visão integrada do desenvolvimento econômico, social e ambiental. *Cad Desenvol*. 2021;16(28):25-49.
4. Santos RC, Silva LIM, Santos LDPJ, et al. O uso de tecnologias digitais nas práticas de trabalhadores comunitários de saúde: uma revisão internacional de escopo. *Trab Educ Saúde*. 2023;21:e02146220. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2146>
5. Celuppi ICL, Lima GS, Rossi E, et al. Uma análise sobre o desenvolvimento de tecnologias digitais em saúde para o enfrentamento da COVID-19 no Brasil e no mundo. *Cad Saúde Pública*. 2021;37(3):e00243220. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00243220>
6. Pereira A, Simonetto EO. Indústria 4.0: conceitos e perspectivas para o Brasil. *Rev Univ Vale Rio Verde*. 2018;16(1):1-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.5892/ruvrd.v16i1.4938>
7. Venturini FGP, Pinto LFR, Oliveira Neto GC. Aplicação de tecnologias habilitadoras de Indústria 4.0 na área da saúde: uma revisão sistemática. *Rev Valore*. 2021;6:e2015. DOI: <https://doi.org/10.22408/reva602021561%25p>
8. Hellmann A, Emmons A, Stewart Prime M, et al. Digital Health: Today's Solutions and Tomorrow's Impact. *Clin Lab Med*. 2023;43(1):71-86. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cll.2022.09.006>
9. Petretto DR, Carrogu GP, Gaviano L, et al. Telemedicine, e-Health, and Digital Health Equity: A Scoping Review. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2024;20:e17450179279732. DOI: <https://doi.org/10.2174/0117450179279732231211110248>
10. André S, Ribeiro P. E-health: as TIC como mecanismo de evolução em saúde. *Gest Desenvol*. 2020;(28):95-116. DOI: <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2020.9467>
11. Silva CRDV, Lopes RH, Martiniano CS, et al. Conceito de saúde digital na atenção primária à saúde (2020-2022): um estudo baseado no método evolucionário de Rodgers. *Bol Conjunt (BOCA)*. 2024;17(49):432-454. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.10565467>
12. Rodrigues PLF, Menezes ELC, Scherer MDA, et al. Organização do trabalho em saúde e as transformações digitais: uma perspectiva comparada entre Brasil e Portugal. *Trab Educ Saúde*. 2025;23:e03078285. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs30781>
13. Schraiber LB. Engajamento Ético-Político e Construção Teórica na Produção Científica do Conhecimento em Saúde Coletiva. In: Baptista TWF, Azevedo CS, Machado CV, organizadores. Políticas, Planejamento e Gestão em saúde: abordagens e métodos de pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2015. p. 33-57.
14. Almeida Filho N. Metapresencialidade, saúde digital e saúde coletiva. *Interface (Botucatu)*. 2024;28:e230473. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.230473>
15. Santos RC. Processo de trabalho das agentes comunitárias de saúde no contexto da revolução tecnológica 4.0 [dissertação]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2024.
16. Mélo LMBD, Santos RC, Albuquerque PC. Agentes Comunitárias de Saúde: o que dizem os estudos internacionais? *Ciênc saúde coletiva*. 2023;28(2):501-20. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023282.12222022>
17. Santos RC, Ribeiro LF, Amado CF, et al. Condições de trabalho dos agentes comunitários de saúde em um contexto de saúde digital: velhos e novos desafios. *Interface (Botucatu)*. 2024;28:e230548. <https://doi.org/doi:10.1590/interface.230548>

18. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
19. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
20. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 jun 13; Edição 112; Seção I:59-62.
21. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2016 maio 24; Edição 98; Seção I:44-46.
22. Ayres JRMC, Santos L. Saúde, sociedade e história: Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves. São Paulo: Hucitec; Porto Alegre: Rede Unida, 2017.
23. Mélo LMBD, Albuquerque PC, Santos RC, et al. Agentes comunitárias de saúde: práticas, legitimidade e formação profissional em tempos de pandemia de Covid-19 no Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2021;25:e210306. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.210306>
24. Mélo LMBD, Santos RC, Albuquerque PC. Agentes Comunitárias de Saúde na pandemia de Covid-19: scoping review. *Saúde debate*. 2022;46(esp1):368-84. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E125>
25. Santos RC, Gurgel AM, Domingues RC, et al. Práticas das agentes comunitárias de saúde em contextos de emergências socio sanitárias e ambientais: revisão de escopo. *Hygeia Rev Bras Geogr Méd Saúde*. 2025;21:e2118. DOI: <https://doi.org/10.14393/Hygeia2174759>
26. Bellas HC, Castro-Nunes P, Bulhões B, et al. Desempenho resiliente da longitudinalidade da atenção primária durante a pandemia da Covid-19: um estudo transversal em territórios vulneráveis do município do Rio de Janeiro. *Saúde debate*. 2022;46(esp8):75-88. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E806>
27. David N, Utulu SCA, Tyndall J. mHealth: a mediating tool for community health workers' transformation in armed conflict zones. *Afr J Inf Syst*. 2021;13(4):493-513.
28. Shah MK, Gibbs AC, Ali MK, et al. Overcoming the Digital Divide in the Post-COVID-19 "Reset": Enhancing Group Virtual Visits with Community Health Workers. *J Med Internet Res*. 2021;23(7):e27682. DOI: <https://doi.org/10.2196/27682>
29. Vieira-Meyer APGF, Ferreira RGLA, Albuquerque GA, et al. Gender and Violence in the Daily Routine of Community Health Workers in Fortaleza, Brazil. *J Community Health*. 2023;48(5):810-818. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10900-023-01221-9>
30. Santana MM, Medeiros KR, Monken M. Processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família na pandemia no Recife-PE: singularidades socioespaciais. *Trab Educ Saúde*. 2022;20:e00154167. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs00154>
31. Faria RM. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Ciência saúde coletiva*. 2020;25(11):4521-30. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.30662018>
32. Santos RC, Mélo LMBD, Santos NRNTV, et al. Agente comunitário de saúde ou "técnico de enfermagem comunitária"? dilemas e disputas na profissionalização. *Tempus Actas Saude Colet*. 2021;15(01):247.
33. Almeida-Filho N. Competência tecnológica crítica em Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2018;22(66):667-71. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622018.0257>
34. Silva CLF, Jorge TM. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: percepções de trabalhadores sobre conceito e prática. *Medicina (Ribeirão)*. 2023;56(2):e-196780. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2023.196780>
35. Chagas MS, Abrahão AL. Produção de cuidado em saúde centrado no trabalho vivo: existência de vida no território da morte. *Interface (Botucatu)*. 2017;21(63):857-67. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0262>

36. Castells M. A sociedade em Rede. São Paulo: Editora Paz e Terra; 2000.
37. Leal Neto OB, Albuquerque J, Souza WV, et al. Inovações disruptivas e as transformações da saúde pública na era digital. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(11):e00005717. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00005717>
38. Rachid R, Fornazin M, Castro L, et al. Saúde digital e a plataformização do Estado brasileiro. *Ciência saúde coletiva*. 2023;28(7):2143-53. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023287.14302022>
39. Pinto HA, Santana JSS, Chioro A. Por uma transformação digital que assegure o direito à saúde e à proteção de dados pessoais. *Saúde em Redes*. 2022;8(2):01-11. DOI: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2022v8n2p361-371>
40. Kostkova P, Brewer H, Lusignan S, et al. Who Owns the Data? Open Data for Healthcare. *Front Public Health*. 2016;4:7. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2016.00007>
41. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Entendendo a incorporação de tecnologias em saúde no SUS: como se envolver. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016.
42. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2005.
43. 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>
44. Gaspar RS, Rossi L, Hone T, et al. Income inequality and non-communicable disease mortality and morbidity in Brazil States: a longitudinal analysis 2002-2017. *Lancet Reg Health Am*. 2021;2:100042. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100042>
45. Mélo LMBD, Albuquerque PC, Santos RC. Conjuntura política brasileira e saúde: do golpe de 2016 à pandemia de Covid-19. *Saúde debate*. 2022;46(134):842-56. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213418>
46. Almeida-Filho N. Mais além da determinação social: sobredeterminação, sim! *Cad Saúde Pública*. 2021;37(12):e00237521. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00237521>

Recebido em 17/10/2024

Aprovado em 15/05/2025

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: a pesquisa recebeu financiamento da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), por meio de bolsa de mestrado (código de financiamento 001) concedida ao primeiro autor do artigo

Editora convidada: Maria Lucia Frizon Rizzotto

Monitoramento e Avaliação da segurança alimentar (e nutricional) no Brasil e na Argentina

Monitoring and Evaluation of food (and nutritional) security in Brazil and Argentina

Amanda da Silva Bastos de Oliveira¹, Juliana Pereira Casemiro², Ana Laura Brandão³, Frederico Peres³, Luiza Trabuço⁴

DOI: 10.1590/2358-289820251469942P

RESUMO O artigo objetivou apresentar e discutir elementos constitutivos de políticas públicas no Brasil e na Argentina voltadas ao monitoramento e à avaliação da segurança alimentar (e nutricional), dos anos 2000 a 2023. Realizou-se estudo qualitativo e descritivo mediante análise documental em documentos oficiais publicados pelos governos federais brasileiro e argentino. Os documentos, filtrados através de palavras-chave em português e espanhol no escopo do estudo, tiveram como referência de análise conceitos de Monitoramento e Avaliação (M&A) e, complementarmente, as dimensões do contexto em que os documentos foram publicados. No Brasil, observou-se que o M&A da Segurança Alimentar e Nutricional foi impulsionado pelos marcos legais e pela conformação de Sistema baseado na intersetorialidade, cujo funcionamento esteve relacionado aos mandatos presidenciais. Na Argentina, a perspectiva esteve relacionada a políticas e programas de segurança alimentar do país voltadas, predominantemente, ao setor saúde. Ambos os países apresentaram desafios à efetivação da participação social contínua e institucionalizada, devido a instabilidades dos contextos políticos e de emergências sociais e alimentares. Espaços colaborativos e convergentes mostram-se potentes na promoção da cultura de gestão, assim como o M&A participativo.

PALAVRAS-CHAVE Segurança alimentar. Avaliação de programas e projetos de saúde. Colaboração intersetorial. Programas e políticas de nutrição e alimentação. Sociedade civil.

ABSTRACT *This article aimed to present and discuss the constituent elements of public policies in Brazil and Argentina focused on monitoring and evaluating food (and nutritional) security, from 2000 to 2023. A qualitative and descriptive study was carried out through documentary analysis of official documents published by the Brazilian and Argentine federal governments. The documents, filtered using keywords in Portuguese and Spanish within the scope of the study, were analyzed based on monitoring and evaluation concepts and, additionally, the dimensions of the context in which the documents were published. In Brazil, it was observed that the monitoring and evaluation of food and nutritional security was driven by legal frameworks and the establishment of a System based on intersectorality, whose operation was related to presidential mandates. In Argentina, the perspective was related to the country's food security policies and programs, predominantly aimed at the health sector. Both countries faced challenges in implementing continuous and institutionalized social participation, due to instability in political contexts and food and social emergencies. Collaborative and convergent spaces have proven to be powerful in promoting a management culture, as has participatory monitoring and evaluation.*

KEYWORDS *Food security. Program evaluation. Intersectoral collaboration. Nutrition programs and policies. Civil society.*

¹ Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
amandaoliveiranut@gmail.com

² Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³ Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁴ Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS) – Brasília (DF), Brasil.



Introdução

Brasil e Argentina, à semelhança de outros países latino-americanos, compartilham desafios no enfrentamento da histórica prevalência de insegurança alimentar em seus territórios, situação que debilita o desenvolvimento social e agrava, ainda mais, a determinação socio-ambiental da saúde de significativa parcela de suas populações, tradicionalmente vulnerabilizadas¹. Dificuldades de acesso a uma alimentação saudável, seja pela disponibilidade ou pelo custo dos alimentos, o aumento da prevalência do sobrepeso e obesidade em diferentes grupos populacionais, os conflitos gerados na luta pelo acesso à terra e à moradia, no campo e nas cidades, as migrações forçadas e a fome são inequívocas evidências de um quadro de grave e complexa crise alimentar que, nas últimas décadas, tem sido agravada pelas alterações no clima e nos sistemas naturais da região¹⁻⁴.

Esse complexo e imbricado cenário, classificado por muitos autores como uma ‘crise de crises’ e marcado pelo acirramento das históricas desigualdades vivenciadas em ambos os países, coloca o desafio de se compreender as sinergias entre diferentes componentes e determinantes de cada crise, em uma lógica que supere a tradicional relação causa-efeito que, frequentemente, orienta políticas e programas de saúde na região^{3,5}.

Na América do Sul, segundo dados da Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura (FAO)¹, 159 milhões de pessoas se encontravam em situação de insegurança alimentar moderada e grave no ano de 2022, a maior incidência entre todas as sub-regiões latino-americanas. Paradoxalmente, esse mesmo território se configura como o de maior potencial agrícola regional, com destaque justamente para Brasil e Argentina, expoentes de um modelo global de produção agrícola calcado no agronegócio exportador de *commodities*⁶. Modelo esse que determina a prevalência de sistemas alimentares insustentáveis, do ponto de vista ecológico,

e produtores de desigualdades, do ponto de vista de projeto de desenvolvimento⁷.

As consequências dos processos de desenvolvimento insustentáveis e produtores de desigualdades adotados por Brasil e Argentina, sobretudo a partir do início da década de 1990, acabaram por restringir ainda mais o acesso a uma alimentação saudável, assim como aprofundaram as históricas desigualdades entre os diferentes grupos de suas populações, colocando a insegurança alimentar no centro das demandas por políticas públicas de proteção social, garantidoras dos direitos cidadãos mais básicos^{5,7,8}. Assim, demandam um esforço de pensar, desenvolver e implementar estratégias de avaliação e monitoramento da insegurança alimentar, no âmbito das políticas públicas de segurança alimentar (e nutricional), possibilitando o conhecimento das realidades de grande parte de suas populações – sobretudo dos grupos mais vulnerabilizados historicamente, como as mulheres, os indivíduos pretos e pardos, os menos escolarizados, os residentes no campo e nas regiões periféricas de grandes centros urbanos, entre outros – e definindo estratégias para o enfrentamento dessa complexa crise, limitadas pelo contexto de subfinanciamento dos sistemas de saúde em ambos os países⁸⁻¹².

O presente artigo objetiva apresentar e discutir elementos constitutivos de políticas públicas, no Brasil e Argentina, voltadas para o Monitoramento e Avaliação (M&A) da segurança alimentar (e nutricional), entre 2000 e 2023.

Material e métodos

Trata-se de um estudo exploratório, de base qualitativa e descritiva, estruturado a partir de pesquisa documental¹³, realizada entre os meses de novembro de 2023 e janeiro de 2024, junto a *sites* oficiais do Governo Federal do Brasil e da Argentina, utilizando como recorte temporal o período de 2000 a 2023. A opção pelo recorte temporal de vinte e três anos

deve-se aos contextos políticos, com a eleição de presidentes mais progressistas no início dos anos 2000 e de viés mais liberal, por volta de 2015, e as transformações sociais decorrentes dessas gestões nos dois países.

Por meio das opções de busca avançada e/ou filtros existentes nesses *sites*, utilizou-se o termo ‘Segurança Alimentar e Nutricional’ (SAN) para localizar os documentos brasileiros, e ‘*seguridad alimentaria*’ para os documentos argentinos. A escolha por não incluir o termo ‘nutricional’ na busca de documentos oficiais argentinos deve-se ao fato de, no país, utilizar-se majoritariamente o termo ‘*seguridad alimentaria*’, o que tornou mais precisa e abrangente a busca.

Os critérios de inclusão dos documentos argentinos envolveram, inicialmente, os publicados no *site* Infoleg, repositório de informação legislativa e documental oficial do governo argentino. Complementarmente, utilizaram-se os *sites* dos ministérios da saúde e do desenvolvimento social do país como fonte para o levantamento de documentos não encontrados no Infoleg. Com relação aos documentos brasileiros, e considerando que o principal repositório de documentos de SAN é o *site* do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Consea), retirado do ar no período de 2019 a 2023, durante o mandato presidencial Jair Bolsonaro, utilizou-se o acervo construído por Oliveira et al.¹⁴, com informações atualizadas até 2019, e o *site* do Diário Oficial da União. Os critérios de exclusão do estudo abrangem documentos de cunho administrativo e burocrático da gestão, como os extratos de contratos, convênios, resoluções de adesão ao Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Sisan), editais de licitação e comunicados.

Após esse procedimento, foi realizada leitura flutuante dos documentos encontrados e devidamente organizados em planilha do Microsoft Excel®, permitindo a identificação e categorização de seu conteúdo (objetivos, ano de publicação, órgão de origem, indicadores de

monitoramento, menção à segurança alimentar, soberania alimentar e direito à alimentação). Para identificar os atributos relacionados ao M&A, foram utilizados, em português e espanhol, os termos ‘monitoramento’ (*‘monitoreo’*), ‘monitorar’ (*‘monitorear’*), ‘avaliação’ (*‘evaluación’*), ‘avaliar’ (*‘evaluar’*). As palavras-chave foram selecionadas de acordo com o escopo do estudo, ou seja, M&A da segurança alimentar.

Para a análise documental (Cellard), utilizou-se como referência o conceito de monitoramento cunhado pelo estudo de Silva¹⁵ (‘acompanhamento contínuo e sistemático das intervenções ao longo de determinado tempo’), e o conceito de avaliação apresentado por Contandriopoulos et al.¹⁶ (‘julgamento de valor emitido a uma intervenção ou qualquer um de seus componentes, visando a tomada de decisões’). Para identificação das dimensões de M&A da segurança alimentar, utilizou-se na análise o estudo de Santos e Sampaio⁸, abrangendo situações de risco para insegurança alimentar e intervenções relacionadas à segurança alimentar, além dos contextos políticos e sociais que perpassaram o recorte temporal do estudo.

Resultados e discussão

Limitações no estudo foram observadas durante o levantamento dos documentos, sobretudo dos brasileiros, devido à descontinuidade de informações de domínio público referentes ao período de análise. Por se tratar de documentos de governo e sociedade civil, são possíveis vieses de autoria, de seleção e temporais. A fim de minimizar as lacunas, a análise conjuntural foi associada à interpretação dos resultados.

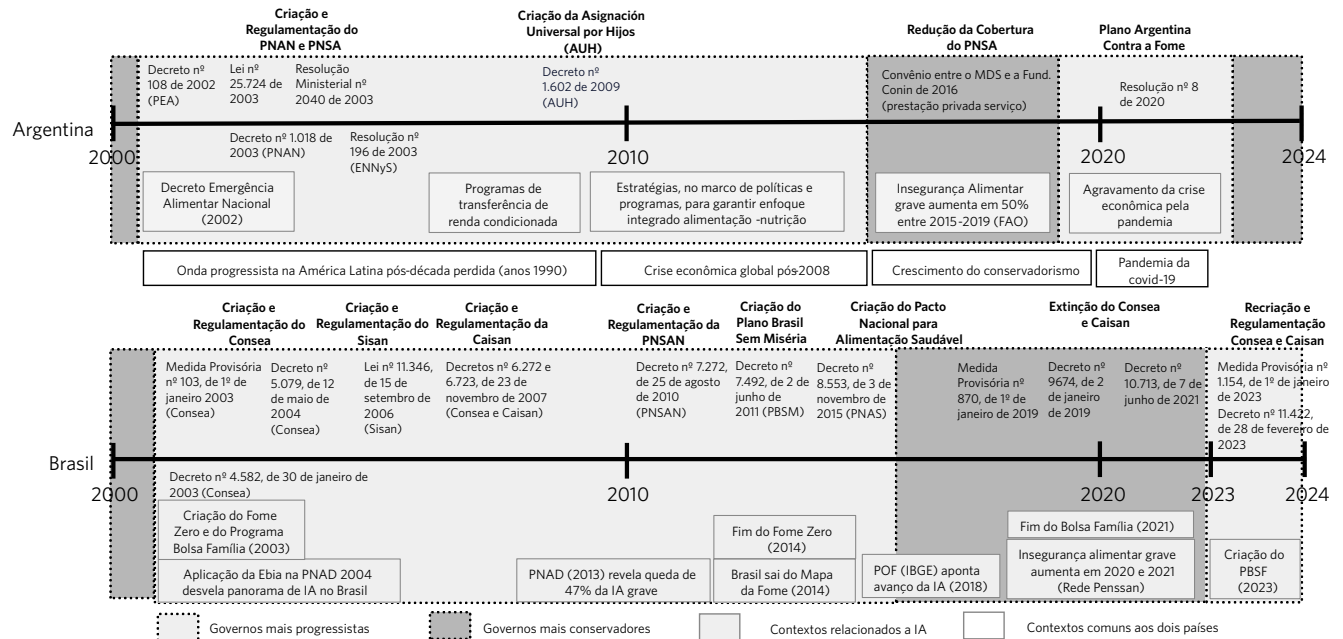
A análise integrada dos documentos, identificados durante o processo de levantamento de dados junto aos repositórios oficiais de Brasil e Argentina, desvelou um esforço de ambos os países, na esfera governamental, para a formulação e implementação de políticas e

estratégias voltadas à garantia da segurança alimentar junto a suas respectivas populações. Esforços mais evidenciados foram observados a partir do ano de 2003, momento em que ambos os países enfrentavam grave situação de insegurança alimentar e tinham, na esfera federal, governos com orientação mais progressista (governos Lula da Silva, no Brasil, e Néstor Kirchner, na Argentina) e

comprometidos com políticas de promoção da cidadania e combate à pobreza e à fome.

A figura 1 apresenta uma linha do tempo na qual se destacam as principais políticas e estratégias adotadas por Brasil e Argentina, entre 2000 e 2023, para o enfrentamento da insegurança alimentar junto aos grupos de suas populações.

Figura 1. Linha do tempo com principais marcos, programas e políticas relacionados ao enfrentamento da insegurança alimentar, no Brasil e na Argentina, entre 2000 e 2023



Fonte: elaboração própria.

Interessante observar que ambos os países, resguardadas as suas particularidades políticas e sociais, passaram por conjunturas similares, no que diz respeito ao processo de formulação e implementação de políticas e estratégias para o enfrentamento da insegurança alimentar, com esforços mais concentrados nos períodos em que projetos de governo mais progressistas estavam no poder e, em contraposição,

com o enfraquecimento dessas iniciativas no marco de governos mais conservadores e de viés liberal (figura 1).

Adicionalmente, destaca-se, no período de análise, a forte influência da crise econômica global de 2008 e da pandemia de covid-19 (2020-2022) sobre os panoramas de insegurança alimentar em ambos os países, agravando situações, historicamente estabelecidas, de

vulnerabilização de diversos grupos da população e o aprofundamento das desigualdades entre eles. Impactos que, como se evidenciará a seguir, comprometeram o alcance e a eficácia de políticas e programas voltados para a garantia da SAN nesses países.

Políticas públicas e os desafios para o Monitoramento e a Avaliação da Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil

No Brasil, a construção de políticas públicas sobre SAN, bem como de suas estratégias de M&A, tem como marcas a participação social e a intersetorialidade, onde o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Consea) se apresenta como espaço estratégico de articulação entre governo e sociedade civil. O Consea é um órgão de assessoramento à Presidência da República, composto por representantes do governo (com um terço das vagas) e da sociedade civil (ocupando dois terços dos assentos)^{14,17}.

Criado originalmente em 1993, o então denominado Conselho Nacional de Segurança Alimentar, o Consea, foi, por dois anos, um espaço para a articulação entre governo e sociedade civil em torno de programas sociais, sendo extinto no início de 1995. Foi recriado em 2003, já como Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e orientado às intervenções à garantia da SAN e do combate à fome, como o Fome Zero e o programa Bolsa Família, que marcaram a primeira gestão Lula da Silva, orientada à concepção sistêmica da SAN¹⁴. Esteve atuante durante o período de 2003 a 2018, sendo novamente extinto em 2019 e, posteriormente, recriado em 2023^{14,17}.

Com a instituição do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Sisan), em 2006¹⁸, estabelece-se um direcionamento à coordenação intersetorial das políticas públicas de SAN, envolvendo o Consea, as Conferências de Segurança Alimentar e Nutricional (CNSAN) e a Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (Caisan),

devidamente articulados aos demais órgãos, entidades e instituições relacionadas às políticas e programas de SAN no País.

No que tange ao M&A da SAN, destaca-se a criação, em 2004, da Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação (Sagi) na estrutura do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), com objetivo de monitorar e avaliar políticas e programas implementados por esse Ministério, incluindo os de SAN^{14,19}. Entre as estratégias de M&A desenvolvidas e incorporadas no âmbito de políticas e programas para a promoção da SAN, no período, está o desenvolvimento e a aplicação da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (Ebia), ferramenta incorporada em 2004 na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁸.

De forma complementar, foram criadas outras ferramentas como o Mapeamento de Segurança Alimentar e Nutricional (MapaSAN) e o de Insegurança Alimentar e Nutricional (Mapa InSAN), que se utilizam dos dados de outros sistemas relacionados à SAN, no País, como o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) e o Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico)^{14,20}.

Já o Decreto nº 7.272, de 25 de agosto de 2010²⁰, regulamenta o Sisan e cria instrumentos de gestão e M&A da SAN, no âmbito da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN), instituindo a demanda de construção de Planos Nacionais de Segurança Alimentar e Nutricional (Plansan).

No âmbito da atuação do Consea, cabe destaque ao Grupo Técnico ‘Indicadores e Monitoramento’, que viabilizou a construção de uma matriz de indicadores que permitiram traçar um panorama da realização do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) no Brasil, fornecer subsídios para o desenvolvimento e aprimoramento de ações, políticas e programas, com base nas potencialidades e lacunas identificadas¹⁴. Outra ferramenta relevante usada pelo Consea foram as Exposições de Motivos, documentos apresentados aos

órgãos governamentais afetos à SAN com demandas de pactuações e discussões, entre as quais, muitas com abordagens relacionadas ao M&A de programas e ações de SAN¹⁴.

Por fim, destacam-se, ainda, a criação do Plano Brasil Sem Miséria²¹ e do Pacto Nacional para a Alimentação Saudável²², este, coordenado e gerido pela Caisan, como estratégias nacionais para o enfrentamento da insegurança alimentar no País, sobretudo em um contexto social fortemente impactado pelas graves consequências da crise econômica global de 2008. Contexto que, posteriormente, acaba determinando uma crise política que resultou no processo de *impeachment* da Presidenta Dilma Rousseff, em 2016, iniciando, no País, um período de governos com orientação mais conservadora e (neo)liberal, entre os anos de 2016 e 2022¹⁴.

O contexto político-social pós-*impeachment* também interferiu nas políticas e programas voltados para a promoção da SAN e na realização do M&A no Brasil, seja no enfraquecimento de suas estruturas de coordenação ou no aporte de recursos para suas ações programáticas. Em 2019, com a extinção do Consea¹⁴ e, posteriormente, a desarticulação das estruturas de M&A da SAN, suas atribuições foram assumidas, sem qualquer coordenação sistêmica, por diferentes órgãos como o Ministério da Cidadania, a Secretaria Especial de Desenvolvimento Social e Secretaria Nacional de Inclusão Social e Produtiva.

O *quadro 1* apresenta as principais políticas e programas voltados para a SAN no país, entre 2000 e 2023, destacando as principais estratégias de M&A, quando pertinente.

Quadro 1. Políticas e programas de SAN, no Brasil, entre 2003 e 2023, destacando principais objetivos e estratégias de M&A

Legislação	Ano	Órgão	Objetivo	M&A da SAN
Medida Provisória nº 103, de 1º de janeiro 2003 ²³	2003	Presidência da República Casa Civil	Instituir o Consea e outros Conselhos, na estrutura de assessoramento à Presidência da República	Não apresenta
Decreto nº 4.582, de 30 de janeiro de 2003 ²⁴	2003	Presidência da República Secretaria Geral	Regulamentar o funcionamento do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - Consea, e demais providências	Não apresenta
Decreto nº 5.079, de 12 de maio de 2004 ²⁵	2004	Presidência da República Casa Civil	Dispor sobre a composição, estruturação, competência e funcionamento do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - Consea, e outras providências	Estabelece como uma das competências do Consea a proposição de estratégias em M&A
Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006 ¹⁸	2006	Presidência da República Casa Civil	Estabelecer a Lei Orgânica de SAN e criar o Sisan	Reforça o papel do poder público no M&A da realização do DHAA e inclui, entre os princípios e diretrizes do Sisan, o M&A de políticas e programas de SAN e da situação alimentar e nutricional no País

Quadro 1. Políticas e programas de SAN, no Brasil, entre 2003 e 2023, destacando principais objetivos e estratégias de M&A

Legislação	Ano	Órgão	Objetivo	M&A da SAN
Decreto nº 6.272, de 23 de novembro de 2007 ²⁶	2007	Presidência da República Casa Civil	Dispor sobre as competências, a composição e o funcionamento do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – Consea	Institui, nas competências do Consea, o monitoramento da implementação e da coerência das ações descritas na política e no Plano de SAN, em parceria com demais integrantes do Sisan. Estabelece à Secretaria Executiva do Consea atividades relativas à direção, coordenação e orientação da avaliação das suas atividades
Decreto nº 6.273, de 23 de novembro de 2007 ²⁷	2007	Presidência da República Casa Civil	Cria a Caisan	Inclui entre as demais competências da Caisan a elaboração do Plano Nacional de SAN, inclusive o M&A de execução do Plano, assim como dos resultados e impactos deste e da Política de SAN como um todo. Prevê também o M&A de recursos destinados às ações e aos programas de SAN constantes no Plano Plurianual
Decreto nº 7.272, de 25 de agosto de 2010 ²⁰	2010	Presidência da República Casa Civil	Regulamentar a Lei nº 11.346/2006, instituir a Política Nacional de SAN e as bases para a criação do Plano Nacional de SAN	Entre as diretrizes e objetivos referentes à Política Nacional de SAN, inclui-se o monitoramento do DHAA. Nos mecanismos de gestão do Sisan e da Política de SAN, atribui ao Consea função no monitoramento dos mecanismos de exigibilidade do DHAA; à Caisan, o fornecimento de informações necessárias ao monitoramento; aos órgãos/entidades do Poder Executivo Federal presentes no Plano a participação no M&A do instrumento, sendo as mesmas atribuições destinadas a Estados, Municípios e ao Distrito Federal. Para isso, prevê a instituição de um sistema de monitoramento da Política de SAN no âmbito do Sisan
Decreto nº 7492, de 2 de junho de 2011 ²¹	2011	Presidência da República Casa Civil	Instituir o Plano Brasil Sem Miséria	Atribui funções ao Comitê Gestor Nacional do Plano Brasil Sem Miséria, entre elas, acompanhar o monitoramento e avaliação do Plano e de políticas, programas e ações nesse âmbito
Decreto nº 8.553, de 3 de novembro de 2015 ²²	2015	Presidência da República Secretaria Geral	Instituir o Pacto Nacional para Alimentação Saudável	Não apresenta
Medida Provisória nº 870, de 1º de janeiro de 2019 ²⁸	2019	Presidência da República Secretaria Geral	Estabelecer a organização básica dos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios	Atribui à Casa Civil responsabilidades no M&A das ações e da gestão federal; à Secretaria de Governo, o monitoramento das ações referentes aos organismos internacionais e ONGs; ao Ministério da Cidadania, a Política Nacional de SAN
Decreto nº 9.674, de 2 de janeiro de 2019 ²⁹	2019	Presidência da República Secretaria Geral	Aprovar Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Cidadania	Atribui responsabilidades à Sagi, ao Departamento de Monitoramento e ao Departamento de Formação e Disseminação, o apoio, a disseminação dos resultados de pesquisas, assim como metodologias de M&A de intervenções no âmbito do Ministério

Quadro 1. Políticas e programas de SAN, no Brasil, entre 2003 e 2023, destacando principais objetivos e estratégias de M&A

Legislação	Ano	Órgão	Objetivo	M&A da SAN
Decreto nº 10.713, de 7 de junho de 2021 ³⁰	2021	Presidência da República Secretaria Geral	Dispor sobre a Caisan	Estabelece como competências a definição de instrumentos para M&A da implementação, resultados e impactos da PNSAN e do Plansan, dos recursos aplicados em ações e programas de SAN. Versa também sobre a instituição de comitês técnicos para monitoramento da implementação de estratégias intersetoriais que têm relação com a PNSAN
Medida Provisória nº 1.154, de 1º de janeiro de 2023 ³¹	2023	Presidência da República Secretaria Geral	Reinstituir o Consea e outros Conselhos na estrutura de assessoramento à Presidência da República	Não apresenta
Decreto nº 11.421, de 28 de fevereiro de 2023 ³²	2023	Presidência da República Casa Civil	Apresentar as competências, composição e funcionamento do Consea, em alteração a dispositivos do Decreto nº 6.272/2007	Não apresenta
Decreto nº 11.422, de 28 de fevereiro de 2023 ³³	2023	Presidência da República Casa Civil	Dispor sobre a Caisan	Estabelece competências à Caisan, como o M&A da execução, dos resultados e impactos do Plano de SAN, dos recursos destinados e aplicados às ações e aos programas de SAN presentes no Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias e Leis Orçamentárias Anuais
Decreto nº 11.679, de 31 de agosto de 2023 ³⁴	2023	Presidência da República Casa Civil	Instituir o Plano Brasil Sem Fome	Inclui como um dos objetivos do Plano o monitoramento de políticas, programas e ações de combate à fome e promoção do acesso à alimentação adequada e saudável. Além disso, confere à Caisan a atribuição de edição dos atos referentes ao monitoramento no Plano
Resolução MDS nº 3, de 31 de agosto de 2023 ³⁵	2023	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome/ Câmara Intermistrial de Segurança Alimentar e Nutricional	Regulamentar o Plano Brasil Sem Fome, instituir o Comitê Gestor e dar outras providências	Atribui ao Comitê Gestor a formulação de indicadores e o M&A dos programas e das ações no Âmbito do Plano Brasil Sem Fome, assegurando a participação social

Fonte: elaboração própria.

Como resposta à existência, em 2022, de 33,1 milhões de pessoas passando fome no País, situação agravada durante a pandemia de covid-19 e pelos reflexos das fragmentações de políticas públicas e do Sisan³⁶ em 2023, o Consea foi recriado, e a Caisan ampliada, composta por 24 ministérios. A partir do diálogo

entre as instâncias do Sisan, foram observados desdobramentos de novas perspectivas para as políticas públicas de SAN, assim como para o seu M&A.

A instituição do Plano Brasil Sem Fome (PBSF) (Decreto nº 11.679, de 31 de agosto de 2023)³⁴ como instrumento de enfrentamento

da insegurança alimentar e retirada do País do Mapa da Fome atribuiu às instâncias do Sisan funções em coordenação, mobilização, monitoramento e controle social das estratégias, tendo como base a integração e articulação. A partir do Comitê Gestor do PBSF e do Grupo de Trabalho de Indicadores e Monitoramento (GTIM), são divulgados os programas de SAN e as metas executadas nos estados e municípios brasileiros.

A perspectiva da intersetorialidade, da integração entre sistemas afetos à SAN e do controle social, incluindo o M&A da SAN, foi evidenciada na 6ª Conferência Nacional de Segurança Alimentar, realizada em 2023, marcando a retomada da institucionalidade do Sisan. Ademais, o fortalecimento da agenda internacional, sobretudo no que diz respeito às cooperações Sul-Sul, e a proposta da Aliança Global Contra a Fome sinalizam uma maior capilaridade da SAN e o fortalecimento da articulação para o enfrentamento da insegurança alimentar³⁷.

Políticas públicas e os desafios para o Monitoramento e a Avaliação da segurança alimentar na Argentina

A Argentina, assim como o Brasil, entra no século XXI com o imenso desafio de enfrentar uma grave crise alimentar (entre outras crises), com destaque para o ano de 2002, em que foi decretada a situação de emergência alimentar nacional que mobilizou a criação do Programa de Emergência Alimentar, destinado à compra de alimentos e ao atendimento prioritário às necessidades básicas da população mais vulnerável.

No ano seguinte, e como estratégia para a superação dessa situação no país, o mesmo governo sancionou o Programa Nacional de Nutrición y Alimentación. Com o objetivo de garantir o acesso à alimentação adequada e suficiente, o Programa era operacionalizado através da elaboração do Plano Nacional de Segurança Alimentar, a cargo do Ministério do Desenvolvimento Social do país.

Como instrumentos de M&A, o Programa Nacional de Nutrición y Alimentación incluía a avaliação do progresso, dos resultados e das necessidades nutricionais dos grupos populacionais em situação de vulnerabilidade social, cujos indicadores e tendências eram acompanhados pela Comisión Nacional de Nutrición y Alimentación, composta por representantes do governo (diferentes ministérios) e por organizações da sociedade civil (Organizações Não Governamentais). Essa Comissão possuía estruturas correlatas nos níveis provinciais, municipais e/ou comunitários, com atribuições na definição de estratégias de implementação, dos critérios de acesso e permanência da população^{38,39}.

Essa perspectiva de concertação e coordenação nos níveis nacional, provincial e municipal da política alimentar federal, com a finalidade de evitar sobreposição de programas e ações, deriva da criação do Sistema Alimentario Federal, no ano 2000, vinculado ao Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente, que, embora tenha sido extinto em 2002⁴⁰, foi responsável pela unificação de programas sociais no país^{38,39}.

Ainda em 2003, foi criada a Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS), através da Resolución nº 196/2003, que, entre outras funções, integra o Sistema Permanente de Avaliação do Estado Nutricional da População. A ENNyS representa uma fonte de informação estratégica e representativa no país, sobre diferentes aspectos relacionados à alimentação e nutrição, com ênfase na situação de saúde de grupos mais vulnerabilizados, como as crianças, mulheres grávidas e em idade fértil, assim como no acesso e na cobertura de políticas e programas de mesmo escopo⁴¹.

Em 2009, e já sob os fortes impactos da crise econômica global de 2008, o programa de Asignación Universal por Hijo (AUH), instituído pelo Decreto 1.602, é implementado no país como política social garantidora de direitos cidadãos mais básicos, voltada aos filhos de famílias de trabalhadores sem acesso

a outros programas sociais/de transferência de renda. É um programa de transferência de renda que, em circunstâncias de pobreza, é canalizado, principalmente, para a aquisição de alimentos⁴².

Entre 2013 e 2014, foi realizado um estudo sobre a estratégia AUH no país, e os resultados mostraram que o programa representou, em média, um quarto do rendimento familiar total. Nos núcleos familiares mais pobres, esse percentual chega a 40%, o que, segundo alguns autores, tem permitido garantir a alimentação e aumentar tanto a quantidade quanto a qualidade dos alimentos consumidos pelos seus destinatários⁴².

Em 2020, como estratégia para o enfrentamento da crise socio sanitária e humanitária relacionada à pandemia de covid-19, incluindo a resposta ao aumento dos preços dos alimentos acima da inflação do país e ao aumento da prevalência de insegurança alimentar moderada e grave, principalmente entre 2019 e 2021¹, o Ministério do Desenvolvimento Social argentino instituiu, por meio da Resolución n. 08, o Plan Argentina Contra el Hambre (PACH). O Plano é lançado como estratégia para o fortalecimento do Programa Nacional de Seguridad Alimentaria (PNSA) e se estrutura por meio de ações visando à promoção e ao fortalecimento do acesso da população à Cesta Básica de Alimentos, sobretudo para os grupos mais vulnerabilizados e, portanto, desproporcionalmente impactados pela pandemia de covid-19⁴³.

O PACH, além da perspectiva articuladora, apresenta como um de seus objetivos específicos a conformação de um sistema integrado para o M&A dos resultados e impactos do Plano e dos seus componentes, cada qual desdobrando-se em ações específicas. Em análise do PACH, Mascareño et al.⁴³, embora destaquem a proposta de atuar nas múltiplas dimensões de insegurança alimentar, afirmam a existência de limitações no alcance, visto que os problemas de ordem nutricional variam substancialmente de acordo com as regiões do país.

Lozano e Sala⁴⁴, ao analisarem as políticas alimentares no período compreendido entre 2015 e 2019, governado pela Alianza Cambiemos, sob liderança do presidente Mauricio Macri, destacaram maior protagonismo e responsabilização da sociedade civil organizada na mobilização de recursos para promover a segurança alimentar dos grupos vulnerabilizados, evidenciando a característica neoliberal de ausência do Estado.

A priorização e focalização das intervenções em SAN podem se configurar como prática comum no país, ancoradas na situação de insegurança alimentar, e traduzir-se na implementação de programas pontuais e assistenciais em detrimento de intervenções estruturais. Sordini³⁸, ao analisar programas alimentares realizados entre 1983 e 2020 no partido de General Pueyrredón, província de Buenos Aires, sugere que as intervenções alimentares se concentram na dimensão do acesso aos alimentos, e as nomenclaturas das intervenções, como ‘ajuda’, ‘emergência’, entre outras, parecem deixar implícito o seu caráter pontual e paliativo. Ademais, a perspectiva do M&A da segurança alimentar se mostrou voltada a especificidades nutricionais dos grupos populacionais em vulnerabilidade e/ou beneficiários de programas sociais.

Apesar das especificidades, os mecanismos de M&A de políticas públicas se desenvolveram e modernizaram ao longo do tempo no país, porém, ainda sob limitações, principalmente no fomento à participação social nessas atividades. A fim de reverter esse quadro, universidades têm produzido iniciativas, como, por exemplo, o Observatorio de la Deuda Social Argentina, desenvolvido na Pontificia Universidad Católica Argentina (UCA)⁴⁵. Atualmente, sob um projeto de governo conservador e ultraliberal, a Argentina vive, uma vez mais, importante crise sociopolítica e econômica, com impactos significativos nas estruturas e no financiamento de políticas públicas, incluindo aquelas voltadas ao enfrentamento da insegurança alimentar no país. Como resultado, estudos recentes apontam que a pobreza atingiu, no primeiro trimestre de 2024, 55% da população,

com a pobreza extrema (e, conseqüentemente, a insegurança alimentar grave) atingindo a mais de 17% da população argentina, ou seja, o equivalente a mais de 8 milhões de pessoas⁴⁵.

O quadro 2 apresenta as principais políticas e programas de SAN, na Argentina, entre 2000 e 2023, destacando alguns objetivos e estratégias de M&A, quando pertinente.

Quadro 2. Políticas e programas de SAN, na Argentina, entre 2000 e 2023, destacando principais objetivos e estratégias de M&A

Legislação	Ano	Órgão	Objetivo	M&A da SAN
Lei nº 25.724 ⁴⁶	2003	Honorable Congreso de la Nación Argentina	Criar o Programa de Nutrición y Alimentación Nacional	Estabelece como função da Comissão Nacional de Nutrição e Alimentação a criação de mecanismos de avaliação do progresso, de resultados e das condicionalidades do Programa. Além disso, o desenvolvimento de um Sistema Permanente de Avaliação do Estado Nutricional da População, coordenado junto a órgãos governamentais afins ao tema e o Instituto Nacional de Estatística e Censos (Indec)
Decreto nº 1.018 ⁴⁷	2003	Presidencia de la Nación Argentina	Regulamentar a Lei nº 25.724/2003	Define como um dos componentes do programa o monitoramento permanente do estado nutricional da população e dos beneficiários, assim como a avaliação do Programa. Enfatiza o papel do Sistema Permanente de Avaliação do Estado Nutricional da População na realização e divulgação de estudos. Aponta a necessidade de incluir a avaliação da SAN nas regiões do país para fornecer dados pertinentes à elaboração do mapa de risco, junto ao Indec
Resolução nº 196/2003 ⁴¹	2003	Ministerio de Salud	Aprovar a preparação da Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS)	Aponta como um dos objetivos específicos do ENNyS a avaliação do estado nutricional da população por meio de indicadores antropométricos e bioquímicos. Também aborda a realização de avaliação externa do ENNyS, que deverá ser realizada por 'Comissões Consultivas Científicas' nacionais e internacionais, compostas por especialistas e instituições profissionais/acadêmicas para avaliar o desenho, os instrumentos de coleta da pesquisa, os dados, resultados e inferências
Resolução Ministerial nº 2.040 ⁴⁸	2003	Ministerio de Desarrollo Social	Aprovar o Plan Nacional de Seguridad Alimentaria 'El Hambre más urgente'	Prevê o beneficiamento e/ou financiamento da supervisão e monitoramento do Plano
Decreto nº 1.602 ⁴⁹	2009	Presidencia de la Nación Argentina	Instituir a Asignación Universal por Hijo (AUH)	Embora não preveja estratégias de M&A, propõe diretrizes para a avaliação de resultados, como a encuesta realizada entre 2014 e 2014
Resolução nº 8 ⁵⁰	2020	Ministerio de Desarrollo Social	Criar o Plan Argentina Contra el Hambre	Inclui como objetivo específico do Plano o desenho e a implementação de sistema integrado de monitoramento, acompanhamento e avaliação de resultados e impactos das ações que compõem o Plano. Além disso, destaca a utilização da ciência, da tecnologia e formação interdisciplinar para esses fins

Fonte: elaboração própria.

Considerações finais

Há particularidades dos contextos de M&A da SAN na Argentina e no Brasil, contudo, percebem-se desafios comuns relacionados à efetivação de processos participativos, contínuos e institucionalizados. As instáveis oportunidades a essa participação provocadas pelas mudanças de cenário político e pelas emergências alimentares ainda impõem desafios à consolidação das políticas públicas de SAN nos dois países, assim como em seus processos de M&A.

Vale ressaltar a dimensão estruturante que a intersectorialidade e a garantia do DHAA possuem na SAN quando observado o contexto brasileiro. Na Argentina, essa dimensão não se faz tão evidente na conformação das políticas e dos programas, evidenciando a centralidade na dimensão nutricional com foco no setor saúde, o que dificulta a coordenação e as articulações interinstitucionais entre pastas relacionadas à SAN e que se configuram como entraves ao M&A¹².

Os documentos oficiais encontrados sinalizam a necessidade em pensar dinâmicas de M&A que considerem dimensões da SAN de forma holística, para além do aspecto puramente ‘nutricional’, e quantitativos de cobertura e acesso às intervenções. A harmonização no uso de indicadores quali-quantitativos, o financiamento adequado, a criação de Conselhos, formação de gestores e demais atores potenciais nesse processo têm se mostrado como vias imprescindíveis para tal^{5,11}.

Acresce-se a necessidade de utilizar conjuntamente estratégias que invistam recursos e esforços para fortalecer as políticas públicas que enfrentam a desigualdade social e a pobreza, e que promovam a autonomia e o empoderamento de indivíduos e grupos para reivindicar melhores condições de SAN. No nível regional, a Cúpula dos Povos da América Latina por Sistemas Alimentares Sustentáveis cumpre esse papel ao expor os mecanismos da agenda neoliberal na região, que culminam nas ausências do poder público no asseguramento do DHAA. Reforçar as ações de M&A da SAN é essencial para processos que incluam diferentes olhares e sabedorias que valorizem a participação popular⁵¹.

Como possibilidades, destaca-se o reforço na conformação de espaços colaborativos e convergentes de cooperação e solidariedade envolvendo as universidades e os espaços de formação, fomento às iniciativas já existentes da sociedade civil para reforço da cultura de gestão e M&A participativas com os atores-chave.

Colaboradores

Oliveira ASB (0000-0001-9963-8191)*, Casemiro JP (0000-0001-6940-2479)* e Brandão AL (0000-0002-7148-2268)* contribuíram para idealização e elaboração do manuscrito. Peres F (0000-0003-2715-6622)* e Trabuco L (0000-0001-6543-4465)* contribuíram para elaboração e revisão do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura; Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola; Organización Panamericana de la Salud; Programa Mundial de Alimentos; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Panorama regional de la seguridad alimentaria y nutricional – América Latina y el Caribe 2022 [Internet]. Santiago: FAO; 2023 [acceso em 2023 out 24]. 158 p. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57048>
2. Alimentando Políticas. A sindemia global da obesidade, desnutrição e mudanças climáticas - Relatório da Comissão The Lancet [Internet]. [local desconhecido]: Idec; 2019 [acesso em 2024 jan 5]. Disponível em: <https://alimentandopoliticas.org.br/wp-content/uploads/2019/10/Relat%C3%B3rio-Completo-The-Lancet.pdf>
3. Brandão AL, Peres F. Políticas Públicas y estrategias desde la sociedad civil para afrontar la sindemia global en América Latina. In: Brandão AL, Casemiro JP, Peres F, organizadores. Inseguridad Alimentaria y Emergencia Climática: sindemia global y un desafío de salud pública en América Latina. Porto Alegre: Editora Rede Unida; 2023. p. 274-93.
4. Swinburn BA, Kraak VI, Allender S, et al. The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. *Lancet*. 2019;393(10173):791-846. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32822-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32822-8)
5. Magalhães R. Avaliação de políticas e iniciativas públicas de segurança alimentar e nutricional: dilemas e perspectivas metodológicas. *Ciênc saúde coletiva*. 2014;19(5):1339-46. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014195.12202013>
6. Fundação Rosa Luxemburgo. Atlas dos Sistemas Alimentares do Cone Sul [Internet]. São Paulo: Expressão Popular; 2024 [acesso em 2024 abr 1]. 106 p. Disponível em: https://rosalux.org.br/wp-content/uploads/2024/02/Atlas_da_fome-e.pdf
7. Diehl RC, Mendes JM. Neoliberalismo y protección social en América Latina: salvando el capital y destruyendo el social. *Rev Katálysis*. 2020;23(2):235-46. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-02592020v23n2p235>
8. Santos SMC, Sampaio MFA. Contexto do planejamento e da avaliação da segurança alimentar e nutricional. In: Rocha C, Burlandy L, Magalhães R, organizadores. Segurança alimentar e nutricional: perspectivas, aprendizados e desafios para as políticas públicas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013. p. 147-68.
9. Champagne F, Brousselle A, Hartz Z, et al. A análise de implantação. In: Brousselle A, organizador. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 217-238.
10. Figueiró AC, Frias PG, Navarro LM. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, et al., organizadores. Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook; 2010. p. 1-14
11. Jannuzzi PM. Indicadores para diagnóstico, monitoramento e avaliação de programas sociais no Brasil. *RSP*. 2005;56(2):137-60. DOI: <https://doi.org/10.21874/rsp.v56i2.222>
12. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Monitoreo de la seguridad alimentaria y nutricional como apoyo a políticas públicas en América Latina y el Caribe [Internet]. Santiago: FAO; 2016 [acesso em 2023 jun 26]. 49 p. Disponível em: <https://www.fao.org/3/i5442s/i5442s.pdf>
13. Cellard A. A análise documental. In: Nasser AC. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes; 2014. p. 295- 316.
14. Oliveira ASB, Casemiro JP, Brandão AL, et al. Monitoramento e avaliação da segurança alimentar e nutricional: um olhar sobre as publicações oficiais. *Ciênc saúde coletiva*. 2022;27(2):631-40. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-8123202272.41332020>

15. Silva LMV. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: Hartz ZMA, Silva LMV, organizadores. 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. 15-41. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788575415160>
16. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL. et al. A Avaliação na Área da Saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA, organizadora. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. p. 29-48. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788575414033>
17. Burlandy L. A construção da política de segurança alimentar e nutricional no Brasil: estratégias e desafios para a promoção da intersectorialidade no âmbito federal de governo. Ciênc saúde coletiva. 2009;14(3):851-60. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300020>
18. Presidência da República (BR). Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2006 set 18; Seção I:1.
19. Vaitsman J, Rodrigues RWS, Paes-Sousa R. O Sistema de Avaliação e Monitoramento das Políticas e Programas Sociais: a experiência do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome do Brasil. Brasília, DF: MDS; 2006.
20. Presidência da República (BR). Decreto nº 7.272, de 25 de agosto de 2010. Regulamenta a Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada, institui a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – PNSAN, estabelece os parâmetros para a elaboração do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2010 ago 26; Seção I:6.
21. Presidência da República (BR). Decreto nº 7.492, de 2 de junho de 2011. Institui o Plano Brasil Sem Miséria. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2011 jun 3; Seção I:6.
22. Presidência da República (BR). Decreto nº 8.553, de 3 de novembro de 2015. Institui o Pacto Nacional para Alimentação Saudável. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2015 nov 4; Seção I:7.
23. Presidência da República (BR). Medida Provisória nº 103, de 1º de janeiro 2003. Dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2003 jan 1; Seção I:1.
24. Presidência da República (BR). Decreto nº 4.582, de 30 de janeiro de 2003. Regulamenta o funcionamento do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – CONSEA, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2003 jan 31; Seção I:1.
25. Presidência da República (BR). Decreto nº 5.079, de 12 de maio de 2004. Dispõe sobre a composição, estruturação, competência e funcionamento do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – CONSEA, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2004 maio 13; Seção I:3.
26. Presidência da República (BR). Decreto nº 6.272, de 23 de novembro de 2007. Dispõe sobre as competências, a composição e o funcionamento do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – CONSEA. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2007 nov 26; Seção I:14.
27. Presidência da República (BR). Decreto nº 6.273, de 23 de novembro de 2007. Cria, no âmbito do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN, a Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2007 nov 23; Seção I:15.
28. Presidência da República (BR). Medida Provisória nº 870, de 1º de janeiro de 2019. Estabelece a organização básica dos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2019 jan 1; Seção I:1.

29. Presidência da República (BR). Decreto nº 9.674, de 2 de janeiro de 2019. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Cidadania, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores – DAS e Funções Comissionadas do Poder Executivo – FCPE e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores – DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo – FCPE. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2019 jan 2; Seção I:1.
30. Presidência da República (BR). Decreto nº 10.713, de 7 de junho de 2021. Dispõe sobre a Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2021 jun 8; Seção I:3.
31. Presidência da República (BR). Medida Provisória nº 1.154, de 1º de janeiro de 2023. Estabelece a organização básica dos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios. Diário Oficial da União, Brasília, DF; 2023 jan 1. Seção I:1.
32. Presidência da República (BR). Decreto nº 11.421, de 28 de fevereiro de 2023. Altera o Decreto nº 6.272, de 23 de novembro de 2007, que dispõe sobre as competências, a composição e o funcionamento do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – CONSEA. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2023 mar 1; Seção I:3.
33. Presidência da República (BR). Decreto nº 11.422, de 28 de fevereiro de 2023. Dispõe sobre a Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2023 fev 28; Seção I:3.
34. Presidência da República (BR). Decreto nº 11.679, de 31 de agosto de 2023. Institui o Plano Brasil Sem Fome. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2023 set 1; Seção I:1.
35. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (BR), Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. Resolução MDS nº 3, de 31 de agosto de 2023. Regulamenta o Plano Brasil Sem Fome, institui o Comitê Gestor e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2023 set 5. Seção I:14.
36. Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional (REDE PENSSAN). II Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil. II VIGISAN: relatório final [internet]. São Paulo: Fundação Friedrich Ebert: Rede PENSSAN; 2022 [acesso em 2023 jun 23]. 112 p. Disponível em: <https://olheparaafome.com.br/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-II-VIGISAN-2022.pdf>
37. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (BR). Relatório Final da 6ª Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Brasília, DF: Consea; 2023.
38. Sordini MV. La política del hambre: una emergencia permanente en Argentina. *Rev Sociol Polit.* 2022;30:e004. DOI: <https://doi.org/10.1590/1678-98732230e004>
39. Viola AMB, Marichal ME. Emergencia alimentaria y derecho humano a la alimentación Un análisis del Programa Argentina contra el Hambre. *Derechos en Acción.* 2020;14:480-512. DOI: <https://doi.org/10.24215/25251678e366>
40. Ministerio de Justicia de la Nación (AR). Decreto 547/2000. Créase en el ámbito del Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente con el objeto de articular la política alimentaria nacional, con las desarrolladas por los Estados Provinciales y Municipales. Creación del Programa Unidos, Programa de Apoyo Familiar sobre la base de la unificación del Programa Alimentario Nutricional Infantil (PRANI) y del Programa Apoyo Solidario a los Mayores (ASOMA) y la integración del Proyecto Integrado “Promoción de la Autoproducción de Alimentos (PROHUERTA), dependiente del I.N.T.A. Boletín Oficial da República Argentina, Buenos Aires. 2000 jul 7.
41. Ministerio de Salud (AR). Resolución 196/2003. Apruébase la preparación de la Encuesta Nacional de Nu-

- trición y Salud, que se desarrolla en el ámbito de la Secretaría de Programas Sanitarios por medio de la Unidad Ejecutora de Programas Materno Infantiles y Nutricionales. Boletín Oficial da República Argentina, Buenos Aires. 2003 ago 26.
42. Kliksberg B, Novacovsky I. El gran desafío: romper la trampa de la desigualdad desde la infancia, aprendizajes de la Asignación Universal por Hijo. Buenos Aires: Biblos, 2015. 312p.
 43. Mascareño AG. Dimensiones del problema alimentario y una intervención: el PACH en Argentina. *Rev Estud Reg Merc Trab.* 2023;17:e029. DOI: <https://doi.org/10.24215/27969851e029>
 44. Lozano JI, Sala JB. Políticas alimentarias y organizaciones sociales en la Argentina contemporánea. *Cuestión Urbana [Internet]*. 2022 [acceso em 2023 nov 9];6(12):117-26. Disponível em: <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/cuestionurbana/article/view/8624/7278>
 45. ODSA-UCA. Deudas Sociales Estructurales en la Sociedad Argentina – Colecta Anual de Cáritas 2024 [Internet]. Buenos Aires: Pontificia Universidad Católica Argentina; 2024 [acceso em 2024 jun 28]. Disponível em: https://wadmin.uca.edu.ar/public/ckeditor/Observatorio%20Deuda%20Social/Presentaciones/2024/Observatorio_CARITAS_presentacion_3-06-2024.pdf
 46. Honorable Congreso de la Nación Argentina (AR). Ley 25.724. Creación del citado Programa, destinado a cubrir los requisitos nutricionales de niños hasta los 14 años, embarazadas, discapacitados y ancianos desde los 70 años en situación de pobreza. Autoridad de aplicación. Coordinación. Comisión Nacional de Nutrición y Alimentación. Comisiones Provinciales y Municipales y/o comunales. Funciones. Ejecución. Fondo Especial de Nutrición y Alimentación Nacional. Boletín Oficial da República Argentina, Buenos Aires. 2003 jan 17.
 47. Poder Ejecutivo Nacional (AR). Decreto 1018/2003. Apruébase la reglamentación de la Ley N° 25.724. Boletín Oficial da República Argentina, Buenos Aires. 2003 abr 29.
 48. Ministerio de Salud (AR). Resolución 2040/2014. “Programa Unidad de Resolución de Problemas y Asistencia Crítica”. Aprobación. Boletín Oficial da República Argentina, Buenos Aires. 2014 nov 5.
 49. Poder Ejecutivo Nacional (AR). Decreto 1602/2009. Incorporase el Subsistema no Contributivo de Asignación Universal por hijo para Protección Social. Boletín Oficial da República Argentina, Buenos Aires. 2009 out 29.
 50. Ministerio de Desarrollo Social (AR). Resolución 8/2020. Crease el Plan Nacional “Argentina Contra el Hambre” en la orbita del Ministerio de Desarrollo Social de la nacion cuyo objetivo general es garantizar la seguridad y soberania alimentaria de toda la poblacion y familias argentinas, con especial atencion en los sectores de mayor vulnerabilidad economica y social, apoyandose en el fortalecimiento de las acciones que lleva adelante el programa nacional de seguridad alimentaria y nutricional y todo otro programa y/o dispositivo institucional que se complemente y/o tenga como finalidad ultima brindar respuesta a la tematica alimentaria. Boletín Oficial da República Argentina, Buenos Aires. 2020 jan 13.
 51. Santarelli M. Trajetória da Conferência Popular em Movimento: por direitos, democracia, soberania e segurança alimentar e nutricional 2020-2022. Rio de Janeiro: Ibirapitanga; 2023. 176 p.

Recebido em 03/11/2024

Aprovado em 18/04/2025

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Ingrid D'avilla Freire Pereira

Atenção ao parto e nascimento: avanços e desafios do Movimento Nascem Bem Caruaru

Childbirth and newborn care: Progress and challenges of the Nascem Bem Movement in Caruaru

Maria Aparecida de Souza¹, Paulette Cavalcanti de Albuquerque¹, Ana Cláudia Figueiró¹, Paula Regina Luna de Araújo Jácome²

DOI: 10.1590/2358-289820251469889P

RESUMO O estudo avaliou a implementação da atenção ao parto e nascimento em uma maternidade no agreste de Pernambuco, com ênfase na contribuição do Movimento Nascem Bem Caruaru. Foi realizada uma pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação, baseada em um estudo de caso com triangulação de dados e abordagem mista. Utilizaram-se as técnicas de pesquisa entrevista, observação e análise documental. As categorias do contexto foram projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade; e do grau de implantação foram ativação de rede de atenção e compartilhamento do cuidado, boas práticas, monitoramento do cuidado e de resultados, gestão participativa e compartilhada e ambiência. Foi evidenciado um bom desempenho da maternidade nas diretrizes acolhimento, parto assistido por enfermeira obstétrica; vinculação da gestante à maternidade e ambiência adequada às boas práticas. Identificou-se potência na gestão municipal para indução de mudanças, com resultados como aprovação da Lei nº 5.951/2017, sobre a humanização da assistência à gestação, parto e abortamento e a redução dos índices de mortalidade infantil pós-intervenção do Nascem Bem Caruaru. Desafios a serem enfrentados estão relacionados com a dificuldade de superação do modelo intervencionista de atenção ao parto e nascimento e a fragilidade da governança regional.

PALAVRAS-CHAVE Avaliação em saúde. Ciência da implementação. Assistência perinatal. Parto humanizado.

ABSTRACT *This study evaluated the implementation of maternal and newborn care during labor and birth in a maternity hospital located in the rural region of Pernambuco, Brazil, with a focus on the contributions of the Nascem Bem Caruaru Movement. Employing an evaluative research design grounded in implementation analysis, the study adopted a case study approach with data triangulation and a mixed-methods strategy. Research techniques included interviews, direct observation, and document analysis. The analysis was structured around three contextual categories: government project, state capacity, and governability. The degree of implementation was assessed across five dimensions: activation of the care network and collaborative care practices, adherence to evidence-based practices, monitoring of care and outcomes, participatory and shared management, and the enabling environment. The maternity hospital demonstrated strong performance in several areas, including patient reception protocols, nurse-led obstetric care, the referral process for pregnant women, and the promotion of a care environment conducive to good practices. Municipal governance also showed potential to drive change, as evidenced by the enactment of Law No. 5,951/2017 on the humanization of care during pregnancy, childbirth, and abortion, and by reductions in infant mortality rates following the implementation of the Nascem Bem Caruaru initiative. However, key challenges remain, particularly in overcoming the entrenched interventionist model of childbirth care and addressing weaknesses in regional health governance.*

KEYWORDS *Health assessment. Implementation science. Perinatal care. Humanized birth.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz/PE), Instituto Aggeu Magalhães (IAM), Departamento de Saúde Coletiva (Nesc) - Recife (PE), Brasil.
cidatutora@gmail.com

²Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE) - Recife (PE), Brasil.



Introdução

As políticas públicas voltadas à atenção ao parto e nascimento, implementadas nas últimas décadas, têm contribuído significativamente para a redução dos óbitos maternos e neonatais mundialmente¹. Estudo global aponta que a mortalidade materna apresentou uma queda de 30% entre 1990 e 2015¹. No entanto, novos dados revelam retrocessos na saúde materna em várias regiões do mundo, evidenciando a necessidade de intensificar esforços para acabar com a mortalidade materna evitável².

No Brasil, a Rede Cegonha (RC) destacou-se por promover boas práticas obstétricas e oferecer assistência segura ao parto, com o objetivo de reduzir a mortalidade materna e neonatal³. Em 2024, o Ministério da Saúde retomou essa iniciativa com o lançamento da Rede Alyne, reforçando o compromisso com a saúde da mulher e do recém-nascido⁴.

Apesar dos avanços, ainda persistem práticas obstétricas inadequadas e taxas elevadas de cesarianas, frequentemente realizadas em desacordo com as evidências científicas⁵⁻⁷. No Brasil, estudos realizados na região Nordeste também apontam para a recorrência desses problemas⁸⁻¹⁰.

No município de Caruaru, Pernambuco, um diagnóstico realizado pela gestão municipal revelou um cenário semelhante, caracterizado por denúncias de violência obstétrica, baixa adesão às boas práticas obstétricas e uma alta taxa de cesarianas, que, em 2012, atingiu aproximadamente 60%¹¹, muito acima do recomendado pela Organização Mundial da Saúde¹².

Esse cenário levou a gestão municipal de saúde a mobilizar uma ação interinstitucional,

o Movimento Nascer Bem Caruaru (MNBC), que envolveu secretarias municipais, academia, movimento de mulheres, controle social, profissionais de saúde, entre outros. O objetivo central foi mudar a forma de nascer na cidade, incentivando o protagonismo das mulheres e promovendo um parto seguro e humanizado¹¹.

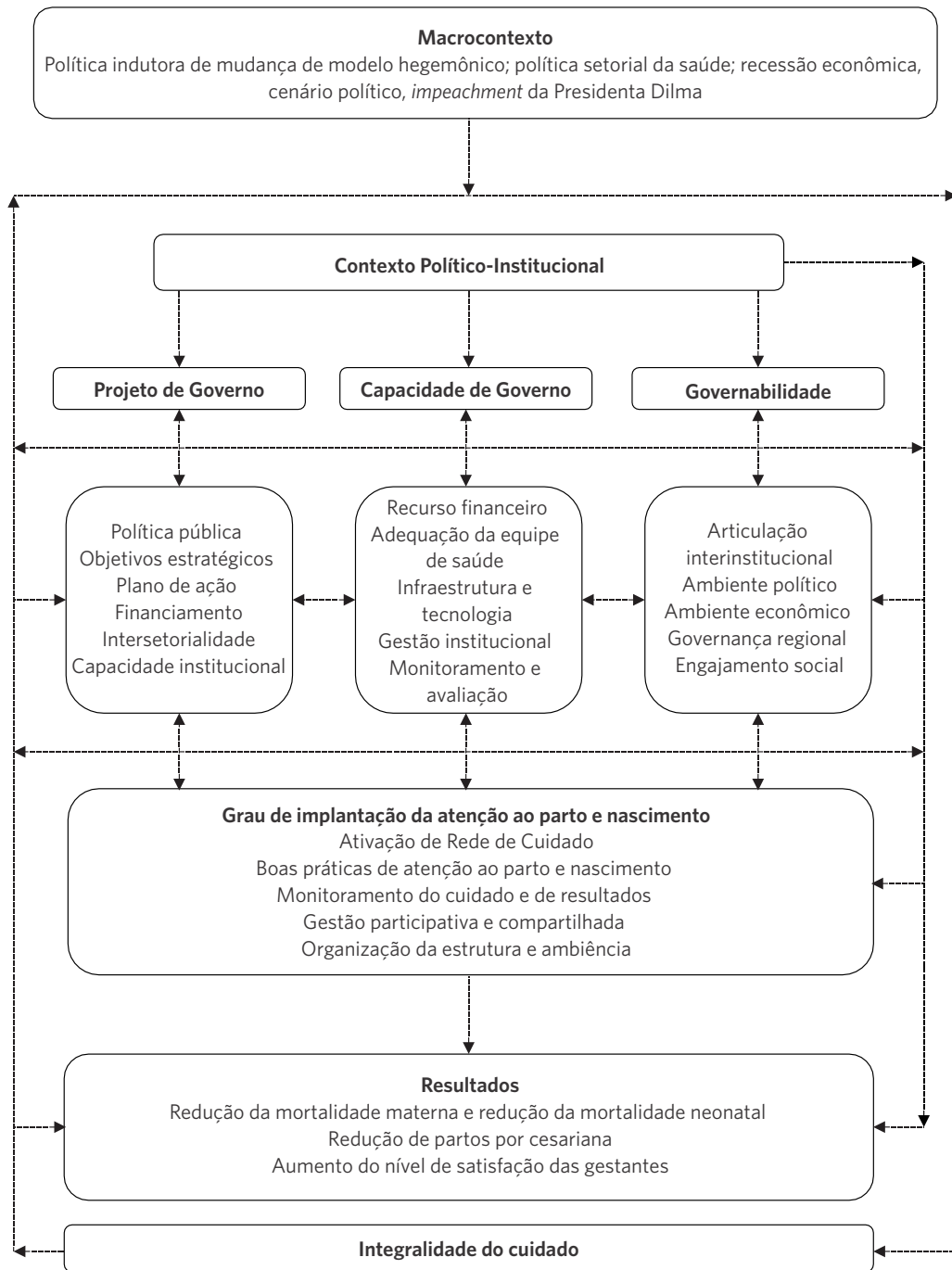
A iniciativa reconheceu a importância de garantir o acesso das mulheres a informações sobre seus direitos, além de implementar mecanismos institucionais para coibir a naturalização de práticas abusivas na atenção ao parto¹¹. Entre as dificuldades identificadas para superar o modelo de atenção hegemônico, destacaram-se fatores como a fragmentação da rede de atenção¹³, a prática profissional pouco colaborativa¹⁴ e a fragilidade da governança regional¹⁵.

Diante dos desafios impostos pelas mudanças propostas e da necessidade de compreender seus efeitos, este artigo apresenta a avaliação da implementação de uma intervenção voltada à melhoria da atenção ao parto e nascimento em uma maternidade sob gestão do município de Caruaru, no agreste de Pernambuco.

Material e métodos

Trata-se de uma pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação¹⁶, baseada em um estudo de caso com triangulação de dados e abordagem mista, para avaliar a implementação da atenção ao parto e nascimento na maternidade municipal de Caruaru, Pernambuco, no período de 2011 a 2024, com base nas boas práticas difundidas pela RC³. O desenho teórico do estudo está apresentado na *figura 1*.

Figura 1. Desenho teórico do estudo: representação da influência do contexto político-institucional e do grau de implantação da atenção ao parto e nascimento sobre os resultados da intervenção – 2011 a 2024



Fonte: elaboração própria.

Na primeira etapa, qualitativa, a análise do contexto político-institucional foi baseada em um plano que utilizou as categorias projeto de

governo, capacidade de governo e governabilidade¹⁷ (*quadro 1*).

Quadro 1. Plano de análise do contexto político-institucional da implementação da atenção ao parto e nascimento em Caruaru, no período de 2011 a 2024

Categorias	Subcategorias	Unidades de Análise	Fontes: documento de referência/informantes-chave
Projeto de Governo	Política como prioridade de governo	Existência de propostas específicas para implementação da atenção ao parto e nascimento	Programação Anual de Saúde 2013; Plano Municipal de Saúde 2014-2017 Rede Cegonha/Rami/Rede Alyne
	Objetivos estratégicos	Metas principais e prioridades determinadas no Plano de Governo	Plano de Ação do Movimento Nascer Bem Caruaru
	Iniciativas intersetoriais	Ações que envolvem a colaboração e a articulação de diferentes setores ou áreas de atuação	Gestores da Secretaria de Saúde; Secretaria da Mulher e Secretaria de Participação Social; Representante do Curso de Medicina/CAA
	Capacidade institucional	Nível de organização, coordenação e governança interna para fazer o sistema funcionar de forma eficiente	Gestores da Regulação Municipal e da Atenção Especializada
Capacidade de Governo	Recursos financeiros	Capacidade de mobilizar e captar recursos financeiros	Relatório Anual de Gestão 2016
	Adequação da equipe de saúde	Qualificação da equipe para implementação da atenção ao parto e nascimento seguro e humanizado	Gestores Municipais e profissionais da Maternidade
	Infraestrutura e tecnologia	Disponibilidade de tecnologia e infraestrutura adequada para execução de projetos	Plano de Ação do Movimento Nascer Bem Caruaru Gestor do Sistema de Informação Municipal
	Capacidade de gestão de projetos	Competência da gestão para operar serviços e programas	Gestores da Atenção Especializada, Regulação, Sistema de Informação e da Maternidade
	Monitoramento e avaliação	Existência de sistemas e processos para medir o desempenho e o impacto da intervenção	Plano de Ação do Movimento Nascer Bem Caruaru
Governabilidade	Articulação interinstitucional	Capacidade de articular cooperação com outros entes governamentais e atores diversos	Gestores da Secretaria da Saúde, da Secretaria da Mulher, Secretaria de Participação Social, Representante da Universidade
	Apoio político	Grau de apoio da imprensa, atores políticos e legislativo	Secretaria de Participação Social. Representante do Câmara de Vereadores, Gestor Municipal de Saúde
	Autonomia financeira	Condições econômicas favoráveis ou desfavoráveis que influenciam a implementação da intervenção	Gestor da Secretaria Municipal de Saúde; Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops)
	Governança regional	Existência de política regional de atenção ao parto e nascimento com partilhamento de responsabilidades, e recursos	Gestor Estadual de Saúde; Resoluções da Comissão Intergestores Regional (CIR - IV R) Integrantes da CT-CIR da IV Região
	Participação social	Participação da sociedade civil no processo decisório e na implementação da política	Gestores da Secretaria da Mulher e de Participação Social; Câmara de Vereadores; Diagnóstico da percepção de puérperas atendidas na Rede de Saúde de Caruaru

Fonte: elaboração própria.

Foram realizadas análise documental e entrevistas semiestruturadas com informantes-chave até a saturação dos dados para compreender a realidade (*quadro 2*). As entrevistas foram transcritas e submetidas à

análise de conteúdo de Bardin¹⁸, com base nos referenciais da interprofissionalidade¹⁹, redes de atenção à saúde²⁰, integralidade²¹ e governança¹⁵.

Quadro 2. Informantes-chave e documentos utilizados para a Etapa Qualitativa – Análise do contexto político-institucional

Representação dos informantes-chave	
Gestão Municipal	Informante 1
Gestão Municipal	Informante 2
Câmara Técnica da Comissão Intergestores Regional – CIR IV Região de Saúde	Informante 3
Gestão Municipal	Informante 4
Casa de Apoio à Gestante	Informante 5
Gestão Municipal	Informante 6
Gestão Estadual	Informante 7
Movimento de Mulheres	Informante 8
Universidade – Curso de Medicina / UFPE-CAA	Informante 9
Gestão Municipal	Informante 10

Documentos Analisados
Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 – Institui a Rede Cegonha
Plano de Ação do Movimento Nascer Bem Caruaru – 2014
Portaria GM/MS nº 715/2022 – Institui a Rede Materna e Infantil (Rami)
Portaria GM/MS nº 5.350/2024 – Institui a Rede Alyne
Resolução CIR IV R nº 68/2011 – Aprova a Rede Cegonha na IV Região
Resolução CIR 119/2012 – Aprova propostas para construção, ambiência e aquisição de equipamentos da Rede Cegonha para municípios da IV Região de Saúde
Resolução CIR IV R nº 272/2015 – Altera o desenho da Rede Cegonha na IV Região de Saúde
Resolução CIR IV R nº 297/2016 – Aprova construção da Maternidade Municipal de Caruaru
Programação Anual de Saúde de Caruaru 2012
Programação Anual de Saúde de Caruaru 2013
Plano Municipal de Saúde de Caruaru 2014-2017
Plano Municipal de Saúde de Caruaru 2018-2021
Plano Municipal de Saúde de Caruaru 2022-2025
Relatório Anual de Gestão de Caruaru 2016
Relatório Anual de Gestão de Caruaru 2017
Relatório Anual de Gestão de Caruaru 2018
Relatório Anual de Gestão de Caruaru 2019
Diagnóstico da percepção de puérperas atendidas na Rede de Saúde de Caruaru 2015
Resolução CIR nº 515/2024, aprova a repactuação das referências de assistência ao parto na IV Região de Saúde de Pernambuco

Fonte: elaboração própria.

Na segunda etapa, de abordagem quantitativa, foi avaliado o grau de implantação do componente parto e nascimento na maternidade municipal, com enfoque na organização dos serviços e nas práticas assistenciais²². A coleta de dados foi realizada entre 2023 e 2024, por meio da análise de prontuários, observação *in loco* e entrevistas estruturadas, com perguntas fechadas. As entrevistas foram realizadas com 11 enfermeiros obstetras, 1 gestor médico, 1 gestor de enfermagem e 142 puérperas, com base em uma estimativa de frequência de 50% e nível de confiança de 95%. Os presentes na maternidade nos dias de coleta de dados foram convidados a participar do estudo. A

participação foi voluntária, sendo respeitada a decisão daquelas que optaram por não participar. Por decisão metodológica, optou-se por não entrevistar médicos da assistência, priorizando a análise documental de prontuários para avaliação de suas condutas clínicas. Essa escolha fundamenta-se no pressuposto de que as boas práticas devem estar adequadamente registradas nos prontuários, conforme normativas da RC³, incorporadas pela gestão local (Informante 1).

Para avaliar o grau de implantação da atenção ao parto e nascimento, foi adaptada uma matriz de julgamento utilizada em estudo de base nacional²³. Para julgamento

da adequação da atenção ao parto e nascimento, foram utilizados como parâmetros: adequado (75,01% a 100%); parcialmente adequado (50,1% a 75%) e não adequado (0% a 50%).

Na terceira etapa, investigou-se como a interação dinâmica entre contexto e as estratégias de implementação influenciaram os resultados da atenção ao parto e ao nascimento¹⁶, revelando relações complexas e multidimensionais.

A pesquisa atendeu às Resoluções nº 466/2012²⁴ e nº 510/2016²⁵ do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Agamenon Magalhães, sob o parecer nº 5.974.484 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 67220322.2.0000.5197. Todos os cuidados necessários foram adotados para garantir o sigilo e a confidencialidade das informações.

Resultados e discussão

A análise dos resultados deste estudo foi dividida em três etapas: análise do contexto político-institucional da intervenção; avaliação do grau de implantação das diretrizes da RC e influência do contexto e do grau de implantação sobre os resultados do MNBC.

A análise do contexto político-institucional

O DIAGNÓSTICO, A DECISÃO POLÍTICA, AS PROPOSTAS E O PODER PARA REALIZAR A INTERVENÇÃO

Caruaru fica localizada no agreste de Pernambuco, distante 132 km da capital, e tem 378.052 habitantes²⁶. O município configura-se como sede de região e macrorregião de saúde e concentra a infraestrutura de referência em saúde para a IV Região de Saúde (32 municípios) e II Macrorregião de Pernambuco (53 municípios)²⁶.

No período correspondente ao estudo, a região registrou cerca de 18 mil nascimentos por ano, dos quais aproximadamente um terço foi de residentes de Caruaru²⁶. A maioria dos partos ocorria na maternidade sob gestão estadual, que realizava cerca de 6 mil partos anuais²⁷, sendo referência para as gestantes de risco habitual da IV Região de Saúde e de alto risco da II Macrorregião de Saúde (IV e V Regiões de Saúde)²⁶. A rede municipal de saúde, por sua vez, contava com 16 leitos obstétricos no Hospital Geral, realizando aproximadamente 2.300 partos anualmente²⁷.

Conforme relato dos informantes 1 e 2, a sobrecarga da maternidade estadual – que apresentava uma razão de 0,07 leitos por mil habitantes dependentes do Sistema Único de Saúde (SUS), abaixo dos parâmetros recomendados²⁸ –, somada à insuficiência de leitos municipais, levava à transferência sistemática de gestantes de Caruaru e região, independentemente do risco obstétrico, para Vitória de Santo Antão e Recife. Esse cenário crítico levou a gestão municipal a decidir pela reestruturação da atenção ao parto e nascimento no município.

Nesse contexto, iniciaram-se as discussões para implementação da rede materno-infantil na região de saúde, com o objetivo de elaborar o Plano de Ação da RC (Informante 3). Esse processo resultou em uma pactuação que contemplou o município de Caruaru com a implantação de uma maternidade de risco habitual e um Centro de Parto Normal (CPN)²⁶.

Apesar de não ter sido assegurado o financiamento tripartite da RC pactuada na Comissão Intergestores Regional (CIR) da IV Região de Saúde, a análise do projeto de governo da gestão municipal revelou a decisão de construir a maternidade. Segundo o Informante 4, essa decisão foi motivada pelo reconhecimento de que a maternidade do Hospital Geral não dispunha de estrutura física nem dos fluxos adequados para a atenção obstétrica segura e humanizada:

Os partos vaginais que existiam eram partos violentos a maior parte deles, [...]o fluxo na maternidade era muito estranho [...] as mulheres que estavam parindo, abortando, ficavam todas na mesma sala com aquela estrutura, né? Tem que ficar deitada, tem que ficar nua, tem que ficar no soro, a família não pode entrar, que não tem acompanhante, ficar com fome, ficar com sede, aquelas intervenções obstétricas que foi visto que são violências obstétricas. (Informante 4).

Práticas obstétricas violentas, intervenções desnecessárias, altas taxas de cesarianas e peregrinação das gestantes também foram observadas em estudos que analisaram a atenção ao parto no nordeste brasileiro^{5,8-10}.

Em resposta a essa situação, em 2014, a intervenção conduzida pela gestão evoluiu para o MNBC, um conjunto de iniciativas voltado à transformação das práticas de atenção ao parto e nascimento no município, com enfoque na promoção do protagonismo da mulher e na garantia do parto seguro e humanizado¹¹.

Decidimos trabalhar uma perspectiva ideológica de mudança da forma de parir. Então se propôs um movimento, porque não adiantava ser uma ação só na maternidade, só no pré-natal, só estrutural, né, de pintar e organizar [...] tinha que ser uma ação em várias frentes, mobilizando a equipe, outras Secretarias e os movimentos sociais. (Informante 4).

Foi constituído um grupo de trabalho interinstitucional que, a partir de um diagnóstico da assistência obstétrica – incluindo a análise do cuidado em rede, do acesso e da adoção de boas práticas obstétricas –, elaborou um plano de intervenção com metas e prioridades voltadas ao alcance de objetivos estratégicos. Esses objetivos incluíram: a organização dos serviços em rede; a mobilização e qualificação dos profissionais da saúde e das usuárias; a estruturação do acesso e a articulação intersetorial¹¹. O modelo de atenção preconizado pela RC serviu de referência para a definição das ações programáticas incluídas no plano de ação municipal¹¹.

A análise da capacidade institucional para a execução do projeto revelou que a gestão municipal foi capaz de estabelecer as condições de governança interna necessárias ao alcance dos objetivos propostos. Um dos exemplos desse esforço foi a elaboração da Norma Operacional de Acesso Equitativo e Integral, instrumento que contribuiu para a organização dos fluxos assistenciais e para a qualificação do cuidado:

O módulo Materno-Infantil foi criado para garantir o acesso e o cuidado integral da gestante [...] os fluxos já passavam por agentes de regulação [...] a novidade é o papel da regulação ser formador, não ser apenas um médico que vai estar lá autorizando [...] eles iam estar observando a rede, observando as suas insuficiências, e iam estar trabalhando na educação permanente desses profissionais. (Informante 2).

A CAPACIDADE DA GESTÃO EM EXECUTAR O MODELO PROPOSTO PARA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO

A capacidade governamental para executar a intervenção foi considerada satisfatória em aspectos como a articulação política e a captação de recursos financeiros. A análise documental evidenciou a habilidade da gestão municipal em mobilizar atores estratégicos e acessar fontes alternativas de financiamento, como emendas parlamentares, que viabilizariam a construção da maternidade municipal. No entanto, a dependência de recursos extraordinários evidencia uma fragilidade estrutural no financiamento das políticas públicas de saúde, sinalizando a ausência de um planejamento federativo articulado e sustentável para garantir a implementação das ações previstas.

Destacou-se também a habilidade da gestão em operar serviços e programas, evidenciada pela capacidade de formular planos estratégicos e de realizar ajustes diante das mudanças no cenário. Essa competência foi apontada como um exemplo de adaptação

institucional para garantir efetividade nas ações implementadas: *“Foi implantado um núcleo gestor no hospital porque tinha muito conflito [...] e as mudanças corriam o risco de não acontecer, precisou reforço”* (Informante 1).

A inadequação da equipe para a implementação da intervenção foi apontada, nas entrevistas, como um dos principais desafios para a promoção da mudança organizacional, especialmente em razão da cultura institucional predominante, centrada na decisão médica, em consonância com relatos da literatura⁷. É importante destacar que a falta de profissionais não era um problema na maternidade municipal; a principal barreira estava relacionada com a resistência da equipe, formada majoritariamente sob um modelo biomédico tradicional, em aderir às novas diretrizes centradas na humanização do parto. Como contraponto, a gestão propôs uma mudança no modelo de nascimento: *“a gente queria que o foco fosse na mulher, que a equipe discutisse as intervenções com base em evidências científicas”* (Informante 4). Estudos indicam que os profissionais tendem a centralizar decisões durante o parto, desconsiderando as escolhas das mulheres e, assim, perpetuam práticas marcadas por desrespeito e abuso^{29,30}. Esse cenário mostra-se incompatível com o modelo de trabalho colaborativo, que diversos autores reconhecem como promotor de transformações na prática profissional e na qualificação do cuidado^{14,31,32}.

Os relatos evidenciaram que, além da resistência às mudanças propostas, havia uma descrença significativa quanto à sua viabilidade prática. Com o objetivo de desconstruir essa percepção, a gestão municipal organizou uma visita à Maternidade Sofia Feldman, em Belo Horizonte, referência em parto humanizado. A experiência foi um marco simbólico de ruptura cultural com a lógica tecnocrata do parto: *“Eu vim grávida da maternidade Sofia Feldman, grávida de ideias, abertas [...] para que esse campo de afeto, de acolhimento, pudesse crescer”* (Informante 5).

Segundo o Informante 4, um dos desdobramentos da visita foi a elaboração de protocolos clínicos-assistenciais pela equipe da maternidade. Esses documentos foram submetidos à consulta pública e, posteriormente, validados, contribuindo para institucionalizar as boas práticas na atenção ao parto e nascimento: *“se a gente não envolve os trabalhadores na construção dos protocolos, a chance de serem um papel morto é enorme. [...] Fica mais difícil a adesão”* (Informante 4).

Com relação à infraestrutura e tecnologia para integração da rede, o Informante 6 relatou que, inicialmente, havia limitações importantes, sobretudo nas áreas rurais. Com o tempo, ocorreram avanços, como a implantação dos prontuários eletrônicos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e na maternidade, que passaram a disponibilizar o histórico clínico das gestantes em formato digital, favorecendo a continuidade do cuidado entre os diferentes serviços. No entanto, apesar da disponibilidade dessas ferramentas, sua utilização plena ainda enfrenta entraves relativos à capacitação e ao engajamento dos profissionais, o que limita seu potencial integrador. Esse cenário evidencia a necessidade de desenvolver competências para o trabalho em equipe e o uso qualificado da informação em saúde, elementos essenciais para a efetivação da integralidade do cuidado^{31,32}.

No que se refere ao monitoramento e à avaliação, não foram identificados registros formais de processos sistemáticos voltados à mensuração do desempenho e do progresso das ações implementadas – apesar de o Informante 6 ter confirmado a disponibilidade de tecnologias para essa finalidade. Essa lacuna reflete um desafio persistente na gestão pública relacionada com a incipiente institucionalização da cultura avaliativa, que compromete a capacidade de produzir informações qualificadas para subsidiar a tomada de decisões, dificultando os ajustes oportunos, a mensuração de resultados e, conseqüentemente, a sustentabilidade e o aprimoramento contínuo da intervenção.

CONDIÇÕES POLÍTICAS E SOCIAIS QUE PERMITEM A GOVERNABILIDADE

Apesar do cenário político favorável entre 2011 e 2016, com alinhamento entre os níveis municipal, estadual e federal, essa conjuntura não se traduziu na efetiva implementação da RC na IV Região de Saúde.

Nos anos seguintes, alternaram-se momentos de convergência e conflito entre gestores municipais e estaduais, especialmente em relação ao financiamento, considerando que o governo estadual restringia seu aporte às maternidades de alto risco, enquanto os municípios reivindicavam apoio também para as maternidades de risco habitual (Informantes 3, 7). Esse impasse comprometeu a pactuação de uma rede regional integral e solidária no âmbito da CIR, evidenciando a fragilidade do papel coordenador do estado de Pernambuco na indução de políticas regionais e, consequentemente, enfraquecendo a governança regional³³. Essa constatação converge com a análise de Mendes¹³, segundo a qual a consolidação das redes regionais exige transformações estruturais nos modelos de gestão, de atenção e de financiamento do SUS, sustentadas por decisões tomadas em espaços de governança fortalecidos.

A ausência de financiamento tripartite comprometeu a implantação dos serviços pactuados na rede regional, sobrecarregando a maternidade estadual, que já apresentava bloqueios frequentes de admissão⁹. Além disso, a ocupação da maternidade com partos de baixo risco restringia o acesso das gestantes de alto risco, que deveriam ser prioritariamente atendidas naquele serviço (Informante 3).

Nesse contexto, a gestão municipal buscou fortalecer sua governabilidade por meio de alianças estratégicas com diferentes atores, para criar as condições necessárias para modificar essa realidade. Foram estabelecidas articulações com profissionais de saúde, núcleo dirigente da administração municipal, Conselho de Saúde e veículos de imprensa, mobilizando apoio institucional e comunitário

para a iniciativa (Informante 4). Essa estratégia se alinha à teoria de Matus¹⁷, que destaca a importância dos atores estratégicos na ampliação da governabilidade.

A participação ativa da sociedade civil também foi marcante, com o envolvimento da universidade e dos movimentos sociais articulados pela Secretaria da Mulher e Secretaria de Participação Social, que discutiram o projeto de intervenção em audiência pública na Câmara de Vereadores (Informante 4). Uma representante do movimento de mulheres destacou: “o movimento trouxe a mulher como protagonista [...] um indicador importante de avaliação da assistência ao parto, que é o relato da parturiente” (Informante 8).

O estudo identificou a universidade como parceira estratégica do MNBC, atuando como consultora técnica para a gestão e conferindo maior solidez às intervenções realizadas:

A forma como a Secretaria de Saúde lidou com a chegada da universidade, percebendo a janela de oportunidade, não aconteceu em outras cidades que tiveram cursos novos implantados. [...] Tem cidade que a universidade quando chegou foi vista como uma ameaça na disputa do poder local. [...] ter conseguido implementar coisas em um momento de restrição financeira, só foi possível pela decisão de juntar forças, reunir atores. (Informante 9).

O MNBC extrapolou os limites de uma intervenção institucional, promovendo engajamento e senso de pertencimento entre os envolvidos:

Às vezes, na gestão pública, a gente subestima a necessidade de mobilizar as pessoas para participar das decisões que vão afetar elas diretamente, mobilizar os afetos, o interesse, a atenção, a implicação com os processos. (Informante 9).

Observou-se um fortalecimento local para a condução da intervenção, inclusive no âmbito financeiro, evidenciado pelo aumento do investimento em saúde de 18,26% em 2011 para

27,18% em 216 (Informante 10). No entanto, as ações, as articulações e os aportes destinados foram afetados pelas mudanças no cenário nacional e local, especialmente após o *impeachment* da presidenta Dilma Rousseff e a transição na gestão municipal. Esses eventos evidenciam como a instabilidade política pode fragilizar intervenções públicas e comprometer sua sustentabilidade, sobretudo aquelas que exigem continuidade e articulação inderrogável¹⁷.

Grau de implantação das ações preconizadas para atenção ao parto e nascimento

O grau de implantação das ações preconizadas para a atenção ao parto e nascimento foi classificado como parcialmente adequado (70,8%) (tabela 1), resultado semelhante ao observado nas demais regiões do País, exceto na região Norte, que apresentou grau de implantação inadequado⁵.

Tabela 1. Grau de implantação do componente parto e nascimento em uma maternidade de risco habitual de Caruaru, 2024

Diretriz / Dispositivo / Item de Verificação	% de implantação
Diretriz 1 - Ativação de redes de cuidado e compartilhamento de saberes	77,6%
Acolhimento	88,5%
Apresentação dos profissionais à usuária	72,2%
Tratamento das usuárias pelo próprio nome	89,8%
Escuta qualificada das queixas, medos e expectativas das usuárias/acompanhantes	90,8%
Comunicação efetiva dos profissionais da maternidade	93,4%
Classificação de risco	35,5%
Classificação de risco por profissional específico para a atividade e em tempo integral	100,0%
Informação à gestante sobre o tempo de espera para receber atendimento após a avaliação	34,3%
Cuidado em rede e acesso	75,7%
Garantia da vinculação da gestante a maternidade	91,6%
Garantia da contrarreferência da maternidade para a atenção básica	32,5%
Acolhe e classifica quando existe indicação de internação, mesmo sem leito disponível	100,0%
Diretriz 2 - Boas práticas de atenção ao parto e nascimento	72,6%
Direito a acompanhante de livre escolha	98,8%
Inclusão do acompanhante de livre escolha	99,2%
Garantia de livre acesso e permanência da mãe e pai do recém-nascido na unidade neonatal	87,0%
Poltronas para acompanhantes no trabalho de parto e parto	100,0%
Garantia de acesso a refeições ao acompanhante da puérpera	99,3%
Boas práticas de atenção à mulher no trabalho de pré-parto, parto e pós-parto	52,8%
Parto normal de baixo risco assistido por enfermeiros obstetras	100,0%
Partograma preenchido	47,7%
Oferta de alimentos à gestante de risco habitual durante o trabalho de parto	49,3%
Oferta de métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto	31,6%
Estímulo à deambulação no trabalho de parto	86,5%
Estímulo a posições não supinas para a gestante no parto	77,3%
Não Aplicação de intervenções desnecessárias na mulher	78,1%
Amniotomia	61,1%

Tabela 1. Grau de implantação do componente parto e nascimento em uma maternidade de risco habitual de Caruaru, 2024

Diretriz / Dispositivo / Item de Verificação	% de implantação
Venóclise durante o trabalho de parto	74,4%
Drogas uterotônicas no trabalho de parto	88,6%
Manobra de Kristeller	96,2%
Episiotomia	75,5%
Diretriz 3 - Monitoramento do cuidado e de resultados da assistência ao parto e nascimento	28,2%
Monitoramento e disponibilidade de indicadores da atenção ao parto e nascimento	23,8%
Taxa de ocupação de leitos no alojamento conjunto e na unidade neonatal	00,0%
Média de permanência no alojamento conjunto e na unidade neonatal	00,0%
Monitoramento da proporção de cesáreas	19,0%
Presença do acompanhante durante a internação para o parto	00,0%
Classificação de risco na maternidade	59,4%
Desenvolvimento de estratégias para reduzir o número de cesariana realizadas	22,9%
Percentual de episiotomia em partos normais	03,8%
Monitoramento e disponibilidade de indicadores de mortalidade materna, neonatal e fetal	62,5%
Número de óbito materno, infantil e fetal disponibilizados para a equipe de trabalho	100,0%
Análise dos óbitos ocorre com frequência regular	52,6%
Divulgação dos indicadores de morbimortalidade para equipe de trabalho da maternidade	12,0%
Diretriz 4 - Gestão participativa e compartilhada	25,0%
Colegiado gestor ou outros dispositivos de gestão colegiada	35,3%
Existência de colegiado gestor ou outro dispositivo de gestão colegiada	24,1%
Participação de profissionais de funções diversas nos espaços de gestão colegiada	27,0%
Participação das equipes na tomada de decisão sobre os seus processos de trabalho	41,0%
Colegiado gestor ou outro dispositivo de gestão se reúne com frequência regular	32,5%
Existência de ouvidoria na Maternidade	100%
Mecanismos de informação e escuta das usuárias, acompanhantes e trabalhadores	23,5%
Maternidade tem como rotina tomar decisões a partir das demandas enviadas à ouvidoria	20,0%
Profissionais informados sobre os relatos enviados à ouvidoria	84,6%
Diretriz 5 - Organização da estrutura e ambiência	100,0%
Ambiência adequada às boas práticas na porta de entrada	100,0%
Ambiente adequado e confortável para acolhimento da mulher e seu acompanhante	100,0%
Conforto e privacidade assegurados na sala de exame clínico e admissão da parturiente	100,0%
Ambiência adequada às boas práticas de atenção ao parto e nascimento	100,0%
Percentual de adequação da oferta de quartos pré-parto, parto e pós-parto	100,0%
Percentual de adequação de estrutura dos quartos pré-parto, parto e pós-parto	100,0%
Ambiência adequada no alojamento conjunto	100,0%
Conforto Assegurado no alojamento conjunto	100,0%
Ambiência adequada na Unidade Neonatal	100,0%
Conforto assegurado na Unidade Neonatal	100,0%
Ambiência com Acessibilidade	100,0%
Condições de acessibilidade para gestantes e/ou acompanhantes com deficiência	100,0%

Fonte: elaboração própria.

Nota: escore de implantação: 75,01% a 100% = adequado; 50,01% a 75% = parcialmente adequado; 0 a 50% = não adequado.

Na análise por diretrizes, a ‘organização da estrutura e da ambiência’ atingiu 100% de adequação em todos os itens, destacando-se a existência de quartos com banheiro exclusivo e chuveiro com água quente, que garantem privacidade e conforto às mulheres, aspectos importantes para o bom desenrolar do parto⁶. Por se tratar de uma maternidade de risco habitual, a maternidade municipal não dispõe de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal ou Unidade de Cuidado Intermediário, mas, possui uma sala de cuidado neonatais com respiradores, berços aquecidos, incubadoras e monitores multiparâmetros para assistência ao recém-nascido. A acessibilidade foi classificada como adequada, com estrutura compatível às normas de inclusão. Esses resultados superam os encontrados em estudo nacional⁵, que apontou inadequações em mais de 40% das maternidades nas salas de acolhimento, classificação de risco, exames clínicos e de admissão. Em 43%, o alojamento conjunto foi classificado como inadequado, e em 87%, as condições de acesso também foram consideradas inadequadas⁵. Outros estudos corroboram a inadequação da estrutura e ambiência de maternidades^{34,35}.

A diretriz ‘ativação da rede de cuidados e compartilhamento de saberes’ obteve 77,6% de adequação, com destaque para acolhimento humanizado, escuta qualificada e comunicação efetiva, elementos associados à maior satisfação das puérperas²⁹.

Outro destaque foi a ‘vinculação da gestante à maternidade de referência’, um indicador importante de qualidade, que alcançou 91,6%, superando expressivamente a média nacional (20,5%)⁵. Em contrapartida, o ‘esclarecimento sobre a situação na classificação de risco’ (34,3%) e a ‘garantia da contrarreferência para a atenção básica’ (32,5%) mantiveram-se em níveis similares aos nacionais, com 47,9% e 24,3% respectivamente⁵, indicando fragilidades persistentes. Estudo em outro município de Pernambuco mostrou o acolhimento com classificação de risco como parcialmente implantado (61,4%)³⁴.

A diretriz das ‘boas práticas de atenção ao parto e nascimento’ foi classificada como parcialmente adequada (72,6%). Houve destaque positivo para a garantia do direito a acompanhante de livre escolha (98,8%), o parto de baixo risco assistido por enfermeiros obstetras (100%), o estímulo à deambulação (86,5%) e o uso de posições não supinas (77,3%). No entanto, a oferta de alimentos (49,6%), a oferta de métodos não farmacológicos de alívio da dor (31,6%) e o partograma preenchido (47,7%) foram considerados inadequados, refletindo uma realidade nacional crítica, especialmente em relação ao partograma, cuja baixa adesão compromete a qualidade da assistência⁵. Essa situação é preocupante, considerando evidências científicas que apontam que o seu correto preenchimento diminui intervenções desnecessárias e contribui para melhores desfechos obstétricos⁶.

A diretriz ‘não aplicação de intervenções desnecessárias’ na mulher foi considerada adequada (78,1%), com baixa frequência de práticas como uso de drogas uterotônicas (88,6%), manobra de Kristeler (96,2%), episiotomia (75,5%), venóclise (74,4%) e amniotomia (61,1%). Registros médicos inelegíveis em alguns prontuários dificultaram a verificação de informações. Ainda assim, os resultados superaram os de outro estudo, nos quais essa diretriz foi considerada apenas parcialmente implantada no município (55,7%)³⁴.

Por outro lado, ‘o monitoramento do cuidado e dos resultados da assistência ao parto’ foi classificado como inadequado (28,2%), revelando a ausência de uma cultura institucional de avaliação sistemática de processos e resultados. Esse cenário compromete a melhoria contínua da qualidade e reflete uma tendência nacional, com as maternidades apresentando deficiência nesse aspecto⁵.

Por fim, a diretriz ‘gestão participativa e compartilhada’ também apresentou baixo desempenho (25%), evidenciando a falta de espaços de escuta e valorização dos profissionais de saúde, bem como a ausência de mecanismos eficazes de respostas às demandas dos

usuários. Esses achados estão em consonância com estudos que apontam falhas estruturais na participação de trabalhadores nos espaços de gestão colegiada^{5,34}.

A influência do contexto e do grau de implantação sobre os resultados

Os achados do estudo evidenciam que, embora a implementação da atenção ao parto e

nascimento tenham enfrentado obstáculos significativos, como a fragilidade da governança regional e a ausência de um financiamento devidamente pactuado, o contexto político-institucional exerceu influência positiva sobre o grau de implantação da intervenção. Há indicativos de que essa condição favoreceu a materialização de ações que resultaram em ganhos concretos para a população-alvo (quadro 3).

Quadro 3. Resultado da Influência do contexto político-institucional e do grau de implantação sobre os resultados de implementação do componente parto e nascimento

Contexto político-institucional	Grau de implantação da atenção ao parto e nascimento	Produtos	Resultados
Rede Cegonha - 2011	Resultado Geral: Grau de Implantação (GI) parcialmente adequado (70,8%) Resultado das Diretrizes (D):	Maternidade municipal	Satisfação das mulheres com a assistência ao parto:
Alinhamento político dos Governos Municipal, Estadual e Federal - 2011-2016		Casa de Apoio à Gestante Colegiado Gestor da Maternidade Gratificação médica baseada nas boas práticas obstétricas Protocolos assistenciais de Pré-Natal Centro de Parto Normal	2015 = 97% de avaliação positiva Redução de cesarianas: 2012 a 2016 = queda de 26,63%
Programa Mais Médicos: Provimento de Profissionais 2013 - 2014 Implantação do Curso de Medicina UFPE/CAA - 2014	D1 - Ativação da Rede de Cuidado = GI Adequado (77,6%) Acolhimento = Adequado (88,5%) Classificação de Risco = Não adequado (35,5%) Cuidado em Rede e Acesso = Adequado (75,7)	Conversão dos leitos obstétricos do hospital geral em maternidade com 40 leitos Componente Gestante na Norma Operacional de Acesso (NOA) Câmara Técnica de Enfrentamento a Violência Obstétrica	Redução da mortalidade Materna de 66,5% entre 2013 e 2022 Redução da Mortalidade neonatal de 46,8% entre 2013 e 2021
Captação de Recursos para Maternidade - Emendas Parlamentares - 2014-2015-2016		Lei nº 5.668/2026 - Direito a acompanhante de livre escolha e a doula Lei nº 5.622/2016 - institui o Sistema Integrado Saúde Escola do SUS (SISE-SUS)	Satisfação das mulheres com a assistência ao parto: 72,2% (2024)
Publicação da Política Rede Cegonha - 2011	D2 - Boas práticas de atenção ao parto = GI parcialmente adequado (72,6%) Direito a acompanhante de livre escolha (98,8%) Boas Práticas de atenção a mulher (52,8%)	Lei municipal nº 5.951/2017 - Parto seguro e humanizado Cursos de Formação de Doulas Cursos de Formação de Casais Grávidos	Aumento de cesarianas: 55,4% entre 2016 e 2019 Aumento da mortalidade materna: 6,7% entre 2019 e 2020
<i>Impeachment</i> da Presidente Dilma - 2016	Boas Práticas de atenção a mulher (52,8%)		Aumento da Mortalidade neonatal: 43,3% entre 2021 e 2022
Mudança na gestão municipal - 2017	Não aplicação de intervenções desnecessárias (78,1%)		
Descontinuidade do Movimento Nascer Bem Caruaru - 2017			
Descontinuidade da Rede Cegonha - 2022	D5 - Organização da estrutura e ambiência = GI Adequado (100%) Ambiência e acessibilidade adequadas na porta de entrada; no PPP; no Alojamento Conjunto e na Unidade Neonatal (100%)		
Pandemia da covid-19 - 2020-2023			
Rami - 2022			
Rede Alyne - 2024			

Fonte: elaboração própria.

Entre 2013 e 2022, observou-se uma tendência de redução da mortalidade materna, apesar de um pico em 2020, possivelmente associado ao impacto da pandemia da covid-19. No mesmo período, a mortalidade neonatal também apresentou uma trajetória descendente mesmo com aumento nos dois últimos anos da série. Esses achados sugerem que a intervenção produziu resultados significativos, particularmente nos anos de maior estabilidade político-institucional, contexto que favoreceu a ampliação das ações do MNBC.

A associação entre boas práticas – como o parto de baixo risco assistido por enfermeiros obstetras, acompanhante de livre escolha, partograma preenchido, não aplicação de intervenções desnecessárias – e a redução da mortalidade evitável é amplamente documentada na literatura^{2,36}. Nesse sentido, os dados locais se coadunam com a hipótese de que a qualidade da atenção prestada foi determinante para os resultados obtidos.

A análise dos partos por cesariana entre 2012 e 2016 revela uma queda de 26,63%²⁷, apresentando uma tendência de declínio no número de partos cirúrgicos, período que coincide com a implementação das diretrizes do MNBC, que privilegiavam a condução do parto normal de forma segura e humanizada¹¹. No entanto, entre 2016 e 2019, houve um aumento de 55,4% nas cesarianas²⁷, representando um retorno ao modelo hospitalocêntrico e biomédico, centrado no risco obstétrico, em detrimento da abordagem integral, humanizada e territorializada³⁷.

Outro aspecto relevante diz respeito à satisfação das mulheres com a atenção recebida, indicador que também refletiu o impacto positivo da intervenção. Os índices de satisfação com a assistência ao parto, embora tenham decrescido de 97% (2015)³⁸ para 72,2% (2024), permaneceram elevados. Essa redução pode estar associada às mudanças institucionais, incluindo a menor adesão às práticas humanizadas e articulação intersetorial menos efetiva. Estudos que avaliaram a satisfação das parturientes destacaram que o parto não é

um evento meramente técnico e que atributos como a humanização conferem qualidade à assistência^{6,39}.

O período de maior efetividade do MNBC ocorreu entre 2014 e 2016, quando foram implementadas diversas iniciativas, com destaque para a conversão dos leitos obstétricos do hospital geral em maternidade, implantação de um CPN, vinculação prévia da gestante à maternidade, mobilização social para coleta de assinaturas para lei de iniciativa popular para o parto seguro e humanizado e a criação da Câmara Técnica de Enfrentamento da Violência Obstétrica (Informante 4). O período pós-2016, marcado por mudanças no cenário político nacional e por transição na gestão municipal, coincidiu com a interrupção das ações do MNBC e tendência ascendente nos indicadores analisados – mortalidade materna e neonatal e taxa de cesarianas. Esses achados sugerem possível associação entre a descontinuidade das intervenções do MNBC e a deterioração dos resultados obstétricos, embora outros fatores contextuais não possam ser descartados.

O lançamento da Rede Alyne, em 2024, configura uma janela de oportunidade para os gestores públicos rearticularem a organização da atenção ao parto e nascimento. Essa nova política, ao recuperar os princípios fundamentais da RC, oferece um marco institucional para recompor práticas baseadas em evidências; diretrizes claras para superação da fragmentação observada no período anterior; e instrumentos para realinhamento do sistema com os princípios de equidade e integralidade⁴.

A experiência de Caruaru ilustra, portanto, a complexa interdependência entre contexto, implantação e resultados, apontando caminhos para o aprimoramento contínuo das políticas de atenção ao parto e nascimento no Brasil.

Considerações finais

Considerando que os desfechos maternos e neonatais indesejados ainda são frequentemente

associados a condutas inadequadas, intervenções desnecessárias e à baixa vinculação da gestante à maternidade, constata-se que a qualidade da atenção permanece no cerne dos problemas relacionados com o parto e nascimento.

Nesse sentido, os achados deste estudo reconhecem que as intervenções realizadas pelo MNBC, alinhadas ao modelo de atenção da RC e mediadas por mudanças no contexto político-institucional, promoveram avanços na atenção ao parto e nascimento em Caruaru. A experiência evidencia a importância de políticas sustentadas por financiamento adequado, governança efetiva e compromisso político intersetorial.

A análise revela uma sinergia entre as intervenções do MNBC fundamentadas no modelo da RC, as mudanças no cenário político-institucional e a melhoria dos indicadores de parto e nascimento em Caruaru.

Avanços significativos foram consolidados para a melhoria da qualidade da atenção, incluindo o aumento do acesso à rede de cuidado e a adequação da estrutura para a atenção ao parto e nascimento. No entanto, aspectos como a consolidação de boas práticas obstétricas, o cuidado compartilhado, a gestão participativa e o monitoramento contínuo da atenção e dos resultados ainda se mostram vulneráveis às mudanças no contexto político-institucional, especialmente diante de alterações no funcionamento da rede de saúde, das políticas públicas e da alternância da gestão.

Assim, embora o MNBC tenha conseguido implementar um novo modelo de atenção ao parto e nascimento, a descontinuidade das ações impactou negativamente os indicadores, reiterando que conquistas na saúde pública dependem não apenas da qualidade técnica das intervenções, mas também da estabilidade e da coerência das políticas públicas.

No período posterior a essas mudanças, registrou-se um aumento nos indicadores de mortalidade materna e neonatal, indicando a necessidade de novos estudos que aprofundem

as causas desses óbitos, especialmente os ocorridos entre 2021 e 2022, a fim de investigar uma possível correlação com os impactos da pandemia da covid-19.

Com base nas reflexões deste estudo, recomenda-se a promoção de espaços de diálogo plurais e participativos entre a gestão, os profissionais de saúde e as usuárias, além do fortalecimento do trabalho colaborativo e da educação permanente como estratégias para a consolidação das boas práticas obstétricas. Tais iniciativas podem contribuir para institucionalizar as intervenções voltadas à melhoria do cuidado ao parto e nascimento.

Ressalta-se, ainda, a importância do fortalecimento da governança regional, especialmente no âmbito da CIR, como estratégia para garantir o financiamento e a organização das redes de atenção à saúde. Para isso, é fundamental estabelecer acordos intergestores robustos, que definam metas claras, responsabilidades compartilhadas e que promovam uma gestão integrada e eficiente do sistema de saúde.

Colaboradoras

Souza MA (0000-0002-5374-3487)* contribuiu para concepção e delineamento do estudo, aquisição, análise e interpretação dos dados, elaboração de versões preliminares do artigo e revisão crítica de seu conteúdo intelectual, e aprovação da versão final do manuscrito. Albuquerque PC (0000-0001-8283-5041)* e Figueiró AC (0000-0003-0718-5426)* contribuíram para delineamento, elaboração de versões preliminares do artigo e revisão crítica de seu conteúdo intelectual, e aprovação da versão final do manuscrito. Jácome PRLA (0000-0003-3691-9716)* contribuiu para análise e interpretação dos dados, elaboração de versões preliminares do artigo e revisão crítica de importante conteúdo intelectual, e aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Ruiz JI, Nuhu K, McDaniel JT, et al. Inequality as a powerful predictor of infant and maternal mortality around the world? *PLoS One*. 2015;10(10):1-11. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0140796>
2. World Health Organization. Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [acesso em 2024 jun 22]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-15.02>
3. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2011 jun 27 [acesso em 2024 jul 14]; Edição 148; Seção I:109-11. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
4. Ministério da Saúde (BR), Gabinete da Ministra. Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a implantação da Rede Alyne. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2024 set 13 [acesso em 2024 maio 29]; Edição 178; Seção I:90. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350_13_09_2024.html
5. Bittencourt DAS, Vilela MEA, Marques COM, et al. Atenção ao parto e nascimento em Maternidades da Rede Cegonha: avaliação do grau de implantação das ações. *Ciênc saúde coletiva*. 2021;26(3):801-21. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.08102020>
6. Leal MC, Esteves-Pereira AP, Vilela MEA, et al. Redução das iniquidades sociais no acesso às tecnologias apropriadas ao parto na Rede Cegonha. *Ciênc saúde coletiva*. 2021;26(3):823-35. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.06642020>
7. Aguiar JM, Azeredo YN, D'Oliveira AFPL, et al. Violência institucional, direitos humanos e autoridade tecno-científica: a complexa situação de parto para as mulheres. *Interface (Botucatu)*. 2020;24:e200231. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.200231>
8. Andrade PON, Silva JQP, Diniz CMM, et al. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2016;16(1):29-37. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042016000100004>
9. Leite RMB, Araújo TVB, Silva MRF, et al. Acesso aos serviços de atenção ao parto no interior de Pernambuco, nordeste do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2023;57(7):1-12. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004335>
10. Oliveira LLF, Trindade RFC, Santos AAP, et al. Characterization of obstetric care developed in teaching hospitals in a capital of northeast Brazil. *Rev Bras Enferm*. 2022;75(1):e20200896. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0896>
11. Secretaria Municipal de Saúde de Caruaru (PE). Movimento Nascer Bem Caruaru: plano de ação para reestruturação da atenção ao parto e nascimento [Internet]. Caruaru: Secretaria Municipal; 2014 [acesso em 2024 maio 16]. 44 p. Disponível em: <https://saudecaruaru.pe.gov.br/smscaruaru2013/images/PDF/PROJETOLEIFINAL.pdf>
12. World Health Organization. Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas [Internet]. [Genebra: OMS]; 2015 [acesso em 2024 maio 2]. p. 1-8. Disponível em: http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html
13. Mendes EV. A governança regional das redes de atenção à saúde [Internet]. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BR). Governança Regional das Redes de Atenção à Saúde. Brasília, DF: Conass; 2016 [acesso em 2024 maio 2]. p. 49-93. (CONASS Debate, 6). Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/conass-debate-n-6.pdf>

14. Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM, et al. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trab Educ Saúde*. 2020;18:e0024678. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>
15. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro, Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 23, de 17 de agosto de 2017 [Internet]. 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* [Internet], Brasília, DF. 2017 ago 18 [acesso em 2024 fev 11]; Edição 159; Seção I:96-97. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0023_18_08_2017.html
16. Brouselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, et al. *Avaliação: Conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. 292 p.
17. Matus C. *Política, planejamento e governo* [Internet]. 2ª ed. Brasília, DF: Ipea; 1996 [acesso em 2024 abr 14]. 292 p. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/16296?mode=full>
18. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 4ª ed. rev. e atual. Lisboa: Edições 70; 2010. 281 p.
19. Organización Panamericana de la Salud. *Red Regional de Educación Interprofesional de las Américas* [Internet]. Genebra: OPAS; 2017 [acesso em 2024 fev 27]. 30 p. Disponível em: https://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/biblioteca/diretrizes_rede_regional_de_ed_interprofissional_das_americas_reip.pdf
20. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* [Internet], Brasília, DF. 2017 out 3 [acesso em 2024 maio 29]; Edição 190(supl); Seção I:192. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017ARQUIVO.html
21. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos [Internet]. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 8ª ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, Abrasco; 2009 [acesso em 2024 maio 28]. p. 43-68. Disponível em: <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf>
22. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring: the definition of quality and approaches to its assessment. *Ann Arbor: Health Administration*; 1980. 2 v. p. 77-125.
23. Vilela MEA, Leal MC, Thomaz EBAF, et al. Avaliação da atenção ao parto e nascimento nas maternidades da rede cegonha: os caminhos metodológicos. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2021;26(3):789-800. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.10642020>
24. 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. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2013 jun 13; Edição 112; Seção I:59-62.
25. 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. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2016 maio 24; Edição 153; Seção I:44-46.
26. Secretaria Estadual de Saúde (PE), IV Gerência Regional de Saúde. *Mapa de saúde: IV região de saúde de Pernambuco* [Internet]. Caruaru: Secretaria Estadual de Saúde; 2021 [acesso em 2024 abr 1]. 112 p. Disponível em: https://portal-antigo.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/mapa_de_saude_2020_iv_regiao_de_saude.pdf
27. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. *Tabnet*. Brasília, DF: MS; 2024 [acesso em 2024 jul 24]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>

28. Assunção MF, Soares RC, Serrano I. A Superlotação das Maternidades em Pernambuco no contexto atual da Política de Saúde. *Serv Soc Rev*. 2014;16(2):5-35. DOI: <https://doi.org/10.5433/1679-4842.2014v16n2p05>
29. Leal NP, Versiani MH, Leal MC, et al. Práticas sociais do parto e do nascer no Brasil: a fala das puérperas. *Ciênc saúde coletiva*. 2021;26(3):941-50. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.13662020>
30. Conceição HN, Gonçalves CFG, Mascarenhas MDM, et al. Desrespeito e abuso durante o parto e depressão pós-parto: uma revisão de escopo. *Cad Saúde Pública*. 2023;39(5):e00236922. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT236922>
31. Viana SBP, Hostins RCL. Educação interprofissional e integralidade do cuidado: uma leitura filosófica contemporânea dos conceitos. *Educ Rev*. 2022;38:e26460. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-469826460>
32. Ceccim RB, Prates CC. Educação interprofissional, práticas colaborativas e micropolítica: o combate incerto dos afetos no capitalismo cognitivo sob o trabalho em saúde. *Interface (Botucatu)*. 2023;27:e230399. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.230399>
33. Bretas Junior N, Shimizu HE. Reflexões teóricas sobre governança nas regiões de saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2017;22(4):1085-95. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.30532016>
34. Silva CPMFS. Avaliação da Rede Cegonha no município de Jaboatão dos Guararapes/PE [dissertação na Internet]. Recife: Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2019 [acesso em 2024 jan 21]. 78 p. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/54587>
35. Pashe DFP, Pessatti MP, Silva LBRAA, et al. Transição do modelo de ambiência em hospitais que realizam partos na Rede Cegonha. *Ciênc saúde coletiva*. 2021;26(3):887-96. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.45262020>
36. Vicente AG, Hortolam IM, Flandoli ALS, et al. Explorando a relação entre a adequada atenção à mulher no parto e a mortalidade neonatal evitável no Brasil: uma análise epidemiológica de 2018 a 2022. *Rev Ibero-Am Humanid Ciên Educ*. 2024;10(6):3832-42. DOI: <https://doi.org/10.51891/rease.v10i6.14673>
37. Mortelaro PK, Cirelli JF, Narchi NZ, et al. Da Rede Cegonha à Rami: tensões entre paradigmas de atenção ao ciclo gravídico-puerperal. *Saúde debate*. 2024;48(140):e8152. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-289820241408152P>
38. Secretaria Municipal de Saúde de Caruaru (PE). Memórias da atenção básica, 2011 a 2016. Caruaru: Secretaria Municipal de Saúde; 2016. 96 p.
39. Gagnon R, Orellana PL. Humanization of birth, women's empowerment, and midwives' actions and knowledge: experiences from Quebec and Chile. *Saúde debate*. 2022;46(135):987-98. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213503>

Recebido em 17/10/2024

Aprovado em 19/06/2025

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão disponíveis em repositório de dados (<https://doi.org/10.48331/scielodata>.

CHSQVZ)

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Jamilli Silva Santos

Programa Farmácia Cuidar+: avaliação da implantação dos serviços clínicos

Farmácia Cuidar+ Program: Evaluation of the implementation of clinical services

Ana Paula Rigo¹, Karin Hepp Schwambach², Fernanda Fávero Alberti¹, Marcelo Pedrotti Barbieri³, Elisabete Elisa Pereira Zenere³, Carine Raquel Blatt³

DOI: 10.1590/2358-2898202514610116P

RESUMO O estudo objetiva avaliar a implementação dos serviços clínicos desenvolvidos por farmacêuticos do estado do Rio Grande do Sul, no âmbito do Programa Farmácia Cuidar+, implantado em 2021. Uma matriz composta por 22 indicadores distribuídos em 8 dimensões que compõem uma nota de zero a 100 foi aplicada na fase inicial (2022) e na fase intermediária (2023), nos 446 municípios que aderiram ao programa. A nota média dos municípios nas fases inicial (n = 351) e intermediária (n = 386) foi de 20,1 e 32,8 (p = 0,000), respectivamente. Houve aumento significativo nas dimensões: adesão ao tratamento, atividades clínicas, consultório, segurança e educação em saúde. Os municípios de menor porte (menos de 500 atendimentos ao mês) tiveram melhores notas que municípios de maior porte em ambas as fases. A implantação do Programa Farmácia Cuidar+ apresentou resultados significativos nas notas gerais dos indicadores propostos para avaliar os serviços clínicos providos por farmacêuticos. Este resultado aponta avanços com relação às atividades clínicas e fragilidades, que devem ser discutidas amplamente e aprimoradas para a efetiva implementação da Política de Assistência Farmacêutica.

PALAVRAS-CHAVE Indicadores de qualidade em assistência à saúde. Assistência farmacêutica. Medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica. Atenção Primária à Saúde. Farmacêuticos.

ABSTRACT *The study aims to evaluate the implementation of clinical services by pharmacist in state of Rio Grande do Sul (RS), within the scope of Farmácia Cuidar+ Program, established in 2021. A matrix consisting of 22 indicators distributed across 8 dimensions with a score ranging from zero to 100 was applied during the initial phase (2022) and the intermediate phase (2023), in all 446 municipalities that joined the program. The average score of the municipalities in the initial phase (n = 351) and intermediate phase (n = 386) was 20.1 and 32.8 (p = 0,000), respectively. There was a significant increase in the following dimensions: treatment adherence, pharmacist's clinical services, pharmacist's office, safety, and health education. Smaller municipalities (less than 500 monthly consultations) achieved higher scores than larger municipalities in both phases. The implementation of the Farmácia Cuidar+ program showed significant results in the overall scores of the indicators proposed to evaluate pharmacist's clinical services. This outcome highlights progress regarding the clinical services as well as certain weaknesses that must be thoroughly discussed and improved for the effective implementation of Pharmaceutical Services Policy.*

KEYWORDS *Quality indicators, health care. Pharmaceutical services. Drugs from the specialized component of pharmaceutical care. Primary Health Care. Pharmacists.*

¹Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES-RS), Departamento de Assistência Farmacêutica (Deaf) – Porto Alegre (RS), Brasil.

²Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre (HPS) – Porto Alegre (RS), Brasil.

³Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) – Porto Alegre (RS), Brasil. carineblatt@ufcspa.edu.br



Introdução

No Brasil, a Política Nacional de Medicamentos¹ e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF)² foram instituídas com o objetivo de qualificar o acesso e o uso racional de medicamentos. Na perspectiva histórica de mais de 30 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) e 20 anos da PNAF, alguns avanços foram perceptíveis, como a descentralização e estruturação da gestão da Assistência Farmacêutica (AF) para os municípios e a ampliação do acesso aos medicamentos essenciais³⁻⁶. Além disso, é possível observar um aumento do número de farmacêuticos atuantes na Atenção Primária à Saúde⁶⁻⁹.

Além das atividades de gestão que envolvem os medicamentos, tradicionalmente atribuídas aos farmacêuticos, as atividades clínicas voltadas ao paciente ganharam evidência a partir da atuação do farmacêutico enquanto responsável pela efetividade e segurança da farmacoterapia¹⁰⁻¹³. No entanto, muitos desafios ainda precisam ser superados para a efetiva implantação das atividades clínicas do farmacêutico no âmbito do SUS.

Inicialmente, é necessário revisar o entendimento de que a AF é meramente uma área de apoio às ações e aos serviços de saúde, focada apenas no fornecimento de suprimentos e logística, com práticas sociais de cuidado e prestação de serviços farmacêuticos incipientes^{14,15}. Ainda, o financiamento centrado no acesso ao medicamento^{11,16,17}, a elevada demanda de atividades gerenciais relacionadas à provisão do medicamento e as deficiências na formação do farmacêutico para a assistência direta ao usuário^{7,16} dificultam o planejamento e a execução de atividades clínicas do farmacêutico.

Recentemente, foram publicadas as Diretrizes Nacionais do Cuidado Farmacêutico¹⁸, e, no Rio Grande do Sul (RS), estado onde este estudo foi desenvolvido, foi publicada a Política Estadual de Assistência Farmacêutica do RS¹⁹, que apresenta diretrizes específicas para a implementação do cuidado farmacêutico com o objetivo de impulsionar esse modelo de prática. Neste sentido, com o

objetivo de ampliar e qualificar os serviços clínicos desenvolvidos por farmacêuticos nas Farmácias de Medicamentos Especiais (FME) que dispensam medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Ceaf) e do elenco complementar do estado, foi instituído no RS, no ano de 2021, de forma pioneira, o Programa Farmácia Cuidar+²⁰.

O Ceaf está descentralizado em todos os municípios do RS, e o Programa Farmácia Cuidar+ teve adesão de 446 (89,7%) municípios²¹. Os recursos financeiros repassados poderiam ser utilizados em três eixos: estrutura, identidade visual e cuidado farmacêutico²². Os recursos foram distribuídos de acordo com o porte do município, classificados a partir do número de usuários atendidos mensalmente nas FME. Em contrapartida aos recursos recebidos, os municípios devem implantar os serviços clínicos prestados por farmacêuticos²⁰.

Este estudo tem como objetivo avaliar a implementação dos serviços clínicos desenvolvidos por farmacêuticos do RS no âmbito do Programa Farmácia Cuidar+, implantado em 2021.

Material e métodos

Estudo de avaliação da implementação, cuja amostra é constituída pelos 446 (89,7%) municípios do RS que foram agrupados por porte, de acordo com o número de atendimentos de pacientes/mês: I (até 500), II (501 a 1.000), III (1001 a 2.000), IV (2001 a 3.000) e V (mais de 3.000).

Uma matriz de avaliação dos serviços clínicos desenvolvidos pelo farmacêutico foi elaborada, validada e valorada por especialistas¹⁷. Essa matriz é composta por 22 indicadores que compõem uma nota de zero a 100, distribuídos em 8 dimensões: efetividade do tratamento de asma, efetividade do tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), adesão ao tratamento, atividades clínicas do farmacêutico, consultório, segurança, educação em saúde e educação continuada, conforme pode ser observado no *quadro 1*.

Quadro 1. Indicadores dos serviços clínicos desenvolvidos por farmacêuticos no âmbito do Programa Farmácia Cuidar+

Dimensão, nota	Nome do indicador	Pontuação Máxima
Efetividade Asma*#,10	1. Efetividade do tratamento da Asma	10
Efetividade DPOC*#, 10	2. Efetividade do tratamento da DPOC	10
Adesão ao tratamento#, 8	3. Adesão do paciente ao tratamento farmacológico	8
Atividades clínicas do farmacêutico, 42	4. Primeira dispensação pelo farmacêutico Asma/DPOC	8
	5. Dispensação pelo farmacêutico Asma/DPOC	4
	6. Orientação para o processo de uso do medicamento	4
	7. Orientação para os resultados do uso do medicamento	4
	8. Orientação dos efeitos adversos	4
	9. Registro do atendimento no prontuário	4
	10. Orientação para o transporte dos medicamentos	4
	11. Orientação para o armazenamento dos medicamentos	4
	12. Avaliação e monitoramento dos exames	2
	13. Conciliação de medicamentos	2
	14. Avaliação de interação entre os medicamentos	2
	Consultório, 2	15. Consultório
Segurança, 12	16. Registro das suspeitas de efeitos adversos	4
	17. Registro dos erros de dispensação	4
	18. Dupla checagem na dispensação	4
Educação em saúde, 8	19. Material de educação em saúde	4
	20. Participar de grupo de educação em saúde	4
Educação continuada, 8	21. Educação continuada do farmacêutico	4
	22. Educação continuada da equipe	4

Fonte: elaboração própria.

*Aplicados apenas nos municípios de porte V.

A fonte do indicador é o sistema de gerenciamento estadual.

Para as FME de portes I, II, III e IV, não são aplicados os indicadores 1 e 2 relacionados aos resultados de efetividade dos tratamentos de asma e DPOC, pois nesses municípios não há obrigatoriedade de realização de testes para o monitoramento do controle dessas doenças, de acordo com normativas do Programa Farmácia Cuidar+, sendo a pontuação máxima para esses municípios de 80 pontos. Entretanto, a nota final é calculada ponderada, para permitir a comparação entre todos os municípios. A fonte e a fórmula de cálculo de cada indicador podem ser visualizadas em publicação prévia¹⁷.

Os dados para o cálculo dos indicadores foram obtidos por meio de questionário elaborado na plataforma Google Forms e enviados por correio eletrônico aos farmacêuticos coordenadores das FME. As informações para os indicadores relacionados à efetividade do tratamento da asma e da DPOC, bem como para a adesão ao tratamento, foram coletadas do sistema de informação da Secretaria Estadual de Saúde (SES) do RS – Sistema AME – utilizado para gerenciamento de informações dos pacientes e seus tratamentos relacionados ao Ceaf.

A avaliação foi realizada na fase inicial (março de 2022) e na fase intermediária (dezembro de 2023) do programa.

No início do Programa Farmácia Cuidar+, foi elaborado e disponibilizado um curso on-line sobre as atividades clínicas do farmacêutico para o cuidado de pessoas com asma e ou DPOC, além do Manual do Programa Farmácia Cuidar+ – Eixo Cuidado Farmacêutico. Além disso, foram realizados encontros presenciais da equipe de pesquisa com os farmacêuticos atuantes nas FME, organizados nas macrorregiões de saúde. Esses encontros tiveram como objetivos apresentar a matriz de avaliação e os resultados da fase inicial, além de realizar atividade de simulação de atendimentos, a fim de desenvolver habilidades de realização dos serviços clínicos. Durante esses encontros, foram realizadas simulações de primeira dispensação, dispensação recorrente e acompanhamento farmacoterapêutico para pessoas com asma. Outras iniciativas incluíram um curso on-line autoinstrucional e manuais impressos para os farmacêuticos, materiais de educação em saúde, vídeos e reuniões temáticas do programa, além de encontros com gestores municipais para sensibilizar sobre a morbimortalidade relacionada a medicamentos e apresentar os resultados obtidos.

Na análise de dados, foram consideradas as pontuações alcançadas para cada indicador em cada fase, levando em conta todos os municípios que responderam ao formulário. O banco de dados com as respostas foi compilado em planilha no software Microsoft Excel. A análise estatística foi realizada através do *software* Stata, com nível de significância de 5%; foram utilizados Qui-Quadrado, teste t de Student e ANOVA de medidas repetidas, com teste de Sidak para as comparações múltiplas. As notas dos indicadores foram apresentadas de modo descritivo na forma de média e Desvio-Padrão (DP), estratificados por porte dos municípios e/ou macrorregião de saúde.

Os farmacêuticos que aceitaram participar da pesquisa preencheram o Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE). Nessa pesquisa, foram respeitadas todas as exigências éticas e científicas fundamentais, baseadas nas orientações e disposições da Resolução da Comissão Nacional em Saúde do Ministério da Saúde, nº 466/2012²³, e do Ofício Circular nº 2/2021²⁴, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual, além da recente Lei nº 14.874, de maio de 2024²⁵. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, parecer nº 5.235.955, CAAE número 53806421.7.0000.5345.

Resultados

Entre os 446 municípios que aderiram ao Programa Farmácia Cuidar+, 351 farmacêuticos responderam ao formulário na fase inicial e 386 na fase intermediária, o que representa um percentual de respostas ao questionário on-line de 78,7% e 86,5%, respectivamente. A nota média dos municípios na fase inicial foi de 20,1 (DP = 15,6), enquanto na fase intermediária foi de 32,8 (DP = 17,7), $p = 0,000$. Também houve aumento significativo nas dimensões: adesão ao tratamento, atividades clínicas do farmacêutico, consultório, segurança e educação em saúde, conforme pode ser visualizado na *tabela 1*.

Na fase inicial, as pontuações foram baixas para a maioria dos indicadores. Os indicadores que mais pontuaram nessa fase foram: orientação para o transporte do medicamento, orientação para o armazenamento do medicamento e educação continuada do farmacêutico. Na fase intermediária, além dos já citados, os indicadores de adesão do paciente ao tratamento farmacológico, consultório e material de apoio em saúde tiveram melhores pontuações.

Tabela 1. Resultados da avaliação da implantação dos serviços clínicos desenvolvidos por farmacêuticos nas fases inicial (n = 351) e intermediária (n = 386) do Programa Farmácia Cuidar+ nos municípios do Rio Grande do Sul, por dimensão

Dimensão	Nota (Intervalo)	Nota fase Inicial (±DP) (n = 351)	Nota fase Intermediária (±DP) (n = 386)	p-valor
Efetividade Asma*	0 a 10	0,3±1,3	0,6±1,7	0,635
Efetividade DPOC*	0 a 10	0±0	0±0	
Adesão ao tratamento	0 a 8	0,6±2,1	5,8±3,6	0,000
Atividades clínicas do farmacêutico	0 a 42	9,4±9,7	8,0±12,1	0,001
Consultório	0 a 2	0,3±0,4	0,6±0,5	0,000
Segurança	0 a 12	1,2±2,1	1,6±2,3	0,004
Educação em saúde	0 a 8	1,7±2,4	3,2±2,6	0,000
Educação continuada	0 a 8	3,1±2,7	3,1±2,9	0,676
Nota total	0 a 100	20,1±15,6	32,8±17,7	0,000

Fonte: elaboração própria.

*Aplicados apenas nos municípios de porte V. DP = Desvio-Padrão.

Ao comparar os dados da fase intermediária com a inicial, pôde-se observar aumento significativo dos indicadores de: adesão do paciente ao tratamento farmacológico, primeira dispensação pelo farmacêutico, orientação para o processo e uso do medicamento, orientação para resultados esperados do uso do medicamento, avaliação e monitoramento dos

exames, conciliação medicamentosa, avaliação de interação medicamentosa, orientação para possíveis efeitos adversos, consultório, registro de suspeita de eventos adversos, registro de erros de dispensação, dupla checagem na dispensação, material de apoio e grupo de dispensação em saúde, conforme pode ser visualizado na *tabela 2*.

Tabela 2. Resultados da avaliação da implantação dos serviços clínicos farmacêuticos nas fases inicial (n = 351) e intermediária (n = 386) do Programa Farmácia Cuidar+ nos municípios do Rio Grande do Sul, por indicador

Indicador	Nota (Intervalo)	Nota fase Inicial (±DP) (n = 351)	Nota fase Intermediária (±DP) (n = 386)	p-valor
1. Efetividade Asma*	0 a 10	0,3±1,3	0,6±1,7	0,635
2. Efetividade DPOC*	0 a 10	0±0	0±0	
3. Adesão do paciente ao tratamento farmacológico	0 a 8	0,6±2,1	5,8±3,6	0,000
4. Primeira dispensação pelo farmacêutico Asma/DPOC	0 a 8	1,6±3,0	2,4±3,4	0,001
5. Dispensação pelo farmacêutico Asma/DPOC	0 a 4	1,5±1,8	1,8±1,8	0,082
6. Orientação para o processo de uso do medicamento	0 a 4	0,9±1,5	0,7±1,4	0,034

Tabela 2. Resultados da avaliação da implantação dos serviços clínicos farmacêuticos nas fases inicial (n = 351) e intermediária (n = 386) do Programa Farmácia Cuidar+ nos municípios do Rio Grande do Sul, por indicador

Indicador	Nota (Intervalo)	Nota fase Inicial (\pm DP) (n = 351)	Nota fase Intermediária (\pm DP) (n = 386)	p-valor
7. Orientação para os resultados esperados do uso do medicamento	0 a 4	0,4 \pm 1,1	1 \pm 1,6	0,000
8. Orientação para o transporte do medicamento	0 a 4	1,9 \pm 1,9	2 \pm 1,8	0,471
9. Orientação para o armazenamento do medicamento	0 a 4	1,6 \pm 1,8	1,7 \pm 1,8	0,505
10. Avaliação e monitoramento dos exames	0 a 2	0,2 \pm 0,8	0,6 \pm 1,2	0,000
11. Conciliação de medicamentos	0 a 2	0,2 \pm 0,8	0,4 \pm 1,1	0,001
12. Avaliação de interação entre os medicamentos	0 a 2	0,1 \pm 0,6	0,3 \pm 1,0	0,001
13. Orientação dos possíveis efeitos adversos	0 a 4	0,4 \pm 1,1	0,7 \pm 1,4	0,005
14. Registro do atendimento no prontuário	0 a 4	0,4 \pm 1,2	0,4 \pm 1,1	0,715
15. Consultório	0 a 2	0,3 \pm 0,4	0,6 \pm 0,5	0,000
16. Registro de suspeita de efeitos adversos	0 a 4	0 \pm 0,2	0,0 \pm 0,2	0,680
17. Registro de erros de dispensação	0 a 4	0,5 \pm 1,3	0,7 \pm 1,6	0,029
18. Dupla checagem na dispensação	0 a 4	0,6 \pm 1,4	0,9 \pm 1,6	0,027
19. Material de apoio em saúde	0 a 4	1,3 \pm 1,9	2,5 \pm 1,9	0,000
20. Grupo de educação em saúde	0 a 4	0,4 \pm 1,1	0,6 \pm 1,3	0,017
21. Educação continuada do farmacêutico	0 a 4	2,3 \pm 2,0	2,3 \pm 2,0	0,653
22. Educação continuada da equipe	0 a 4	0,7 \pm 1,5	0,9 \pm 1,7	0,202

Fonte: elaboração própria.

*Aplicado apenas nos municípios de porte V. DP = Desvio-Padrão.

Na *tabela 3*, é possível visualizar as notas médias de cada indicador, nas fases inicial e intermediária, de acordo com o porte dos municípios. A nota média dos municípios aumentou entre as fases para todos os portes de atendimento. Os municípios de porte I (menos

de 500 atendimentos/mês) atingiram a maior nota média. Os municípios de porte V (mais de 3.000 atendimentos/mês) obtiveram o menor aumento médio da nota quando comparados os dois períodos.

Tabela 3. Resultados da avaliação da implantação dos serviços clínicos desenvolvidos por farmacêuticos nas fases inicial (n = 351) e intermediária (n = 386) do Programa Farmácia Cuidar+ nos municípios do Rio Grande do Sul, distribuídos por porte do número de atendimentos de pacientes/mês

Porte	I		II		III		IV		V		
	Nota (Intervalo)	Fase Inicial# (n = 199)	Fase Intermediária# (n = 222)	Fase Inicial# (n = 66)	Fase Intermediária# (n = 76)	Fase Inicial# (n = 61)	Fase Intermediária# (n = 62)	Fase Inicial# (n = 10)	Fase Intermediária# (n = 9)	Fase Inicial# (n = 15)	Fase Intermediária# (n = 17)
Nota média	0 a 100	22.7±16.3	34.5±18.6	17.5±15.9	32.2±17.5	17.3±13.3	30.2±15.8	12.9±7.5	33.0±12.6	12.5±6.9	21.7±9.4
1. Efetividade Asma*	0 a 10									0.3±1.3	0.6±1.7
2. Efetividade DPOC*	0 a 10									0.0±0.0	0.0±0.0
3. Adesão do paciente ao tratamento farmacológico	0 a 8	0.8±2.5	5.4±3.8	0.5±1.9	6.5±3.1	0.0±0.0	6.1±3.5	0.8±2.5	8.0±0.0	0.0±0.0	5.2±3.9
4. Primeira dispensação pelo farmacêutico Asma/DPOC	0 a 8	1.9±3.3	2.9±3.6	1.6±2.8	2.1±3.2	1.4±3.0	1.7±3.1	0.0±0.0	1.3±2.8	0.5±1.4	0.7±2.1
5. Dispensação pelo farmacêutico Asma/DPOC	0 a 4	1.9±1.9	2.1±1.8	1.3±1.7	1.7±1.8	1.1±1.7	1.2±1.7	0.0±0.0	0.9±1.8	0.3±0.7	0.1±0.5
6. Orientação para o processo de uso do medicamento	0 a 4	1.1±1.6	0.7±1.4	0.7±1.3	0.7±1.3	0.7±1.4	0.8±1.4	0.0±0.0	0.9±1.8	0.3±1.0	0.1±0.5
7. Orientação para os resultados esperados do uso do medicamento	0 a 4	0.5±1.3	1.2±1.7	0.3±0.8	1.1±1.6	0.3±1.0	0.6±1.3	0.0±0.0	0.2±0.7	0.0±0.0	0.1±0.5
8. Orientação para o transporte do medicamento	0 a 4	2.1±1.9	2.1±1.8	1.6±1.9	2.0±1.9	1.5±1.8	1.8±1.8	2.0±1.9	1.8±2.1	1.7±2.0	0.8±1.6
9. Orientação para o armazenamento do medicamento	0 a 4	1.9±1.9	2.0±1.8	1.4±1.8	1.6±1.7	1.3±1.7	1.4±1.8	1.6±1.8	0.9±1.8	1.3±2.0	0.6±1.4
10. Avaliação e monitoramento dos exames	0 a 2	0.3±0.9	0.7±1.3	0.2±0.9	0.6±1.2	0.1±0.6	0.2±0.6	0.2±0.6	0.5±1.3	0.0±0.0	0.2±1.0
11. Conciliação de medicamentos	0 a 2	0.3±0.9	0.5±1.2	0.2±0.6	0.5±1.2	0.1±0.6	0.4±1.0	0.1±0.2	0.1±0.2	0.0±0.0	0.0±0.1
12. Avaliação de interação entre os medicamentos	0 a 2	0.2±0.7	0.4±1.1	0.2±0.8	0.3±0.8	0.0±0.3	0.2±0.8	0.0±0.0	0.1±0.2	0.0±0.0	0.0±0.0
13. Orientação dos possíveis efeitos adversos	0 a 4	0.5±1.3	0.9±1.5	0.3±1.0	0.5±1.2	0.3±1.0	0.5±1.2	0.0±0.0	0=0	0.3±1.0	0.0±0.0
14. Registro do atendimento no prontuário	0 a 4	0.5±1.3	0.5±1.2	0.3±1.1	0.3±1	0.4±1.2	0.4±1.1	0.0±0.0	0.4±1.3	0.0±0.0	0.1±0.5
15. Consultório	0 a 2	0.2±0.4	0.5±0.5	0.2±0.4	0.6±0.5	0.4±0.5	0.8±0.4	0.6±0.5	0.7±0.5	0.4±0.5	0.9±0.2
16. Registro de suspeita de efeitos adversos	0 a 4	0.0±0.3	0.0±0.3	0.0±0.0	0.0±0.0	0.0±0.3	0.0±0.0	0.0±0.0	0.0±0.0	0.0±0.0	0.0±0.0
17. Registro de erros de dispensação	0 a 4	0.6±1.4	0.7±1.5	0.4±1.2	0.8±1.6	0.4±1.2	0.5±1.3	0.0±0.0	2.2±2.1	0.8±1.7	0.9±1.7
18. Dupla checagem na dispensação	0 a 4	0.6±1.3	0.8±1.5	0.5±1.3	0.6±1.4	0.6±1.3	1.1±1.7	1.2±1.9	1.3±2	1.7±2.0	1.9±2.1
19. Material de apoio em saúde	0 a 4	1.3±1.9	2.5±2.0	1.3±1.9	2.3±2.0	1.2±1.8	2.9±1.8	0.4±1.3	1.8±2.1	1.3±2.0	3.8±1
20. Grupo de educação em saúde	0 a 4	0.4±1.2	0.7±1.3	0.3±1.0	0.7±1.4	0.5±1.2	0.4±1.2	0.3±0.9	0.0±0.0	0.0±0.0	0.4±1.2
21. Educação continuada do farmacêutico	0 a 4	2.4±2.0	2.2±2.0	2.1±2	2.3±2.0	2.5±2.0	2.3±2.0	2.4±2.1	2.7±2.0	2.1±2.1	3.1±1.7
22. Educação continuada da equipe	0 a 4	0.7±1.5	0.8±1.6	0.7±1.6	0.6±1.5	0.7±1.6	0.9±1.7	0.8±1.7	2.7±2.0	1.3±2	2.1±2.1

Fonte: elaboração própria.

Nota: Número de usuários atendidos mensalmente na Farmácia de Medicamentos Especiais, sendo I (até 500), II (501 a 1000), III (1001 a 2000), IV (2001 a 3000) e V (mais de 3000). Valores em negrito indicam diferença significativa entre as fases inicial e intermediária ($p < 0,05$). * Aplicado apenas nos municípios de Porte V. # Nota média e desvio-padrão.

Com relação aos indicadores de efetividade do controle de asma e DPOC, nenhum município alcançou o percentual mínimo de pacientes com DPOC controlado para pontuar nesse indicador, por isso, a nota foi zero nas duas fases avaliadas. Para asma, o percentual de pacientes que usam os medicamentos e têm a doença controlada é muito pequeno.

Discussão

Cerca de um ano e meio após o início do Programa Farmácia Cuidar+ foi possível observar aumento significativo nas notas médias dos municípios que aderiram ao programa com relação aos indicadores propostos para a avaliação da implantação dos serviços clínicos desenvolvidos por farmacêuticos. Tal resultado demonstra que programas específicos com repasse de recurso financeiro para além da compra de medicamentos, que buscam a estruturação das farmácias e oferecem apoio técnico aos farmacêuticos com foco no cuidado farmacêutico, conseguem promover modificações nos processos de trabalho relacionados aos serviços clínicos desenvolvidos por farmacêuticos no SUS.

Avaliar esse programa possibilita a sua sustentabilidade enquanto ferramenta de qualificação do SUS e auxilia o desenvolvimento de estratégias efetivas para áreas que sejam consideradas prioritárias. Em uma revisão sistemática que buscou identificar as estratégias usadas para avaliar a implementação de serviços de atendimento ao paciente em farmácias comunitárias, identificou-se que ‘treinar e educar as partes interessadas’ e ‘engajar o consumidor’ foram as estratégias de implementação mais frequentes. Outras estratégias também citadas foram: ‘fornecer assistência interativa’, ‘adaptar ao contexto’, ‘incentivo financeiro’ e ‘mudança de infraestrutura’²⁶.

Os municípios de porte I possuem melhores resultados nas atividades clínicas do farmacêutico, tais como a primeira dispensação, orientações de modo geral e monitoramento

de exames. Esse resultado pode estar relacionado à existência de maior vínculo entre os farmacêuticos e usuários em municípios com menor número de atendimentos/mês, onde o farmacêutico é o responsável pela dispensação dos medicamentos^{27,28}. A construção de vínculo entre usuários e trabalhadores da saúde favorece relações de confiança e facilita a adesão do usuário ao cuidado, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde²⁹.

Municípios de porte I representam a realidade da maioria dos municípios gaúchos²¹ e do Brasil³⁰. Municípios menores, geralmente, possuem apenas um farmacêutico responsável por serviços técnico-gerenciais e técnico-assistenciais¹⁷. O aspecto negativo é que as muitas demandas que envolvem as atividades gerenciais podem suprimir as atividades clínicas¹¹. Por outro lado, apesar das múltiplas demandas, o farmacêutico, quando trabalha sozinho, é quem efetivamente acompanha o paciente, especialmente no processo de dispensação, embora muitas vezes não reconheça a dispensação como uma atividade clínica. Entrevistas do componente dos serviços da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil mostram que apenas 21,3% dos farmacêuticos afirmaram fazer atividades clínicas, sendo orientação farmacêutica e atenção farmacêutica as mais citadas¹⁰.

Ademais, o pequeno número de profissionais nas farmácias públicas é apontado como barreira para a implantação de serviços clínicos desenvolvidos por farmacêuticos, que acabam priorizando serviços gerenciais de logística dos medicamentos¹⁰. Mudar essa lógica é um desafio para os próprios farmacêuticos, que, muitas vezes, não se sentem preparados para realizar as atividades clínicas³¹.

Nos municípios de porte V, as notas foram um pouco melhores com relação aos aspectos de estrutura, como, por exemplo: presença de consultório farmacêutico, dupla checagem na dispensação dos medicamentos e possuir material de apoio para a orientação do paciente

na dispensação. Tais tarefas são geralmente possíveis quando se dispõe de uma equipe maior e/ou de espaço maior. Além disso, em municípios com uma demanda maior de pacientes, em geral, faz-se necessária uma melhor organização dos processos.

Cinco das oito dimensões propostas para a avaliação da implantação dos serviços clínicos apresentaram diferenças significativas, demonstrando que diferentes ações foram executadas pelos farmacêuticos entre os períodos de avaliação. O fomento financeiro para implantação dos serviços clínicos, atividades de educação continuada e de avaliação parecem ser importantes para a efetividade das ações pretendidas. As notas médias ainda estão, de certa forma, distantes da nota máxima, mas entende-se que esse é um processo gradual e de sensibilização de farmacêuticos e gestores. É importante destacar a importância da avaliação durante o processo de implantação de um programa e da disseminação dos resultados^{26,32}. Assim, os farmacêuticos dos municípios conseguem visualizar a sua realidade, comparar com a realidade de municípios semelhantes, bem como entender qual é a meta e quais são os pontos a serem melhorados.

As dimensões relacionadas à efetividade do tratamento de asma e DPOC, que avaliam resultados, foram aplicadas apenas aos municípios de porte V (n = 17). Na asma, verificou-se um pequeno aumento do número de pacientes com controle da doença, mas ele não foi significativo, enquanto na DPOC o número de pacientes com controle da doença é ínfimo. Não obstante, a complexidade clínica da DPOC resulta em uma resposta reduzida ao tratamento quando as medidas de modificação do estilo de vida não são adotadas em conjunto com o uso correto e seguro dos medicamentos³³.

Os resultados de efetividade sugerem que a avaliação de tratamentos complexos requer um acompanhamento prolongado e uma abordagem integrada que inclua tanto os aspectos clínicos quanto os comportamentais dos pacientes. Vários estudos já reportaram que intervenções em saúde engajadas por

farmacêuticos geram impacto na adesão ao tratamento e na realização correta da técnica de inalação de medicamentos de pacientes em asma e DPOC³³⁻³⁷.

Na dimensão 'Atividades clínicas do farmacêutico', não houve mudança significativa entre as fases para 'dispensação pelo farmacêutico para asma e DPOC', 'Orientação para o transporte do medicamento' e 'Orientação para o armazenamento do medicamento', porém, esses indicadores já tinham pontuação mais elevada na fase inicial, sendo, portanto, as orientações sobre transporte e armazenamento as mais comumente fornecidas previamente à implantação do Programa Farmácia Cuidar+. Esse achado está de acordo com pesquisas de âmbito nacional e regional que destacam a dispensação como o serviço clínico mais comum^{10,27,31,38}. Apesar disso, o conceito de dispensação como serviço clínico, e não apenas como a entrega de medicamentos, não está disseminado nem mesmo entre a classe farmacêutica^{10,30}.

Os resultados da dimensão 'atividades clínicas do farmacêutico' apresentam variações, que estão de acordo com as práticas adotadas nos diferentes municípios. Para alguns municípios, pode ser necessário um maior tempo para organização, treinamento e priorização das atividades clínicas. Muitos dos medicamentos que fazem parte do elenco do Ceaf englobam doenças com uma menor prevalência na população e que possuem maior complexidade em termos de cuidados, monitoramento e efetividade do tratamento, como, por exemplo, transplante, esquizofrenia, asma e DPOC. Todas essas doenças possuem protocolos clínicos, dos quais o farmacêutico deve se apropriar para garantir o cuidado centrado no paciente^{39,40}. Enquanto serviço clínico, o seguimento farmacoterapêutico é o mais estudado, contudo, as atividades clínicas comumente desenvolvidas na atenção primária do Brasil são a dispensação e a orientação do usuário para o uso correto dos medicamentos²⁷.

Outro aspecto importante dos serviços clínicos prestados por farmacêuticos é a

documentação do processo, realidade ainda muito incipiente nos municípios investigados. Tal resultado está possivelmente associado à incipiência da prática clínica do farmacêutico⁴¹, à fragmentação da AF no contexto do Componente Especializado em relação a outros serviços de saúde⁴² e à formação insuficiente para o cuidado farmacêutico^{41,43,44}. A incorporação do registro do serviço clínico em prontuário como parte essencial do atendimento favoreceria aos farmacêuticos não apenas documentar o cuidado, mas, também, permitir o acompanhamento do paciente e fortalecer a sua integração e colaboração dentro da equipe de saúde, contribuindo de forma mais significativa para o cuidado integral do usuário e tendo as suas atribuições clínicas reconhecidas^{45,46}.

Com o incentivo à realização das atividades clínicas do farmacêutico, esperava-se encontrar aumento das notas dos indicadores. Paradoxalmente, a orientação para o processo de uso do medicamento apresentou redução significativa dos valores na comparação das fases intermediária e inicial, no total e nos municípios de porte I. Mesmo que os farmacêuticos reconheçam as atividades clínicas como importantes, a complexidade e as multitarefas relacionadas à Farmácia podem impedir a priorização da orientação ao usuário^{8,30,38}, o que pode impactar negativamente os resultados de efetividade dos tratamentos disponibilizados^{4,17}.

A dimensão 'segurança' apresentou avanço apenas no indicador que mede o registro de suspeita de efeitos adversos. A utilização de dupla-verificação do item a ser dispensado e o registro de erros de dispensação são processos ainda pouco realizados nas farmácias e que necessitam ser implementados para garantir a segurança do usuário de medicamentos. Em estudo realizado em municípios de Santa Catarina, foi igualmente constatada a ausência de ações voltadas à segurança do paciente no âmbito da AF⁴⁷.

A educação em saúde é importante estratégia de fomento ao uso racional de medicamentos e de promoção do autocuidado, podendo ser realizada individualmente ou em grupos. A pesquisa de Araújo et al.¹⁰ destaca a baixa participação dos farmacêuticos nessas atividades, o que é preocupante, considerando o papel central desses profissionais na orientação adequada sobre medicamentos.

No presente estudo, foi observada evolução no indicador 'Material de apoio em saúde', o que demonstra progresso na disponibilização desses materiais ao longo do tempo. A coordenação do Programa Farmácia Cuidar+ desenvolveu materiais voltados para orientação aos usuários e os disponibiliza para os farmacêuticos das FME, como diário de autocuidado; fichas com a descrição sobre a correta utilização de dispositivos inalatórios; vídeos sobre agravos específicos para serem enviados por WhatsApp ou sala de espera, ou, ainda, durante a consulta farmacêutica. Os materiais estão inseridos no sistema de dispensação estadual, com a opção de impressão para entrega ao usuário, constam no Manual do Programa Farmácia Cuidar+ – Eixo Cuidado Farmacêutico – e na página do programa na Internet. A entrega de materiais já prontos para os trabalhadores aparenta ser um fator incentivador para a realização de atividades de educação em saúde, mas isso não impede que cada farmacêutico desenvolva os seus materiais de apoio à dispensação de medicamentos e orientação para os usuários.

A dimensão de educação continuada não mostrou uma diferença entre as fases, apesar das iniciativas do Programa Farmácia Cuidar+. Nos últimos anos, os serviços clínicos desenvolvidos por farmacêuticos têm desafiado educadores, gestores e trabalhadores em demandas relacionadas à formação⁴⁸. Muitos farmacêuticos não têm um conhecimento advindo da graduação que tenha explorado as complexidades da Farmácia Clínica e do Cuidado Farmacêutico, o que limita o desenvolvimento das habilidades clínicas necessárias para a rotina e os

processos de trabalho^{48,49}. Nesse âmbito, percebe-se a necessidade de sensibilização da gestão local para coordenar iniciativas que visem à capacitação dos farmacêuticos e da equipe ou ao fomento de programas de formação que tenham esse objetivo.

As limitações deste estudo estão relacionadas, em parte, ao uso de dados provenientes de um sistema informatizado, cujas qualidade e precisão dependem diretamente da consistência e exatidão dos registros inseridos, além de a fonte dos indicadores dos serviços clínicos ser o próprio farmacêutico responsável pela execução dessas atividades. Por outro lado, esta é, no momento, a melhor fonte disponível, e, ainda que incipiente, permite comparações e reflexões. Além disso, os encontros presenciais onde a matriz de indicadores e os resultados da etapa inicial foram apresentados aos farmacêuticos podem ter introduzido um viés de resposta com relação aos resultados da etapa intermediária, já que os participantes foram expostos a informações anteriores. Embora essa dinâmica possa ter, de alguma forma, impactado a espontaneidade e independência das respostas na etapa subsequente, acredita-se que os resultados ainda fornecem subsídios valiosos sobre a percepção dos farmacêuticos acerca dos indicadores avaliados. A participação no preenchimento do questionário era voluntária, e, embora se tenha alcançado um percentual elevado de respostas, os não respondentes podem ter sido aqueles farmacêuticos que não fazem e ou não querem realizar nenhuma atividade clínica, ou, ainda, municípios que não possuem farmacêutico.

No processo de avaliação da AF na atenção primária, foi identificado que a lacuna principal está relacionada ao processo de avaliação dos serviços clínicos prestados por farmacêuticos⁵⁰⁻⁵². Nesse sentido, além de avaliar a estrutura e o processo, faz-se necessário avaliar os resultados obtidos por meio dessas ações⁵³. Estudos que investigam a prestação de serviços clínicos no âmbito do Ceaf são escassos e

evidenciam a necessidade de avanços em sua implementação⁵⁰⁻⁵².

Ao longo dos últimos anos, está claro que o acesso ao medicamento por si só não garante resultados clínicos. Uma política de AF precisa garantir que os medicamentos sejam usados de maneira correta e alcancem os resultados terapêuticos desejados, e isso está intrinsecamente relacionado à valorização da atividade clínica como atividade técnico-assistencial e exclusiva do farmacêutico, bem como ao trabalho do farmacêutico integrado à equipe de saúde. Após quase três anos desde o início do Programa Farmácia Cuidar+, é preciso discutir estratégias de sensibilização de gestores, farmacêuticos e da população para a importância das atividades clínicas farmacêuticas, visando à sustentabilidade das ações.

Conclusões

A implantação do Programa Farmácia Cuidar+, um programa inédito de financiamento estadual para a implantação dos serviços clínicos desenvolvidos por farmacêuticos no contexto do Ceaf, apresentou resultados significativos nas notas gerais dos indicadores propostos para avaliar os serviços clínicos, bem como nas dimensões adesão ao tratamento, atividades clínicas do farmacêutico, consultório, segurança e educação em saúde.

Os resultados observados neste estudo evidenciam que a implantação do Programa Farmácia Cuidar+ está avançando, e, ainda que os resultados obtidos estejam distantes da pontuação plena proposta nos indicadores avaliados, o que refletiria uma situação ideal, foram percebidas mudanças. Além disso, é perceptível a heterogeneidade entre os municípios, com destaque para aqueles com menor número de atendimentos de paciente/mês. Além do repasse de recursos financeiros, diversas estratégias foram adotadas para fomentar a implantação dos serviços clínicos. Entre estas, destacam-se os encontros presenciais realizados nas sete macrorregiões de saúde

do estado, visando a disseminar o programa e capacitar farmacêuticos por meio de educação continuada, com foco em serviços clínicos para usuários com asma e DPOC.

Este estudo demonstra que programas específicos, implementados em âmbito estadual, com repasse de recurso financeiro, realização de apoio técnico e avaliação por parte da gestão estadual, fomentam a realização dos serviços clínicos desenvolvidos por farmacêuticos, contribuindo para o alcance das diretrizes estabelecidas na PNAF.

Colaboradores

Rigo AP (0000-0002-9142-9421)*, Schwambach KH (0000-0003-3271-2566)*, Alberti FF (0000-0003-4049-9902)*, Barbieri MP (0009-0000-1781-7875)* e Blatt CR (0000-0001-5935-1196)* contribuíram para planejamento da pesquisa, coleta e análise dos dados e redação do manuscrito. Zenere EEP (0009-0003-5603-7419)* contribuiu para coleta e análise dos dados e redação do manuscrito. ■

Referências

1. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 1998 nov 10 [acesso em 2025 mar 12]; Seção I:18-22. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvms/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html
2. Conselho Nacional de Saúde (BR). 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; Seção I:96.
3. Oliveira LCF, Assis MMA, Barboni AR. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2010;15:3561-7. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000900031>
4. Oliveira MA, Luiza VL, Tavares NUL, et al. Access to medicines for chronic diseases in Brazil: a multidimensional approach. *Rev Saúde Pública*. 2016;50(supl2);6s. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006161>
5. Gerlack LF, Karnikowski MGO, Areda CA, et al. Gestão da assistência farmacêutica na atenção primária no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2017;51(supl2);15s. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007063>
6. Costa KS, Tavares NUL, Nascimento Júnior JM, et al. Avanços e desafios da assistência farmacêutica na atenção primária no Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública*. 2017;51(supl2);3s. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007146>
7. Carvalho MN, Álvares J, Costa KS, et al. Força de trabalho na assistência farmacêutica da atenção básica do SUS, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2017;51(supl2);16s. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007110>
8. Leite SN, Bernardo NLMC, Álvares J, et al. Medicine dispensing service in primary health care of SUS. *Rev Saúde Pública*. 2017;51:11s. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007121>
9. Nakamura CA, Leite SN. A construção do processo de trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: a experiência dos farmacêuticos em um município do sul do Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2016;21(5):1565-72. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.17412014>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

10. Araújo PS, Costa EA, Guerra Junior AA, et al. Atividades farmacêuticas de natureza clínica na atenção básica no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2017;51(supl2):6s. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007109>
11. Araújo SQ, Costa KS, Luiza VL, et al. Organização dos serviços farmacêuticos no Sistema Único de Saúde em regiões de saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2017;22(4):1181-91. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.27042016>
12. Conselho Federal de Farmácia (BR). *Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual*. Brasília, DF: Conselho Federal de Farmácia; 2016.
13. Ndefo UA, Moultry AM, Davis PN, et al. Provision of medication therapy management by pharmacists to patients with type-2 diabetes mellitus in a federally qualified health center. *P&T*. 2017;42(10):632-7.
14. Bermudez JAZ, Esher A, Osorio-de-Castro CGS, et al. Assistência Farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade. *Ciênc saúde coletiva*. 2018;23(6):1937-49. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09022018>
15. Pereira CEO, Bambirra EHF, Fernandes BD, et al. Factors influencing the implementation of pharmaceutical care in outpatient settings: A systematic review applying the Consolidated Framework for Implementation Research. *Res Social Adm Pharm*. 2022;18(4):2579-92. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2021.06.011>
16. Destro DR, Vale SA, Brito MJM, et al. Desafios para o cuidado farmacêutico na Atenção Primária à Saúde. *Physis*. 2021;31(3):e310323. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310323>
17. Schwambach KH, Rigo AP, Mota LS, et al. Indicadores do cuidado farmacêutico para monitoramento da implantação do Programa Farmácia Cuidar+. *Rev Cont Saúde*. 2024;24(49):e15552. DOI: <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2024.49.15552>
18. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 4.379, de 14 de junho de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, para estabelecer as Diretrizes Nacionais do Cuidado Farmacêutico no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União* [Internet], Brasília, DF. 2024 jun 17 [acesso em 2025 mar 12]; Edição 114; Seção I:139. Disponível em: https://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt4379_17_06_2024.html
19. Rio Grande do Sul (RS). Decreto nº 56.626, de 16 de agosto de 2022. Institui a Política Estadual de Assistência Farmacêutica. *Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, RS. 2022 ago 16.
20. Secretaria da Saúde (RS). Portaria nº 649, de 14 de setembro de 2021. Institui o Programa Farmácia Cuidar+ no Estado do Rio Grande do Sul e regulamenta a transferência de recursos destinados à sua implementação em 2021. *Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, RS. 2021 set 14.
21. Rigo AP, Gossenheimer AN, Burlamaque GB, et al. Farmácia Cuidar+: Programa estadual de fomento à implementação do cuidado farmacêutico no SUS. *JAFF*. 2022;7(2):23-8. DOI: <https://doi.org/10.22563/2525-7323.2022.v7.n.2.p.23-28%20>
22. Burlamaque BG, Guimarães AR, Schneiders RE, et al. Estrutura das Farmácias de medicamentos especiais do RS: uma análise para o programa Farmácia Cuidar+. *JAFF*. 2023;7(2): 20-8. DOI: <https://doi.org/10.22563/2525-7323.2022.v7.n.2.p.20-28>
23. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2013 jun 13; Edição 112; Seção I:59-62.
24. Ministério da Saúde (BR); Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde; Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Carta Circular nº 1/2021-CONEP/SECNS/MS. Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, Brasília, DF. 2021 mar 3.

25. Presidência da República (BR). Lei nº 14.874, de 28 de maio de 2024. Dispõe sobre a pesquisa com seres humanos e institui o Sistema Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2024 maio 29; Edição 103; Seção I:3-7.
26. Bacci JL, Bigham KA, Dillon Sumner L, et al. Community pharmacist patient care services: a systematic review of approaches used for implementation and evaluation. *J Am Coll Clin Pharm.* 2019;2(4):423-32. DOI: <https://doi.org/10.1002/jac5.1136>
27. Barros DSL, Silva DLM, Leite SN. Serviços farmacêuticos clínicos na atenção primária à saúde do Brasil. *Trab Educ Saúde.* 2019;18(1):e0024071. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00240>
28. Fernandes BD, Freitas RR, Melchior AC. Avaliação dos serviços farmacêuticos: indicadores de estrutura e processo em farmácias comunitárias. *Rev Bras Pesq Saúde [Internet].* 2015 [acesso em 2025 mar 12];17(1):31-7. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/12447>
29. 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). Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2017 set 21; Edição 183; Seção I:68.
30. Leite SN, Manzini F, Álvares J, et al. Infraestrutura das farmácias da atenção básica no Sistema Único de Saúde: Análise dos dados da PNAUM-Serviços. *Rev Saúde Pública.* 2017;51(supl2):13s. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007120>
31. Lima MG, Álvares J, Guerra Junior AA, et al. Indicadores relacionados ao uso racional de medicamentos e seus fatores associados. *Rev Saúde Pública.* 2017;51(supl2):23s. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007137>
32. Souza JFF, Fernandes BD, Rotta I, et al. Key performance indicators for pharmaceutical services: A systematic review. *Explor Res Clin Soc Pharm.* 2024;10(14):100441. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rcsop.2024.100441>
33. Moreira ATA, Pinto CR, Lemos ACM, et al. Evidências da associação entre adesão ao tratamento e mortalidade em pacientes com DPOC acompanhados em um programa público de gerenciamento de doenças no Brasil. *J Bras Pneumol.* 2022;48(1):e20210120. DOI: <https://doi.org/10.36416/1806-3756/e20210120>
34. Hesso I, Gebara SN, Kayyali R. Impact of community pharmacists in COPD management: Inhalation technique and medication adherence. *Respir Med.* 2016;118:22-30. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2016.07.010>
35. Jia X, Zhou S, Luo D, et al. Effect of pharmacist-led interventions on medication adherence and inhalation technique in adult patients with asthma or COPD: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Pharm Ther.* 2020;45(5):904-17. DOI: <https://doi.org/10.1111/jcpt.13126>
36. Timilsina M, Tiwari R, Banstola S. Impact of Pharmacist-led Interventions on Medication Adherence and Inhalation Technique in Adult Patients with COPD and Asthma. *Jhas.* 2023;13(1):14-22. DOI: <https://doi.org/10.37107/jhas326>
37. Mahmoud A, Abuhelwa AY, Owen T, et al. Role of Pharmacists in the Care of Adult Asthma Patients: A Scoping Review. *Res Social Adm Pharm.* 2024;20:860-869. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2024.06.005>
38. Vieira JW, Pilger D, Bittencourt RA, et al. Characterization of dispensing processes in primary care pharmacies in Rio Grande do Sul. *J Hosp Pharm Health Serv.* 2021;12(2):0603. DOI: <https://jhphs.org/sbra-fh/article/view/603>
39. Silva AAS, Costa SMC. A descentralização do componente especializado da assistência farmacêutica na 15ª região de saúde do estado do Ceará. *Rev Bras Farm Hosp Serv Saude.* 2015;6(1):37-40.

40. Brito AH, Araújo MO. Acesso a Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica: uma Revisão Integrativa. *Revisa*. 2023;12(4):770-85.
41. Destro DR, Mendonça SAM, Brito MJM, et al. A formação para o cuidado farmacêutico na atenção primária à saúde na perspectiva dos farmacêuticos. *Rev Cont Saúde*. 2023;23(47):e13353. DOI: <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2023.47.13353>
42. Rover MRM, Peláez CMV, Farias MR, et al. Da organização do sistema à fragmentação do cuidado: a percepção de usuários, médicos e farmacêuticos sobre o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. *Physis*. 2016;26(2):691-711. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000200017>
43. Almeida RB, Mendes DHC, Dalpizzol PA. Ensino farmacêutico no Brasil na perspectiva de uma formação clínica. *Rev Ciênc Farm Básica Apl*. 2014;35(3):347-54.
44. Lima EDD, Silva RGD, Ricieri MC, et al. Clinical pharmacy in the hospital environment: focus on the documentation of activities. *Rev Bras Farm Hosp Serv Saúde*. 2019;8(4):18-24. DOI: <https://jhphs.org/sbrafh/article/view/307>
45. Maes KA, Studer H, Berger J, et al. Documentação de cuidados farmacêuticos: Validação de um sistema de classificação orientado à intervenção. *J Eval Clin Pract*. 2017;23:1425-32. DOI: <https://doi.org/10.1111/jep.12817>
46. Cerqueira-Santos S, Rocha KSS, Boaventura TC, et al. Development and content validation of an instrument to document the dispensing of prescribed medicines. *J Clin Pharm Ther*. 2019;44(3):430-9. DOI: <https://doi.org/10.1111/jcpt.12803>
47. Monteiro ER, Lacerda JTD, Natal S. Avaliação da gestão municipal na promoção do uso racional de medicamentos em municípios de médio e grande porte de Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2021;37(5):e00112920. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00112920>
48. Dóczy AP, Santos GB, Luiza VL, et al. A perspectiva de egressos e de outros atores envolvidos sobre uma formação em serviços farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2023;27:e220594. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.220594>
49. McDermott I, Astbury J, Jacobs S, et al. To be or not to be: The identity work of pharmacists as clinicians. *Sociol Health Illn*. 2023;45(3):623-41. DOI: <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13605>
50. Gallina SM, Mendes T, Bittencourt RA, et al. Diagnosis of pharmaceutical service for the Specialized Component and Special Drug Program in municipalities in the Rio Grande do Sul. *J Hosp Pharm Health Serv*. 2023;14(1):0815. DOI: <https://doi.org/10.30968/rbfhss.2023.141.0815>
51. Fatel KO, Rover MRM, Mendes SJ, et al. Desafios na gestão de medicamentos de alto preço no SUS: avaliação da Assistência Farmacêutica em São Paulo. *Ciênc saúde coletiva*. 2021;26(11):5481-98. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.00842021>
52. Rover MRM, Leite SN, Farias MR, et al. Avaliação da capacidade de gestão do componente especializado da assistência farmacêutica. *Ciênc saúde coletiva*. 2017;22(8):2487-99. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017228.0160201>
53. Soares LSS, Brito ES, Galato D. Percepções de atores sociais sobre Assistência Farmacêutica na atenção primária: a lacuna do cuidado farmacêutico. *Saúde debate*. 2022;44(12):411-26. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012510>

Recebido em 28/01/2025

Aprovado em 19/06/2025

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: este estudo recebeu financiamento do Edital Fapergs 07/2021 - Programa Pesquisador Gaúcho - PqG e apoio do Departamento de Assistência Farmacêutica do Estado do Rio Grande do Sul

Editora responsável: Maria Lucia Frizon Rizzotto

‘Hospital Semana’: estudo de caso de gerenciamento de leitos em contexto de déficit de pessoal

‘Hospital Week’: Case study of bed management in the context of healthcare staffing shortages

Claudia Marques Canabrava^{1,2}, Gustavo Jardim Volpe³, Olga Laura Sena Almeida³, Henrique Turin Moreira³, Altacílio Aparecido Nunes⁴, Benedito Carlos Maciel¹, Antonio Pazin Filho¹

DOI: 10.1590/2358-2898202514610389P

RESUMO Parte significativa da força de trabalho nos hospitais é composta pela equipe de enfermagem, cujos parâmetros de dimensionamento estão definidos. Seu descumprimento compromete a qualidade e a segurança do atendimento, sobrecarrega a equipe e pode provocar descontinuidade de serviços, inclusive o fechamento de leitos. Este estudo avaliou a estratégia ‘Hospital Semana’, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como alternativa à desassistência gerada pelo déficit de 20% de profissionais da equipe assistencial, acumulado entre 2016-2019. Trata-se de estudo de caso único, com abordagem de análise de implantação, que integrou dados secundários de leitos e internações, análise documental e entrevistas semiestruturadas com gestores e profissionais-chave do hospital. A estratégia consistiu na gestão flutuante de leitos entre dias úteis e finais de semana (FDS), com bloqueio temporário de até 23% dos leitos elegíveis no FDS. Os resultados demonstraram que, apesar da redução de pessoal, a instituição manteve o número de leitos ativos, a produção de internações e as cirurgias, sem impacto no perfil assistencial e tempo médio de permanência. A experiência, inédita no Sistema Único de Saúde, demonstrou viabilidade e potencial de replicação, especialmente em contextos de escassez de recursos humanos nos hospitais.

PALAVRAS-CHAVE Assistência hospitalar. Administração de serviços de saúde. Redução de pessoal. Número de leitos em hospital. Inovação organizacional.

ABSTRACT A significant portion of the hospital workforce is composed of nursing staff, whose staffing parameters are well defined. Noncompliance with these standards compromises the quality and safety of care, leads to staff overload, and may result in service discontinuity, including bed closures. This study evaluated the ‘Hospital Week’ strategy implemented at the Hospital das Clínicas of the Ribeirão Preto Medical School, University of São Paulo, as an alternative to mitigate care disruption resulting from a 20% deficit in healthcare personnel accumulated between 2016-2019. This is a single case study employing an implementation analysis approach, integrating secondary data on beds and hospital admissions, document analysis and semi-structured interviews with hospital managers and key professionals. The strategy involved the dynamic management of hospital beds between weekdays and weekends, with the temporary closure of up to 23% of eligible beds during weekends. The results indicated that, despite the reduced staffing levels, the institution maintained the number of active beds, inpatient admissions, and surgical procedures, with no significant impact on care delivery profiles or average length of stay. This novel experience within the Brazilian Unified Health System demonstrated both feasibility and potential for replication, particularly in contexts characterized by human resource shortages in hospitals.

KEYWORDS Hospital care. Health services administration. Personnel downsizing. Hospital bed capacity. Organizational innovation.

¹Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP) - Ribeirão Preto (SP), Brasil.
claudia.canabrava@usp.br

²Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG), Fundação Educacional Lucas Machado (Feluma) - Belo Horizonte (MG), Brasil.

³Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP), Hospital das Clínicas (HC) - Ribeirão Preto (SP), Brasil.

⁴Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ) - São João del-Rei (MG), Brasil.



Introdução

Os hospitais são sistemas complexos cuja estruturação pode ser definida, a partir de base teórica de Mintzberg, como 'burocracias profissionais'. Caracterizam-se por um núcleo operacional especializado que é responsável pela produção de serviços, cuja padronização esperada e necessária é regulada por órgãos externos e independentes da própria organização, tais como conselhos de classe¹.

Reflexo da proporção de 70% da força de trabalho em saúde no Brasil², a equipe de enfermagem, composta por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, conforma parte significativa do núcleo operacional dos hospitais brasileiros. Além da proporção adequada para garantia de segurança e qualidade técnicas, segundo a complexidade do estabelecimento, a importância destes profissionais tem sido evidenciada também para a satisfação dos pacientes e melhores resultados e desempenho dos hospitais^{3,4}. Por outro lado, a inadequação de seu dimensionamento, com prejuízos significativos aos desfechos para os pacientes e a saúde dos trabalhadores, torna-se uma das maiores barreiras que se interpõem à garantia das capacidades assistenciais com qualidade, segurança e em tempo oportuno^{5,6}.

No Brasil, parâmetros para planejamento da força de trabalho da enfermagem estão estabelecidos, com força normativa, pelo Conselho Federal de Enfermagem (Cofen)⁷. No entanto, a garantia de sua execução em hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) não está dada. Os hospitais públicos, tanto os de gestão direta e indireta quanto os filantrópicos, sofrem pressão da variação de mercado e das políticas públicas estabelecidas para cofinanciamento em saúde. Recente exemplo foi a criação, em 2022, da Lei do Piso Nacional da Enfermagem⁸, resultado de luta da categoria e como o reconhecimento estatal da importância desta equipe no período pós-pandemia covid-19. Em 2023, foram descentralizados pelo governo federal R\$7,3 bilhões

para assistência financeira complementar aos estados e municípios com fins de pagamento do piso salarial aos profissionais de enfermagem^{9,10}. Embora atenda instituições públicas de gestão direta, reguladas por normativas da administração pública, a liberação desse recurso enfrenta dificuldades intrínsecas ao tema impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal, que determina que a despesa total com pessoal não poderá exceder 60% do percentual da receita corrente líquida nos estados e municípios, o que corriqueiramente afeta a gestão desses hospitais¹¹. Adicionalmente, deve-se considerar uma significativa rotatividade de pessoal nesses hospitais, e que o processo de substituição depende de autorização superior, o que torna esse processo bastante lento, contribuindo para a redução do número de servidores em atividade.

Sendo assim, especialmente para hospitais sob administração pública, a defasagem no número de recursos humanos acumulados ao longo dos últimos anos é um problema ainda sem solução^{2,6,12}, seja pela insuficiência do número desses profissionais e sua má distribuição através das regiões brasileiras, seja pela demora na reposição e na proporção necessária de profissionais afastados, aposentados ou falecidos; ou ainda, pela evasão e pela alta rotatividade em função de sobrecarga e más condições de trabalho.

Esta foi uma realidade vivenciada no período de 2016-2019 pelo Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, vinculado à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP). Sendo uma autarquia pública estadual, o HCFMRP-USP tem sua equipe assistencial composta majoritariamente por servidores públicos (73%), cuja aprovação para incorporação ou reposição automática foram proibidos a partir de 2015, como medida restritiva dentro da administração pública devido ao cenário econômico¹³. Sem outras medidas públicas de retenção da força de trabalho e de mitigação do ritmo natural de saídas (exoneração,

falecimento, afastamento, aposentadoria etc.), o HCFMRP-USP chegou a 2019 com déficit acumulado de 20% de sua equipe assistencial, cuja maioria (83%) era composta pela equipe de enfermagem.

Estrutura do hospital

Localizado na XIII Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS) do Estado de São Paulo, o HCFMRP-USP é um hospital público universitário, que presta serviços em nível terciário e quaternário para uma população de 3,6 milhões de pessoas da região nordeste do estado. É composto por duas estruturas prediais, sendo uma exclusiva para atenção a situações de urgência e emergência (Unidade de Emergência – UE). Está localizada no centro da cidade de Ribeirão Preto, a aproximadamente sete quilômetros de distância de sua segunda – e principal – unidade predial. Com duas torres situadas no campus universitário, esta unidade abrange atividades ambulatoriais, clínicas, cirúrgicas, de apoio diagnóstico e de internação. Em 2024, com 847 leitos SUS, foi responsável por 52% do total de internações em sua microrregião de saúde (35132 Aquífero Guarani). A partir de 2016, sendo com frequência o único prestador do SUS para procedimentos de alta complexidade, o HCFMRP-USP viu-se em uma encruzilhada – ou fecharia leitos, causando desassistência e desestabilização de um sistema já saturado, ou descumpriria as normativas de dimensionamento de pessoal, colocando gestores, pacientes e equipes em risco¹⁴.

Nesse contexto, e a partir de uma experiência de *benchmarking* com a Espanha, realizada em 2016, o HCFMRP-USP desenvolveu um projeto institucional denominado 'Hospital Semana' (HS), como estratégia de enfrentamento do déficit da força de trabalho. O presente estudo de caso único, e inédito no SUS, descreve o processo de implantação desta estratégia e os resultados alcançados na manutenção de seus leitos ativos e da produção de internação.

Material e métodos

Trata-se de pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação II, que aferiu o grau de implantação da estratégia HS no HCFMRP-USP, identificando os efeitos produzidos e relacionando-os aos fatores contextuais. O grau de implantação estima a aderência da estratégia em contexto e período determinados. Os efeitos levam em consideração a dimensão empírica e os resultados ocorridos, e o contexto traz a correlação de forças do fato analisado, com abordagem tanto conjuntural como específica¹⁵.

A análise de implantação adotada seguiu o referencial de Denis & Champagne¹⁵, sendo estruturada em três dimensões: i) grau de implantação, estimado pela cronologia de adesão, desenho conceitual e proporção de leitos efetivamente integrados à estratégia; ii) contexto de estímulo e inibição à implantação do HS, considerando fatores organizacionais próprios de um hospital universitário, da gestão do cuidado e da informação, e para o fluxo de pacientes, dentre outros; e iii) efeitos da implantação, aferidos por indicadores de produção assistencial, como o número de internações, cirurgias e tempo médio de permanência.

Foi realizado estudo de caso único, metodologia considerada a mais adequada – não só por considerar a impossibilidade de isolamento ou dissociação da intervenção em relação ao contexto real e à contemporaneidade do fenômeno, próprio das análises de implantação, como também por se tratar de uma intervenção inédita no SUS. A escolha metodológica segue os pressupostos de Yin para estudos de caso, justificando-se pela singularidade da intervenção, sua complexidade e o fato de ser um fenômeno inserido no cotidiano da gestão hospitalar na esfera pública¹⁶.

Considerando ser o HS uma solução disruptiva frente àquelas comumente aplicadas nos hospitais do SUS (interrupção de serviços e fechamento de leitos frente à insuficiência dos recursos humanos), o estudo de caso realizado ganha relevância por sua originalidade e sua pertinência conjuntural¹⁶.

A pesquisa foi realizada a partir de levantamento documental, realização de entrevistas semiestruturadas e coleta de dados secundários de capacidade operacional (leitos ativos), e da produção assistencial (internação) do hospital.

Em uma primeira etapa, foram analisados os documentos obtidos junto à alta direção do HCFMRP-USP, que, em agosto de 2022, disponibilizou para consulta interna o processo administrativo nº 10.859/2017, com 189 páginas e 24 atas correlacionadas, relativos à implantação do HS no HCFMRP-USP-Campus.

No período de setembro a dezembro de 2022, sete entrevistas semiestruturadas foram realizadas com representantes da alta direção do hospital (i- Superintendente do HCFMRP-USP; ii- Chefe de Gabinete da Superintendência, iii- Assessoria do Gabinete da Superintendência para o Desenvolvimento de Atividades Assistenciais; iv- Diretor de Atenção à Saúde – DAS e v- Chefe da Divisão de Enfermagem); e duas profissionais da área técnica lotadas no Núcleo Interno de Regulação (NIR), sendo vi- uma médica hospitalista e vii- uma enfermeira, ambas coordenadoras no NIR de suas respectivas categorias profissionais. Os dados de leitos ativos e internações hospitalares foram levantados a partir do Sistema de Informações interno do HCFMRP-USP. Para sistematização dos resultados das entrevistas, com tempo médio de gravação de 60 minutos, optou-se pelo método de análise de discurso¹⁷.

Em uma última etapa, entre janeiro e abril de 2023, foram extraídos dados quantitativos referentes ao número de leitos ocupados diariamente no hospital, classificando-os em dois subgrupos: dias de semana (dias úteis – DU) ou finais de semana (FDS)/feriados. Estes dados possibilitaram a análise da variação de ocupação em função do tempo. Foram extraídos também os dados referentes às admissões ou às saídas (demissões, aposentadorias ou óbito de funcionários) em função do tempo, para avaliar a associação com a ocupação, em uma análise descritiva.

Os aspectos éticos foram seguidos criteriosamente, conforme Resolução CNS nº

466/2012¹⁸, com aprovação em Comitê de Ética do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP e assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido pelos entrevistados (CAAE: 59113822.0.0000.5440, número do Parecer CEP 5.576.273).

Resultados

Os resultados estão organizados em três partes. Na primeira parte, faz-se relato cronológico do processo de definição e implantação da estratégia ‘Hospital Semana no HCFMRP-USP’; afere-se o grau de implantação alcançado; e apresenta-se seu desenho conceitual. Em um segundo momento, elencam-se os fatores contextuais de inibição e estímulo à implementação do HS. Na terceira e última parte, apresentam-se as análises estatísticas da manutenção do número de leitos totais ativos, da produção de internações e cirurgias, e de seu perfil em relação ao tempo médio de permanência, como efeitos da implantação do HS.

Grau de implantação

DA IDEIA À IMPLANTAÇÃO (GRAU DE IMPLANTAÇÃO) DO HOSPITAL SEMANA NO HCFMRP-USP

Em 2015, por meio da publicação do Decreto nº 61.466, o governo do Estado de São Paulo vedou a admissão e a contratação automática de pessoal, bem como o aproveitamento de remanescentes de concursos públicos com prazo de validade em vigor. Esse decreto atingiu a administração pública direta, as autarquias, as fundações instituídas ou mantidas pelo Estado e as sociedades de economia mista. Nesta norma, definiu-se que a reposição da força de trabalho seria realizada apenas ‘excepcionalmente’, mediante fundamentação justificada dos dirigentes dos órgãos e das entidades solicitantes, se e quando aprovada

pelas Secretarias de Planejamento e Gestão e da Fazenda do Governo do Estado de São Paulo (SP). Mesmo havendo mérito e compreensão frente à Secretaria de Saúde de São Paulo, a reposição da força de trabalho no HCFMRP-USP passou a ocorrer de forma esporádica, para situações/categorias profissionais específicas, e em número inferior à solicitação, impondo problemas cotidianos à equipe dirigente¹³.

Em 2016, em missão pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) para conhecer os processos e fluxos que compõem o modelo de gestão da oferta de serviços hospitalares na Espanha, o então diretor do Departamento de Atenção à Saúde do HCFMRP-USP realizou visita técnica ao Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, na cidade de Barcelona. Na ocasião, o diretor observou que o desempenho desse hospital era superior ao da média brasileira, embora parte dos serviços hospitalares permanesse fechada aos FDS¹⁹. Uma vez que, em alguma medida, a unidade poderia ser comparada ao HCFMRP-USP (perfil assistencial de alta complexidade, volume de produção e atividades de ensino), foi considerada a possibilidade de replicar a experiência espanhola de HS no HCFMRP-USP, embora a principal motivação de fechamento nos FDS para o caso brasileiro fosse distinta e específica.

INÍCIO DO PROCESSO

A partir de então, teve início intenso processo de análise por parte da alta direção do hospital, e de convencimento da equipe técnica de enfermagem e docente das especialidades médicas, para desenhar e implementar uma intervenção dedicada a mitigar os danos de redução da força de trabalho.

No primeiro registro, de março de 2017, a equipe de enfermagem analisou as possibilidades de fechar, aos finais de semana, parte dos 38 leitos das especialidades de Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cabeça e Pescoço, localizadas no 12º andar do hospital no campus da USP. Novas informações relacionadas ao quadro

de pessoal eram levantadas a cada discussão, com identificação do quantitativo ideal de servidores existentes e disponíveis – sem restrição ou com afastamento –, assim como as Taxas de Ocupação Hospitalar (TOH) por especialidade e dia da semana. Esses dados demonstravam a impossibilidade de composição de uma escala mínima, e a diferença significativa entre DU, FDS e feriados na TOH. Em um processo de aperfeiçoamento, foram incluídas análises do Tempo Médio de Permanência (TMP), contados em dias, a demanda por internação nos FDS pela UE, e das possibilidades de seu manejo pelo NIR.

Em agosto de 2017, já é registrado o nome dado à intervenção – ‘Projeto Hospital Semana’, e é estabelecida sua característica fundamental:

[...] concebido para possibilitar o funcionamento total das Enfermarias de 2ª a 5ª feiras, no período integral [24h], prevendo o encerramento de parte das atividades nas 6ª feiras até as 19 horas, com concessão de altas aos pacientes, cujas condições assim o permitem e consequente fechamento temporário desses leitos, até na 2ª feira seguinte, quando retomam às atividades normais.

Em setembro de 2017, cada um a seu tempo, os departamentos/especialidades de Ortopedia, Clínica Médica, Cirurgia Geral, Neurologia e Neurocirurgia, Pediatria e Puericultura, Psiquiatria, Dermatologia e Ginecologia e Obstetrícia foram convidados a formalizar sua inclusão no projeto HS.

Em outubro de 2017, a especialidade de Ortopedia já estava trabalhando na lógica HS, tendo a diretoria técnica do serviço registrado o bloqueio temporário de dez leitos nos FDS: “[...] ressaltado que nos três últimos finais de semana temos conseguido deixar pelo menos uma enfermaria sem pacientes”. A psiquiatria manifestou colaboração na implantação do projeto HS a partir da possibilidade de “alta-licença” para pacientes nos FDS, quando “parcialmente melhorado e num processo gradual de reinserção social”. O departamento de pediatria ajustou-se e

reorganizou seu processo de trabalho para bloqueio temporário de 30% de seus leitos.

Em janeiro de 2018, consolidou-se o convencimento de parte das equipes assistenciais, inclusive dos docentes, chegando a ser

registrado: “[...] ou faz isso ou fecha leito... as áreas têm que se adaptar, não há alternativa!”. E em 2019, foi atingido o percentual de implantação de 23% de leitos elegíveis à estratégia Hospital Semana (n=349) (tabela 1).

Tabela 1. Distribuição do número de leitos ativos de acordo com a especialidade e ano para as especialidades que possibilitavam a implantação do Hospital Semana (HS) no HCFMRP-USP

Clínicas/especialidades	2016		2017		2018		2019	
	Útil	FDS/Feriado	Útil	FDS/Feriado	Útil	FDS/Feriado	Útil	FDS/Feriado
ORL/OFT/CCP	38	38	43	38	38	22	38	26
ORT	45	45	45	45	43	43	45	28
CIR	104	104	102	101	107	107	107	81
Clin	172	172	172	172	158	158	159	134
Outro	286	286	280	280	334	332	333	315
Total	645	645	642	636	680	662	682	584
Diferença		0		6		18		98
%		0%		1%		3%		14%
Total HS elegíveis	359	359	362	356	346	330	349	269
% de leitos HS elegíveis	56%	56%	56%	56%	51%	50%	51%	46%
Nº de leitos HS efetivos		0		6		16		80
% de leitos efetivos em HS/ total de lt. HS elegíveis		0%		2%		5%		23%
Total - Mediana (Interquartil)	644 (643;645)	643 (642;645)	639 (637;548)	638 (635;643)	671 (663;680)	650 (635;660)	682 (671;682)	591 (586;616)
HS - Mediana (Interquartil)	359 (357;359)	359 (357;359)	357 (353;359)	357 (343;358)	346 (337;347)	329 (307;331)	348 (339;349)	271 (268;290)

Fonte: elaboração própria.

Nota: 12º Andar (Otorrinolaringologia/Oftalmologia/Cirurgia de Cabeça e Pescoço - ORL/OFT/CCP); 11º Andar (Ortopedia - ORL); 10º e 9º Andares (Especialidades cirúrgicas crânio, tórax e abdome - CIR) e 5º, 6º e 7º Andares (Especialidades clínicas - CLIN). O total do número de leitos, o número de leitos em que o HS poderia ser implantado em termos absolutos e percentuais são assinalados na parte inferior da tabela. Além disso, também estão assinalados o número de leitos que foram fechados efetivamente nos finais de semana e feriados e o percentual representado em relação ao número de leitos elegíveis para a estratégia HS.

DESENHO CONCEITUAL DO HOSPITAL SEMANA NO HCFMRP-USP

A estratégia do HS no HCFMRP-USP reconhece a flutuação de funcionamento comumente observada entre os DU e os FDS, sendo que nestes há menor demanda interna de internação de urgência, devido ao fechamento dos ambulatórios de especialidades; redução de internações programadas e de demanda

por serviços de apoio diagnóstico, seja para o município sede, seja para cidades do seu entorno, que têm seus serviços de transporte sanitário apenas para urgências; e redução de altas médicas, seja devido à inconclusão dos resultados do Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapia (SADT), da redução do quadro efetivo ou relacionadas ao transporte.

Assim, é possível que, a partir da implantação da estratégia do HS, a proporção da

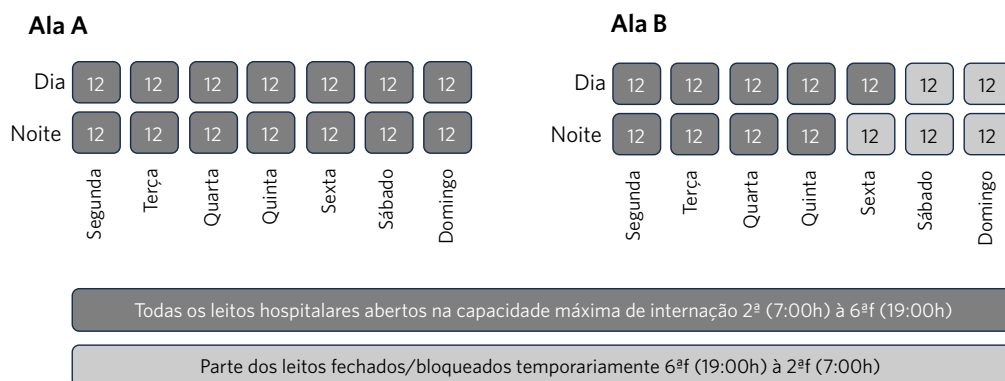
força de trabalho nas escalas médicas e de enfermagem sejam diferentes entre os nove e os cinco turnos de plantões de 12 horas, respectivamente nos DU e nos FDS, sem necessariamente comprometer a produção global e o acolhimento das demandas de urgência. Na prática, o HS se traduz em escalas diferenciadas entre os DU e os FDS, com capacidade máxima de funcionamento em DU, alta médica

para todos os casos possíveis até sexta-feira à tarde; e aos FDS, com fechamento virtual/ bloqueio temporário de leitos, e internação apenas de urgência (figura 1).

Neste modelo de microgestão hospitalar, planejam-se internações com expectativa de duração máxima de cinco dias, organizando-se nesse período os procedimentos administrativos e clínicos desde admissão até a alta.

Figura 1. Modelo lógico da estratégia 'Hospital Semana' (as enfermarias da Ala B são desativadas durante o final de semana [sinalizado em cinza mais claro] e os pacientes que não recebem alta são direcionados para Ala A)

Estratégia Hospital Semana



Fonte: elaboração própria.

Fatores contextuais de inibição e estímulo à implementação do HS

Entre os fatores contextuais de estímulo à implantação do projeto HS no HCFMRP-USP estão: decisão da alta direção em intervir de forma não convencional frente ao problema; participação efetiva da equipe de enfermagem na liderança do processo de gestão do projeto HS; protagonismo do NIR no processo de gestão de altas hospitalares, com apoio de médicos hospitalistas, que passaram a compor a equipe assistencial do HCFMRP-USP; receptividade dos profissionais da alta direção para adequação de recursos e fluxos possíveis de implantação do HS em cada departamento/especialidade, que passaram ser

corresponsáveis pelo enfrentamento do problema e pela execução de intervenções para sua solução; monitoramento efetivo do processo de implementação, com registro das informações e análises parciais dos resultados; prontuário eletrônico próprio, desenvolvido e gerenciado pela equipe de informática do hospital; estrutura predial favorável à reorganização do fluxo no FDS – UE dedicada e separada da unidade de internação do campus construído em dois blocos físicos (alas A e B), o que facilita a lógica de fechamento de uma das alas de internação e concentração de pacientes em outra; organização dos profissionais de enfermagem por blocos de especialidades afins, o que facilita o cuidado técnico por parte da equipe.

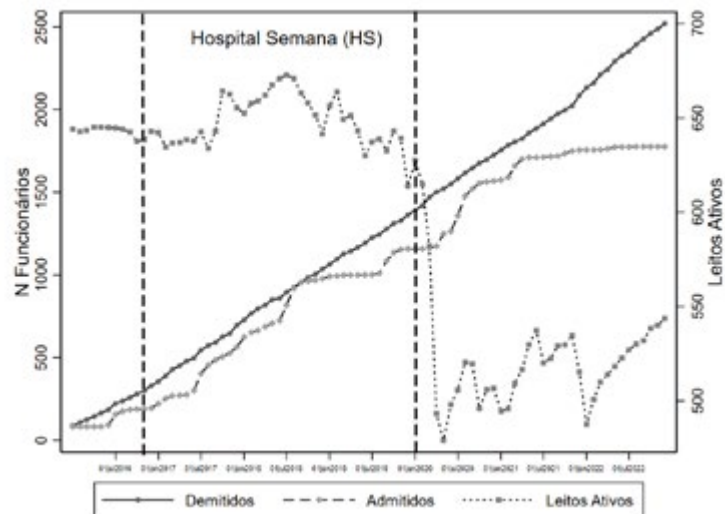
Entre os fatores de inibição para implementação da estratégia Hospital Semana podem ser elencados: apreensão frente ao desconhecido e resistência a mudanças; necessidade de alteração da cultura de gestão do fluxo de pacientes, que previa internação programada anterior à intervenção (internava-se no domingo para realização de ato cirúrgico na segunda-feira); dificuldade de conclusão dos procedimentos de apoio diagnóstico (laudos) para alta hospitalar; necessidade de internação hospitalar para realização de procedimentos de apoio diagnóstico de alta complexidade, tais como eletromiografia e ressonância magnética; dificuldade de alta médica de pacientes em uso de antibioticoterapia endovenosa; descompasso entre as atividades assistenciais ambulatoriais, internação eletiva e a realização do procedimento principal da internação (ambulatório na terça-feira com internação de pacientes cirúrgicos nesse mesmo dia, e efetivação da cirurgia um ou dois dias após a internação); condições sociais e de transporte sanitário do paciente (dificuldades para o preparo domiciliar para atos cirúrgicos, para a chegada do paciente no mesmo dia da internação e seu encaminhamento diretamente ao bloco cirúrgico); pressão

da urgência, com necessidade de transferência de pacientes da UE para o campus durante o FDS; grade cirúrgica sem análise prévia do TMP do paciente internado (cirurgias com permanência acima de um dia sendo realizadas próximo ao FDS, obrigando permanência neste período).

Efeitos da implantação da estratégia Hospital Semana

O gráfico 1 apresenta a relação entre a entrada e à saída de funcionários e o número de leitos ativos do hospital antes, durante a fase de vigência do HS e após sua interrupção. Observa-se que durante a fase HS, embora tenha ocorrido saída de funcionários superior à entrada, o número de leitos ativos foi mantido, apresentando inclusive incremento. No entanto, na última fase do HS, uma vez que a entrada continuou inferior à saída, este incremento reverteu. Com a acentuação da política restritiva de contratações associada ao período pandêmico por covid-19, o HS foi suspenso, e notou-se queda significativa do número de leitos totais ativos.

Gráfico 1. Entrada e saída de funcionários e o número de leitos ativos do HCFMRP-USP antes, durante a fase de vigência e após interrupção da estratégia 'Hospital Semana'

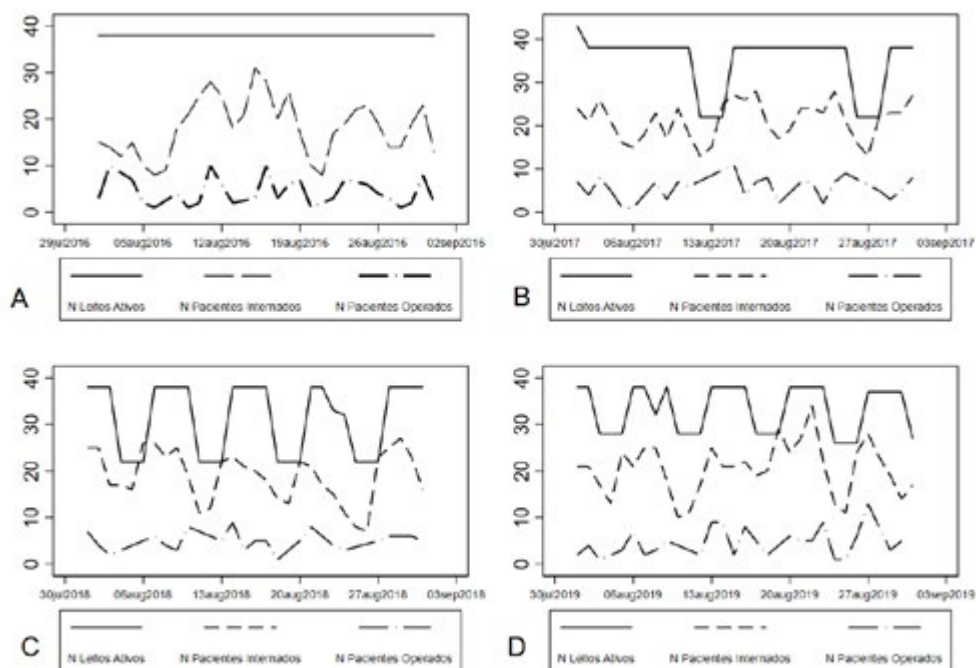


Fonte: elaboração própria.

O gráfico 2 demonstra a distribuição semanal de leitos ativos, de pacientes admitidos e pacientes operados para o mês de agosto no período de 2016 a 2019, para as especialidades Otorrinolaringologia/Oftalmologia/Cirurgia de Cabeça e Pescoço – ORL/OFT/CCP. Este grupo de especialidades foi escolhido por ter demandado maior tempo de consolidação da estratégia, e por ser o mês de agosto o mais representativo, não havendo feriados – embora

o efeito destacado tenha-se mantido ao longo dos outros meses. Em comparação ao ano de 2016, quando a estratégia HS ainda não estava plenamente instalada, é possível observar o surgimento de um padrão semanal de desativação de leitos e diminuição de pacientes internados aos FDS. Em paralelo, há o movimento cirúrgico das áreas, que continuou em um padrão não-sazonal, demonstrando que a estratégia não alterou a produção cirúrgica.

Gráfico 2. Flutuação semanal de leitos ativos, de pacientes admitidos e operados nos meses de agosto dos anos de 2016 a 2019, para as especialidades Otorrinolaringologia/Oftalmologia/Cirurgia de Cabeça e Pescoço – ORL/OFT/CCP na estratégia 'Hospital Semana'

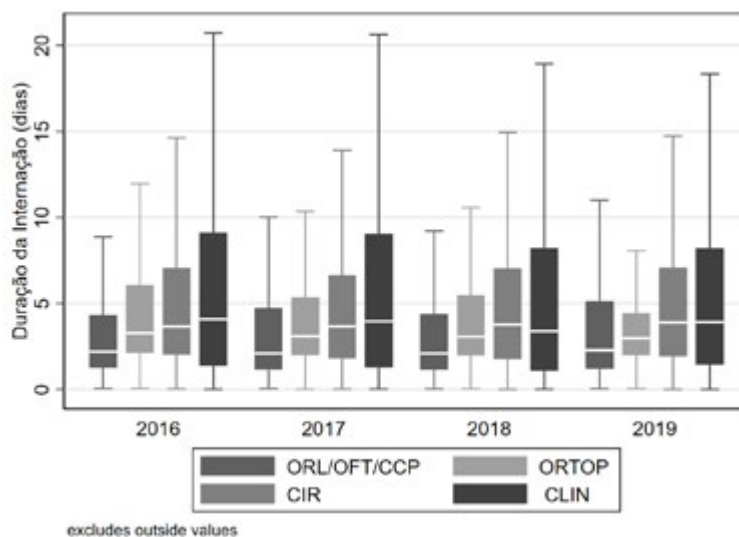


Fonte: elaboração própria.

Foi possível observar também que não houve alteração do TMP dos procedimentos cirúrgicos em função da instalação progressiva da estratégia HS. Portanto, não houve alteração do perfil assistencial, tampouco alta antecipada em função da implantação do HS. Embora haja diferença entre as especialidades,

não ocorreu alteração significativa do TMP quando se compara a variação anual de cada especialidade. E diferentemente da clínica médica, para as especialidades com maior proporção de cirurgias, a duração da maioria das internações ficou concentrada em até cinco dias (gráfico 3).

Gráfico 3. Evolução do Tempo Médio de Permanência (duração da internação em dias) de pacientes do HCFMRP-USP nas especialidades de Otorrinolaringologia/Oftalmologia/Cirurgia de Cabeça e Pescoço - ORL/OFT/CCP, ortopedia - ORTOP, cirurgia - CIR e clínica médica - CLIN no período de 2016 a 2019



Fonte: elaboração própria.

Discussão

A estratégia ‘Hospital Semana’ (HS), implementada pelo HCFMRP-USP entre 2016 e 2019 mostrou-se uma solução inovadora para enfrentar o déficit de profissionais da Enfermagem sem comprometer a capacidade assistencial – ou seja, apesar de uma redução de 20% no quadro de profissionais, a estratégia permitiu a manutenção do número de leitos totais ativos e da produção assistencial, sem impacto no tempo médio de permanência.

Seria esperado que o fato de bloquear 98 leitos nos FDS (2019) gerasse algum efeito de redução da produção de serviços e, no entanto, isso não ocorreu. De fato, no HCFMRP-USP, este montante representou 14% do número total de leitos, e 23% dos leitos elegíveis ao Hospital Semana – um percentual não tão elevado. Todavia, quando observamos a média de número de leitos nos hospitais do estado de São Paulo (excluindo-se os 13 hospitais com mais de 500 leitos e 64 estabelecimentos com

menos de 10 leitos existentes, considerados *outliers*), o número absoluto de HS representaria praticamente um hospital fechado durante todos os finais de semana (média de 104 leitos totais para 599 hospitais no estado de SP, competência CNES janeiro de 2025).

A expressão ‘Hospital Semana’ (HS) é nova e ainda pouco estudada. O único artigo que menciona especificamente essa estratégia teve como objetivo validar um modelo de programação inteira, baseado na alocação de recursos clínicos e na utilização de leitos. Também nesse estudo de caso, desenvolvido no Rheumatology Division of Careggi University Hospital (Florence, Italy), definiu-se Week Hospital (WH) como sendo “[...] a novel organizational model of inpatient hospital care services planned and delivered on a weekly time horizon”²⁰. Neste modelo, o WH consolida-se em quatro fases: *pre-admission*, que, em suma, consistiria na definição de um plano terapêutico singular antes da internação; *patient hospitalization*, quando todos os serviços clínicos prescritos são prestados em (no máximo) cinco

DU consecutivos; *follow-ups*, para os quais podemos relacionar as transferências responsáveis do cuidado, navegação do processo de transição e seguimento do paciente por meio de tecnologias de telessaúde; e *continuous assistance*, que requer processos de integração entre serviços e equipes assistenciais de diferentes níveis de atenção e complexidade²⁰.

No caso do HCFMRP-USP, a maior conquista do Hospital Semana foi a otimização da programação do cuidado durante a internação. Neste ínterim, vale destacar a importância do NIR na gestão adequada dos leitos, assim como o papel dos médicos hospitalistas no auxílio à gestão dos casos, o que facilitou a fase de *patient hospitalization* de Conforti et al.²⁰, favorecendo a desospitalização segura em tempo hábil para efetivação da estratégia HS²¹.

Embora para o projeto HS houvesse necessidade de avanços nas fases pré e pós-hospitalização, a instituição àquela época já desenvolvia outras iniciativas que poderiam potencializar a estratégia caso fossem plenamente integradas. Entre elas, destacam-se três, sendo uma delas o Projeto de Gestão da Fila de Espera para Cirurgias Eletivas (PIC), que centralizou e informatizou a demanda, permitindo melhores procedimentos de priorização e planejamento das internações, o que fortaleceria a fase pré-hospitalar do HS²². Outra iniciativa foi o projeto de desospitalização da UE, a partir da criação de leitos de longa permanência em hospitais de pequeno porte da XIII Rede Regional de Atenção à Saúde. Para retaguarda ao HCFMRP-USP de pacientes de baixa complexidade e alta dependência, as transferências de pacientes para hospitais de menor complexidade²³ aprimoraram a transição do cuidado, e reduziram internações prolongadas no HCFMRP-USP, alinhada à fase pós-internação proposta por Conforti et al.²⁰. Por fim, e ainda se tratando da fase *followups* de Conforti et al.²⁰, o projeto da telessaúde²⁴, desenvolvido com maior ênfase a partir da pandemia por covid-19, seria mais uma oportunidade que ampliaria o suporte pós-alta, e garantiria continuidade assistencial à estratégia HS, desde que devidamente integrados.

Como mencionado, a integração efetiva dessas iniciativas poderia ampliar ainda mais o impacto positivo do HS, promovendo um fluxo hospitalar mais eficiente e integrado à rede de atenção à saúde. No entanto, dependeria sobretudo da concomitância de sua realização e da maturidade dos próprios projetos.

As entrevistas permitiram elucidar que houve solução de continuidade do HS a partir de 2020, o que ocorreu principalmente por três motivos: primeiro pela acentuação da política restritiva de contratações, o que demonstra um limite à intervenção HS no enfrentamento do problema de redução da força de trabalho; segundo, pela transformação abrupta do fluxo assistencial do HCFMRP-USP em resposta ao período pandêmico por covid-19; e terceiro, em 2023, quando foi possível o retorno às condições 'normais' de funcionamento, a alta direção do hospital foi substituída, e o projeto HS deixou de ser considerado prioridade.

Nas entrevistas, o 'Hospital Semana' foi citado como sendo uma "ideia", uma "estratégia", um "projeto", uma "intervenção propositiva", uma "solução temporária e com limites". É interessante observar que não foi tratado enquanto um programa do hospital, ou como uma nova 'ala' de internação, com característica de continuidade entre as atividades de gerenciamento dos recursos humanos e leitos do HCFMRP-USP. Afinal, a expectativa e as tratativas de regularização da força de trabalho sempre estiveram presentes nas falas dos entrevistados.

Neste sentido, ao menos por ora, a experiência analisada não se configura como uma nova tipologia ou um novo serviço hospitalar. Por outro lado, o HS pode ser confundido com o regime de hospital-dia, que é dedicado à

[...] assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na Unidade por um período máximo de 12 horas²⁵.

As experiências brasileiras de hospital-dia publicadas têm-se voltado especialmente para a atenção em saúde mental (especialidade de Psiquiatria), e o cuidado oftalmológico e cirúrgico em nível ambulatorial. O HS diferencia-se do hospital-dia exatamente por manter os pacientes internados (mais de 24 horas) durante os DU. E, de fato, não houve alteração do perfil assistencial dos pacientes/leitos que aderiram à estratégia HS no HCFMRP-USP, mas uma reprogramação da assistência, organizando a flutuação 'natural' da ocupação do ativo 'leito' entre os DU e os FDS. Vale lembrar que o HCFMRP-USP possui duas unidades prediais, uma dedicada à urgência e outra, a atividades assistenciais ambulatoriais e internações eletivas (*campus* Faculdade de Medicina), onde foi implementado o HS. Portanto, não tem impacto negativo na atenção às urgências.

É de particular interesse destacar que as estratégias HS implementadas em três casos (o brasileiro, o espanhol e o italiano) apresentam similaridades no que tange qualificação de hospitais universitários de alta complexidade, inseridos em sistemas públicos de saúde pautados pelo direito à saúde. Talvez uma das maiores diferenças esteja exatamente nos processos de integração em rede entre serviços de diferentes complexidades e níveis de atenção, com exemplos interessantes de 'governos regionais', na Itália, e da 'organização político-territorial', na Espanha, estando o SUS com desafios ainda não superados²⁶⁻²⁸.

A estratégia 'Hospital Semana' pode ser analisada a partir de três modelos teóricos distintos. Pela ótica da Teoria das Restrições²⁹, o HS insere-se no grupo de intervenções voltadas para ganhos de eficiência, diferenciando-se das estratégias que buscam apenas gerenciar a demanda ou expandir a infraestrutura, sendo esta última cada vez mais limitada no SUS³⁰. O modelo permitiu otimizar a utilização de leitos e recursos humanos sem comprometer o desempenho das organizações hospitalares e a qualidade da assistência.

Já sob a Teoria dos Fluxos³¹, ao reorganizar processos para reduzir custos e aumentar benefícios, a estratégia alinha-se a iniciativas que agregam valor ao sistema. De fato, fluxo pode ser definido como 'acréscimo de valor aos processos e serviços, aumentando os benefícios, diminuindo gastos ou pela combinação dessas duas estratégias'. No HCFMRP-USP, foi declarado impacto positivo na redução de infecções cruzadas e no consumo de antibióticos, além de melhoria na gestão de escalas da equipe de Enfermagem. Além dos benefícios, ambos influenciam os custos diretos e fixos das unidades hospitalares, podendo ter a estratégia HS um custo-benefício relevante se ou quando implementada em plenitude. Outra abordagem que apoia a discussão é a compreensão de fluxo enquanto 'processo de migração dos pacientes através do sistema'. Ainda que importante, esse conceito não é suficiente para garantir acesso na proporção das necessidades em cenários de restrição das capacidades. Assim, embora seja imprescindível a organização do fluxo sistêmico do paciente, é também necessário desenvolver estratégias intra-hospitalares para organização dos recursos (humanos e leitos) e do fluxo entre os núcleos de produção do cuidado – e no entanto, nos hospitais do SUS há muito ser realizado neste sentido. Por outro lado, a reorganização dos fluxos intra-hospitalares precisa ser complementada por uma rede assistencial fortalecida, para que o conhecimento das necessidades, a corresponsabilização em planos de cuidado e sua continuidade sejam garantidos de forma eficaz.

Por fim, à luz do conceito de resiliência³² (capacidade de se preparar, gerenciar e aprender em situações de crise), o HS demonstrou ser uma estratégia gerencial de adaptação e de aprendizado, crucial ao enfrentamento dos desafios da pandemia de covid-19, ao instigar manejo flexível dos serviços e recursos entre as ondas de pico e maior controle das taxas de infecção.

A análise da estratégia Hospital Semana sob essas três perspectivas teóricas revela

sua complementaridade. Enquanto a Teoria das Restrições explica como o modelo otimizou a eficiência interna ao equilibrar oferta e demanda, sem necessidade de ampliação da infraestrutura, a Teoria dos Fluxos evidencia que essa reorganização agregou valor ao hospital ao reduzir custos, otimizar processos e melhorar a experiência, tanto para pacientes quanto para profissionais da saúde. E o conceito de Resiliência reforça o caráter adaptativo do HS, demonstrando que sua flexibilidade operacional permitiu uma resposta mais eficiente, e sem comprometimento da qualidade e das capacidades de produção assistencial. Assim, a convergência dessas abordagens teóricas não apenas explica os resultados positivos do HS, mas também aponta direções para seu aperfeiçoamento e replicação em outros contextos.

Baseado na gestão flutuante de recursos humanos e de leitos entre DU e FDS, o modelo demonstrou viabilidade e eficiência, destacando-se como uma alternativa promissora para hospitais públicos do SUS. Os resultados sugerem que a implementação do HS pode contribuir para a sustentabilidade hospitalar em cenários de restrição de pessoal, sendo necessário ampliar sua aplicação para consolidar sua eficácia.

As principais limitações deste estudo são a descontinuidade de implementação da intervenção analisada, o comprometimento de análise do impacto financeiro direto, considerando o pequeno grau de implantação alcançado (14% dos leitos totais e 23 dos leitos elegíveis com estratégia HS implantada), e a dificuldade de comparabilidade com outros casos, devido ao ineditismo da intervenção. Por outro lado, são pontos fortes: a aprofundada descrição e a análise criteriosa a partir do estudo de caso único no SUS; o fato de ter sido o HS implementado para enfrentamento de uma realidade comum a muitos hospitais, e de ter demonstrado que, mesmo em ambientes complexos como os hospitais universitários, com a resiliência e o envolvimento das equipes, é possível inovar e manter os compromissos assistenciais com qualidade e segurança.

Conclusões

A estratégia Hospital Semana demonstrou ser uma solução viável e eficaz para a manutenção da capacidade assistencial em um cenário de déficit de profissionais da enfermagem, sem comprometer a qualidade do atendimento. A experiência do HCFMRP-USP mostrou que a gestão flutuante de leitos e recursos humanos entre DU e FDS permitiu preservar o número de internações e procedimentos cirúrgicos, sem impacto no tempo médio de permanência. Desta maneira, o Hospital Semana apresenta-se como uma estratégia inovadora para a garantia de acesso a internação, e uma oportunidade de melhoria dos processos de gestão de leitos e de recursos humanos na área da saúde. Além disso, a integração com outras estratégias institucionais – como gestão de filas, processos de desospitalização e tele-saúde – sugere que o modelo pode ser potencializado por uma abordagem sistêmica que fortaleça a continuidade do cuidado. Diante dos desafios enfrentados pelos hospitais públicos do SUS, o Hospital Semana constitui uma alternativa promissora, com potencial de replicação em outros contextos, desde que adaptado às especificidades locais e inserido em redes de atenção estruturadas.

Colaboradores

Canabrava CM (0000-0002-6906-3670)* e Pazin-filho A (0000-0001-5242-329X)* contribuíram para concepção e desenho da pesquisa, coleta, análise e interpretação dos dados, revisão crítica do conteúdo e redação da versão final do manuscrito. Volpe GJ (0000-0003-4296-5460)* e Moreira HT (0000-0002-4543-4684)* contribuíram para revisão crítica do conteúdo do manuscrito. Almeida OLS (0000-0002-7285-7201)*, Nunes AA (0000-0001-9934-920X)* e Maciel BC (0000-0002-3456-8433)* contribuíram para revisão crítica do conteúdo e redação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Mintzberg H. Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações. 2ª ed. São Paulo: Atlas; 2022. 336 p.
2. Mendes M, Martins SM, Acordi I, et al. Força de trabalho de enfermagem: cenário e tendências. *Rev Enferm UFSM*. 2022;12:e11. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769267928>
3. Reis GAX, Oliveira JLC, Ferreira AMD, et al. Dificuldades para implantar estratégias de segurança do paciente: perspectivas de enfermeiros gestores. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40(esp):e20180366. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180366>
4. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*. 2014;383(9931):1824-30. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)
5. McHugh MD, Aiken LH, Sloane DM, et al. Effects of nurse-to-patient ratio legislation on nurse staffing and patient mortality, readmissions, and length of stay: a prospective study in a panel of hospitals. *Lancet*. 2021;397(10288):1905-13. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00768-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00768-6)
6. Dutra HS, Gomes PAL, Garcia RN, et al. Burnout entre profissionais de enfermagem em hospitais no Brasil. *Rev Cuid*. 2019;10(1):e585. DOI: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i1.585>
7. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Parecer Normativo 1/2024/COFEN: Parâmetros para o planejamento da força de trabalho da enfermagem pelo enfermeiro [Internet]. [Brasília, DF]: Cofen; 2024 [acesso em 2025 abr 3]. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2024/03/Parecer-Normativo-1-2024.pdf>
8. Presidência da República (BR). Lei nº 14.434, 4 de agosto de 2022. Altera a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, para instituir o piso salarial nacional do enfermeiro, do Técnico de Enfermagem, do Auxiliar de Enfermagem e da Parteira. *Diário Oficial da União* [Internet], Brasília, DF. 2022 ago 5 [acesso em 2025 abr 3]; Edição 148; Seção I:3. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=05/08/2022&jornal=515&pagina=3&totalArquivos=77>
9. Ministério da Saúde (BR), Gabinete da Ministra. Portaria GM/MS nº 1.135, de 16 de agosto de 2023. Estabelece os critérios e procedimentos para o repasse da assistência financeira complementar da União destinada ao cumprimento do piso salarial nacional de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e parteiras e dispõe sobre o repasse referente ao exercício de 2023. *Diário Oficial da União* [Internet], Brasília, DF. 2023 ago 16 [acesso em 2025 abr 3]; Edição 156-B; Seção I-Extra B:1. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.135-de-16-de-agosto-de-2023-503484754>
10. Ministério da Saúde (BR), Gabinete da Ministra. Portaria GM/MS nº 1.677, de 26 de outubro de 2023. Altera o Título IX-A da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o repasse da assistência financeira complementar para o pagamento do Piso Salarial aos Profissionais da Enfermagem, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [Internet], Brasília, DF. 2023 out 30 [acesso em 2025 abr 3]; Edição 206; Seção I:120. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.677-de-26-de-outubro-de-2023-519652196>
11. Presidência da República (BR). Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [Internet], Brasília, DF. 2000 maio 5 [acesso em 2025 abr 3]; Seção I:1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm
12. Guse C, Carvalho DR. Rotatividade nos Profissionais de Enfermagem. *Publ UEPG Ci Biol Saúde*. 2015;21(1):47-64. DOI: <https://doi.org/10.5212/publicatio%20uepg.v21i1.7405>

13. Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo (SP). Decreto nº 61.466, de 2 de setembro de 2015. Dispõe sobre a admissão, a contratação de pessoal e o aproveitamento de remanescentes na Administração direta, indireta e fundacional do Estado. Diário Oficial do Estado de São Paulo [Internet], São Paulo, SP. 2015 set 3 [acesso em 2025 abr 3]; Seção I:1. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/leis/legislacao-do-estado/>
14. Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Relatório de Atividades 2023 [Internet]. Ribeirão Preto: Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; [2024] [acesso em 2025 abr 3]. 81 p. Disponível em: <https://site.hcrp.usp.br/wp-content/uploads/2024/05/rel-atv-2023.pdf>
15. Denis JL, Champagne F. Análise da Implantação. In: Hartz ZMA, organizadora. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. p. 49-88.
16. Yin RK. Estudo de Caso: Planejamento e Métodos. 4ª ed. Porto Alegre: ARTMED Editora; 2010. 248 p.
17. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). 2ª ed. Caxias do sul, Rio Grande do Sul: Educus; 2005. 255 p.
18. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 jun 13; Edição 112; Seção I:59-62.
19. Ministério da Educação (BR); Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Governança do HU-UFMA visita hospital na Espanha. Gov.br [Internet], Brasília, DF, 2015 jul 9 [acesso em 2022 mar 21]. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hu-ufma/comunicacao/noticias/governanca-do-hu-ufma-visita-hospital-na-espanha>
20. Conforti D, Guerriero F, Guido R, et al. An optimal decision making model for supporting week hospital management. Health Care Manag Sci. 2011;14(1):74-88. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10729-010-9144-5>
21. Ferreira AJ, Laurindo MC, Morais AAL, et al. A implantação do Núcleo Interno de Regulação em Hospital Público Terciário: a experiência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Medicina (Ribeirão Preto). 2019;52(1):16-23. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v52i1p16-23>
22. Pazin-Filho A, Dallora MELV, Velasco TR, et al. Surgical waiting lists and queue management in a Brazilian tertiary public hospital. BMC Health Serv Res. 2024;24:290. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10735-4>
23. Pazin-Filho A, Almeida E, Cirilo LP, et al. Impact of long-stay beds on the performance of a tertiary hospital in emergencies. Rev Saúde Pública. 2015;49:83. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049006078>
24. Serrano-Gomez S, Moreira HT, Canabrava CM, et al. Impact of Telemedicine on the Follow-up of Chronic Diseases During the COVID-19 Pandemic: Experience of a Brazilian Public Tertiary Hospital. Telemed Health. Ahead of Print; 2025 mar 31. DOI: <https://doi.org/10.1089/tmj.2024.0546>
25. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2017 out 3 [acesso em 2025 abr 3]; Edição 190; Seção I:61-192. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html
26. Organização Pan-Americana da Saúde. Redes e regionalização em saúde no Brasil e na Itália: Lições aprendidas e contribuições para o debate. Brasília, DF: Opas; 2011.

27. Pereira AMM, Lima LD, Machado CV, et al. Descentralização e regionalização em saúde na Espanha: trajetórias, características e condicionantes. *Saúde debate*. 2015;39(esp):11-27. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005410>
28. Organization for Economic Co-operation and Development. European Observatory on Health Systems and Policies [Internet]. State of Health in the EU, Spain: Country Health Profile; 2023 [acesso em 2025 abr 3]. Disponível em: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/spain-country-health-profile-2023>
29. Cox III JF, Schleier Jr JG. *Hanbook: da Teoria das Restrições*. São Paulo; Bookman; 2013. 1240 p.
30. Campos FCC; Canabrava CM. O Brasil na UTI: atenção hospitalar em tempos de pandemia. *Saúde debate*. 2020;44(esp4):146-60. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E409>
31. Mayer T, Jensen K. *Hardwiring flow: systems and processes for seamless patient care*. Flórida: Editora Fire Starter; 2009. 295 p.
32. Thomas S, Sagan A, Larkin J, et al. Strengthening health systems resilience: Key concepts and strategies [Internet]. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2020 [acesso em 2025 abr 3]. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559803/pdf/Bookshelf_NBK559803.pdf

Recebido em 25/03/2025

Aprovado em 21/05/2025

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Ana Maria Costa

‘Permita que eu fale, não as minhas cicatrizes’: discursos de pessoas LGBTQIAPN+ acerca do suicídio

‘Allow me to speak, not my scars’: Discourses of LGBTQIAPN+ people on suicide

Luís Felipe Dutra Avelar¹, Jandesson Mendes Coqueiro¹

DOI: 10.1590/2358-2898202514610067P

RESUMO O suicídio é um evento mundial, multifacetado e multifatorial, que torna vítimas 703 mil pessoas, anualmente, no mundo. Verificou-se que o comportamento suicida incide com maior frequência entre pessoas LGBTQIAPN+, quando comparadas à população cisgênero-heterossexual. O fenômeno sofre subnotificação e sub-registro nessa população, sendo ignorado nas declarações de óbito, fichas de notificação de violência autoprovocadas e causas de morte, impossibilitando a verificação dos números oficiais, o que demonstra o descaso do Estado. O objetivo geral deste estudo foi analisar o discurso de pessoas LGBTQIAPN+ sobre o suicídio. Trata-se de pesquisa qualitativa em saúde coletiva, com uso de entrevistas para a coleta de dados e análise de dados pelo referencial teórico da esquizoanálise, de Gilles Deleuze e Félix Guattari. Foram entrevistadas 12 pessoas LGBTQIAPN+, moradoras de 4 municípios (Cariacica, Serra, Vitória e Vila Velha) da Grande Vitória-ES, que foram escolhidas pela técnica bola de neve. Concluiu-se que as violências, a discriminação e a exclusão social produzem fragilizações na saúde mental desses sujeitos, podendo levar a adoecimentos e ao desenvolvimento de comportamentos suicidas. Os participantes ressaltaram que os serviços de saúde podem ajudar no acolhimento, na garantia do processo transexualizador, saúde sexual e assistência psicológica.

PALAVRAS-CHAVE Ideação suicida. Suicídio. Tentativa de suicídio. Minorias sexuais e de gênero.

ABSTRACT Suicide is a global, multifaceted and multifactorial event, claiming the lives of 703,000 people worldwide each year. Suicidal behavior has been observed more frequently among LGBTQIAPN+ people, when compared to the cis-heterosexual population. This phenomenon in this population is underreported and underreported, and is ignored in death certificates, self-inflicted violence notification forms, and causes of death, making it impossible to verify official figures, demonstrating the government's neglect. The general objective of this paper was to analyze the discourse of LGBTQIAPN+ people on suicide. This is a qualitative study in public health, using interviews for data collection and data analysis using the theoretical framework of Schizoanalysis, by Gilles Deleuze and Félix Guattari. Twelve LGBTQIAPN+ people were interviewed, living in 4 cities (Cariacica, Serra, Vila Velha e Vitória) in Greater Vitória-ES, who were selected using the snowball technique. It was concluded that violence, discrimination and social exclusion weaken the mental health of these individuals, which can lead to illness and the development of suicidal behavior. People emphasize that health services can help by providing support, ensuring the transgender process, sexual health and psychological assistance.

KEYWORDS Suicidal ideation. Suicide. Suicide, attempted. Sexual and gender minorities.

¹Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) – Vitória (ES), Brasil.
lfelipeda@gmail.com



Introdução

O suicídio é uma questão para a saúde coletiva, entendida como um campo multidisciplinar, que visa a superar a visão apenas biomédica e que incorpora a análise da relação com os campos social e cultural, bem como reflete sobre a construção de políticas públicas de saúde¹, no mundo todo. É um problema multifatorial e complexo, que atinge em torno de 703 mil pessoas ao ano, conforme dados da Organização Mundial de Saúde (OMS)², representando uma morte a cada 6 minutos. Segundo Lima e Navasconi³, o Brasil ocupa o 8º lugar em números absolutos de mortes por suicídio, com uma média de 11 mil por ano, o que corresponde a 31 mortes a cada dia por suicídio.

Assim, com uma tendência de aumento ao longo das décadas, houve um crescimento expressivo e constante no período da ditadura civil-militar (1964-1985) o que se configura um evento suspeito seja pela não confiabilidade dos dados, seja pelos casos registrados como 'suicídio' que, na verdade, encobriam assassinatos e desaparecimentos. De 2 mil casos, entre 1942 e 1953, foram registrados 4 mil casos ao ano, durante os anos da ditadura⁴. Os dados brutos mais que dobraram de 1999 (com 6.530 suicídios) para 2019 (com 13.520), representando um aumento de 107%, totalizando 201.577 vidas vitimadas pelo suicídio no Brasil, conforme dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde⁵.

O suicídio ocupa a quarta causa de morte de pessoas adolescentes entre 15 e 24 anos². Todavia, Giusti e Leite⁶ destacam o quanto os números oficiais de morte por suicídio são subnotificados, devido ao estigma, à fragilização do sistema de vigilância epidemiológica e à criminalização desse fenômeno. Barbosa e Medeiros⁷ ressaltam que a prática do suicídio é o resultado de diversos fatores culturais, sociais e psicológicos. Araújo⁸ coloca que o suicídio, como um tipo de violência, é essencialmente um resultado da realidade

social, cujo desenvolvimento surge a partir da dominação de si ou do outro, na base da violência estrutural, que suprime a liberdade, a espontaneidade e a singularidade.

Assim, também se pode observar o impacto do racismo, tendo em vista que a população negra morre mais por suicídio do que a branca. As pessoas LGBTQIAPN+ também estão mais vulneráveis a esse tipo de morte, quando comparadas à população cisgênero e heterossexual⁸. Consoante a isso, a partir de uma revisão de literatura, Giusti e Leite⁶ constataram uma prevalência 3 a 4 vezes maior de ideação suicida entre a população LGBTQIAPN+, em comparação às pessoas cis-heterossexuais. Em uma pesquisa de revisão de literatura que investigou quais fatores estão relacionados à ideação suicida que leva à tentativa de suicídio entre pessoas LGBTQIAPN+, constatou-se que as violências passadas, o preconceito e a discriminação são aspectos importantes que fragilizam a saúde mental de pessoas LGBTQIAPN+⁹.

Na mesma pesquisa, as autoras consideram que mais estudos precisam ser desenvolvidos para viabilizar e substanciar a construção de políticas públicas que foquem em combater o preconceito, a discriminação e a opressão vividas por esse grupo social. Considerando tal aspecto e a necessidade de discutir essa temática com a população envolvida, este artigo teve como objetivo analisar o discurso de pessoas LGBTQIAPN+ sobre o suicídio.

Material e métodos

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, que teve como referencial teórico os conceitos trabalhados na esquizoanálise, de Deleuze e Guattari. A esquizoanálise, de acordo com Barenblitt¹⁰, é uma forma de ler e interpretar o mundo, a política, a economia, as relações interpessoais, as instituições, a arte, os afetos, a relação consigo mesmo, podendo ser exercitada por quaisquer pessoas e em todos os lugares. Para a esquizoanálise, conforme

colocam Deleuze e Guattari¹¹, cada pessoa ou os grupos são compostos por três linhas: as linhas de segmentaridade dura (ou linhas molares); as linhas de segmentaridade maleáveis (as linhas moleculares); e as linhas de fuga (ou de ruptura).

De acordo com Baremlitt¹⁰, a esquizoanálise é um referencial teórico do institucionalismo que tem um caráter mais crítico e subversivo na análise das organizações e instituições sociais. Dessa forma, não se trata de uma contratação de serviço profissional ou um saber-poder de *experts* profissionais, mas um exercício permanente, podendo ser realizado individualmente, em dupla ou em grupo, por aqueles que se apropriaram dos conceitos e reflexões presentes nessa concepção teórica e filosófica¹⁰.

Sendo assim, a escolha do referencial teórico da esquizoanálise foi importante neste estudo por se caracterizar como um referencial multidisciplinar, que agrega a análise política, contextual e social, e, sobretudo, tem a diferença como um conceito primordial e fundante das relações interpessoais, da constituição de si, da sociedade e do devir. Trabalham-se nessa abordagem teórica os diversos grupos sociais, bem como a presença e importância da diferença na constituição social¹⁰.

O universo desta pesquisa contou com a participação de 12 pessoas, respeitando os seguintes critérios de inclusão: a) ter mais de 18 anos; b) ser pessoa autodeclarada LGBTQIAPN+; e c) residir em um dos quatro municípios da Grande Vitória-ES, a saber: Cariacica, Serra, Vila Velha e Vitória. Os municípios escolhidos como cenário de estudo, Cariacica (com mais de 353 mil habitantes), Serra (com aproximadamente 572 mil habitantes), Vila velha (em torno de 467 mil habitantes) e Vitória (capital do Espírito Santo, com uma população de mais de 322 mil habitantes), constituem 4 dos 7 municípios presentes na região metropolitana da Grande Vitória, no estado do Espírito Santo.

Os critérios excludentes foram: a) não ter realizado nenhuma tentativa de suicídio nos

últimos 10 anos; e b) pessoas que, após três tentativas de agendamento das entrevistas, não conseguiram participar do estudo. Com relação às tentativas de agendamento, optou-se por esse critério devido ao período de implementação da pesquisa. Vale considerar que mais de três tentativas de agendamento poderiam sinalizar incômodo ou indisposição para participar da pesquisa. Os critérios de exclusão desta pesquisa foram pensados com o intuito de evitar qualquer desconforto nos participantes.

A produção do material se deu por meio de entrevistas semiestruturadas, instrumento esse elaborado pelos pesquisadores, com dados sociodemográficos, hábitos de vida e perguntas relacionadas ao suicídio de pessoas LGBTQIAPN+ e aspectos relacionados. Ao finalizar o roteiro de questões, o entrevistador solicitava a indicação de até uma pessoa que estivesse dentro dos critérios de inclusão para participar, com o fornecimento dos seus contatos telefônicos, seguindo a técnica bola de neve. A técnica bola de neve compreende a identificação dos participantes da pesquisa, na qual a primeira pessoa indica a segunda, que, por sua vez, indicará a próxima, e isso se sucederá até atingir o total de participantes estabelecido¹².

O trabalho de campo foi executado de novembro de 2023 a março de 2024. O trabalho se iniciou com a apresentação da pesquisa em uma reunião ordinária do mês de novembro de 2023 do Conselho Estadual para a Promoção da Cidadania e dos Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais do Espírito Santo (CELGBT+ES), onde foi feito o convite aos sujeitos da reunião para participação na pesquisa, resultando na manifestação de uma pessoa, que atendeu aos critérios de inclusão no estudo sendo essa a primeira pessoa participante do estudo.

Em seguida, houve a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o agendamento da entrevista em dia, horário e local de escolha do sujeito. As entrevistas foram registradas por gravações de áudio,

durando, em média, 45 minutos. Ao fim de cada uma delas, cada pessoa entrevistada indicava o próximo participante, consoante à técnica bola de neve, totalizando, no fim, 12 participantes. Ou seja, com a indicação em mãos, o pesquisador entrava em contato pelo telefone fornecido para fazer o convite à pesquisa e explicar que tema abordaria e o que envolvia a participação. Cada discurso foi transcrito logo em seguida, sendo analisado pelo referencial teórico da esquizoanálise.

Após cada entrevista, os discursos dos participantes foram completamente transcritos. Em seguida, foi realizada uma leitura acurada de todo o material com o intuito de verificar o corpus discursivo, que trouxe reflexões em consonância com o objetivo do estudo. Feito isso, os pesquisadores selecionaram os trechos dos participantes do estudo que alimentaram a discussão com a literatura existente sobre o suicídio e os conceitos defendidos pela esquizoanálise, tais como poder, devir, linhas molares, sociedade de controle, antiprodução,

linhas de fuga, arte, resistência, diferença e repetição.

O estudo foi realizado a partir do parecer favorável nº 6.479.827 do Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Federal do Espírito Santo, sob o registro CAAE de nº 74523023.5.0000.5060. Para garantir o sigilo, cada participante foi identificado por identidade de gênero (I.G.) ou orientação afetivo-sexual (O.S.) e números cardinais.

Resultados e discussão

Caracterização de participantes

Participaram deste estudo 12 pessoas, sendo seis homens cisgêneros, três mulheres cisgêneros, duas pessoas não binárias (NB) e uma travesti. As demais características sociodemográficas das pessoas participantes seguem apresentadas conforme *tabela 1* a seguir.

Tabela 1. Caracterização de participantes do estudo

DADOS	CARACTERIZAÇÃO ESPECÍFICA DE PARTICIPANTES							
	Homens cisgêneros		Mulheres cisgêneros	Travesti	Pessoa não binária			
Identidade de Gênero	6		3	1	2			
Orientação Afetivo-sexual	Gay		Lésbica	Bissexual	Pansexual	Indefinido		
	6		2	2	1	1		
Raça/Cor	Branco/a		Preto/a		Pardo/a			
	9		2		1			
Idade			Entre 20 e 25 anos			+ 45 anos		
			11			1		
Religião	Nenhuma	Católico/a	Acredita em espiritualidade		Espírita	Ateu	Agnóstico/a	Indefinida
	4	3	1		1	1	1	1
Estado civil atual			Solteiro/a		Em um relacionamento sério			
			8		4			

Tabela 1. Caracterização de participantes do estudo

DADOS	CARACTERIZAÇÃO ESPECÍFICA DE PARTICIPANTES				
	Pessoa com deficiência		Pessoa sem deficiência		
Deficiência	Pessoa com deficiência		Pessoa sem deficiência		
	2		10		
Condição de Saúde	Com condição de saúde declarada		Sem condições de saúde		
	2		10		
Nível de Escolaridade	Ensino médio completo		Ensino superior completo		
	8		4		
Renda	Até um salário	1 a 3 salários	3 a 5 salários	Renda familiar acima de R\$20.000,00	
	3	2	4	3	
Município de Moradia	Cariacica	Serra	Vila Velha	Vitória	
	1	1	4	6	
Total de Participantes	12				

Fonte: elaboração própria.

A respeito da idade, a maioria, 11 participantes, tinha entre 20 e 25 anos, e apenas uma pessoa tinha mais de 45 anos, estabelecendo, assim, uma média de idade de 24 anos entre as pessoas participantes. Quanto ao nível de escolaridade, oito participantes tinham ensino médio completo e estavam cursando o ensino superior; os outros 4 tinham ensino superior completo.

Com relação à presença de deficiência, duas pessoas declararam possuir alguma deficiência: uma delas tinha paralisia cerebral; e outra tinha deficiência auditiva total, usando aparelhos auditivos implantados. Com relação à condição de saúde, duas pessoas disseram ter alguma condição de saúde; uma pessoa vivia com HIV, tinha hipertensão arterial e hipotireoidismo; e uma tinha fibromialgia e convivía com depressão e ansiedade.

É importante pontuar que o Espírito Santo se destaca como um estado conservador, quando comparado ao cenário nacional, oferecendo desafios políticos a essa população, que se refletem, por exemplo, nos números

estranhadores de assassinatos violentos de pessoas LGBTQIAPN+ no ano de 2022, que subiram 350% em relação ao ano anterior. Em 2022, foram assassinadas 9 pessoas, enquanto, em 2021, o número havia sido de 2 pessoas assassinadas¹³.

Na esfera estadual, o Espírito Santo possui um 'Plano Estadual de Enfrentamento à LGBTIfobia e Promoção da Cidadania e dos Direitos Humanos de LGBTI+ do Espírito Santo 2022 2026'¹⁴, também denominado 'Plano Estadual LGBTI+', bem como executa o processo transexualizador, no 'Ambulatório Multidisciplinar de Diversidade de Gênero'¹⁵, localizado no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (Hucam). Em termos das esferas municipais, as políticas não estão exatamente sistematizadas ou oficializadas, concentrando-se mais em ações pontuais e que, em muitos casos, articulam diferentes setores sociais, para o desenvolvimento de ações e capacitações intersetoriais entre saúde, direitos humanos e educação, principalmente.

Em Cariacica/ES e Vitória/ES, não há registros oficiais de ações ou políticas em saúde voltadas especificamente para a população LGBTQIAPN+. Em Vila Velha, há diferentes notícias que divulgam capacitação para profissionais em saúde^{16,17} sobre as especificidades dessa população, porém, sem uma política estruturada ou coordenada para tal fim. Entre os municípios estudados, somente a Serra/ES dispõe de uma política em construção para essa população, tendo constituído o ‘Grupo de Trabalho para a construção da Linha de Cuidados em Saúde para População LGBTQIA+ da Serra’¹⁸. Desde julho de 2024, o município possui o Ambulatório Municipal de Pessoas Trans¹⁹, que funciona na Unidade de Saúde de Boa Vista.

Levando em consideração a dimensão dos municípios estudados e a vulnerabilização a que esses sujeitos estão submetidos diariamente, as políticas de saúde em seus territórios estão aquém do tamanho populacional. Assim, é necessário que estudos epidemiológicos sejam desenvolvidos, para subsidiar a construção de novas políticas municipais de saúde para a população em questão.

Devido à técnica de seleção dos participantes elencada para este estudo (a técnica bola de neve), a amostra de participantes apresenta limitações com relação à população estudada. É esperado que, ao usar essa técnica de seleção de participantes, cada um indique a participação de pessoas que fazem parte do seu meio e que podem ter semelhanças consigo relacionadas aos diferentes dados sociodemográficos, seja quanto à raça/cor, orientação sexual-afetiva, idade, identidade de gênero, escolaridade e/ou renda.

Das 12 pessoas participantes da pesquisa, houve o predomínio de pessoas cisgêneros (9), brancas (9), com renda alta (7 pessoas, incluindo a média acima de 3 salários-mínimos) e com o nível de escolaridade superior (já que todas as pessoas participantes, se já não possuíam o ensino superior completo, estavam cursando no momento da pesquisa). Essa é uma realidade destoante do que consta

nos estudos e dossiês analisados neste estudo, principalmente quando se trata da população transgênero. Também em termos do quesito raça/cor, a população negra (pessoas pretas e pardas) é um alvo constante das violências e dos assassinatos que envolvem essa população, demonstrando a intersecção entre racismo, gênero e sexualidade e a vulnerabilização produzida sobre os corpos de pessoas LGBTQIAPN+ negras.

Antecipação do fim: o suicídio sob a ótica de pessoas LGBTQIAPN+

O suicídio de pessoas LGBTQIAPN+, como coloca Nafaguchi²⁰, é um tema pouco explorado e muito complexo. Todavia, é importante discutir essa temática para entender as intersecções dos aspectos das identidades de gênero, orientações afetivo-sexuais, raça/cor e classe social no fenômeno do suicídio. A interseccionalidade pode ser entendida como o cruzamento de gênero, identidade de gênero, orientação sexual, raça, religião, território e classe, enquanto estruturas e aparatos que agem na manutenção do capitalismo, por meio do racismo, machismo e do classismo, como expressões do colonialismo moderno²¹.

Em se tratando de suicídio e interseccionalidade, as identidades de gênero e as orientações afetivo-sexuais, as quais são foco deste estudo, são compreendidas enquanto determinações sociais de saúde, como colocam Bezerra et al.²² e conforme é pactuado na Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT (PNSI-LGBT), de 2013, que também afirma que a intolerância, a exclusão social e o estigma são iniquidades sociais a serem enfrentadas²³. Este artigo foca na população LGBTQIAPN+ com suas vulnerabilidades sociais e necessidades em saúde específicas, conforme reflexões a seguir.

As necessidades específicas em saúde de pessoas LGBTQIAPN+ são diversas, e faz-se importante reconhecer a orientação sexual e a identidade de gênero como determinações sociais do processo saúde e doença, a garantia e defesa do nome social e o acesso e ampliação do

Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS)²². A PNSI-LGBT²³ também destaca o enfrentamento à LGBTQIAPN+fobia no SUS como uma diretriz, entendendo que a discriminação e o preconceito por razão de identidade de gênero e orientação sexual produzem sofrimento e adoecimento, bem como aponta a necessidade de ampliar o acesso de mulheres lésbicas e bissexuais aos atendimentos ginecológicos e de atenção à sua saúde sexual e reprodutiva.

Silva e Almeida²⁴ também colocam como necessidades em saúde específicas dessa população: “atendimento a mulheres vítimas de violência, a demanda de orientação à saúde para a diversidade sexual, o atendimento acolhedor a travestis e pessoas transexuais”². Reis e Carvalho²⁵ acrescentam as especificidades de saúde dos homens trans que precisam de atendimentos ginecológicos e realização de exames periódicos. Ainda se somam outras necessidades específicas de saúde, como a dificuldade de acesso da população LGBTQIAPN+, em geral, devido às práticas discriminatórias de profissionais de saúde, e a necessidade de atendimento em saúde mental, por conta das violências, exclusões e discriminações sofridas²⁵.

Conforme colocam Silva e Almeida²⁴, é necessário aprimorar e produzir competências profissionais que se voltem à atenção à saúde de pessoas LGBTQIAPN+, que evoquem o cuidado, a qualidade e o respeito às sexualidades divergentes e identidades de gênero, garantindo acolhimento e promovendo o acesso aos serviços de saúde. Essas competências, segundo Silva e Almeida²⁴, também visam a combater práticas profissionais que envolvem constrangimentos, surpresas e inseguranças. Reis e Carvalho²⁵ postulam ser necessário fomentar a educação permanente de profissionais de saúde, além da adequação aos currículos dos cursos de graduação, para versarem e dialogarem sobre a saúde LGBTQIAPN+ e sobre o exercício contínuo de acolhimento, humanização, integralidade, universalidade e a equidade.

Em um estudo realizado por Nafaguchi²⁰ envolvendo 1.139 pessoas, que objetivou

comparar quantitativamente a ideação e a tentativa de suicídio entre pessoas cis-heterossexuais e pessoas LGBTQIAPN+, evidenciou-se maior predominância de comportamentos suicidas entre as pessoas LGBTQIAPN+ participantes do estudo, comparativamente aos respondentes cis-heterossexuais. Na referida pesquisa, destacou-se que as tentativas de suicídio, em anos anteriores, não ocorreram pelo fato de não serem pessoas cis e heterossexuais, mas devido à LGBTQIAPN+fobia ou pela não aceitação da família e da sociedade em geral.

Nos relatos da pesquisa citada acima, destacaram-se histórias e constituições de si impactadas pela violência e pela exclusão, sobretudo na adolescência, que culminaram em quadros de fobia social, por exemplo²⁰. Entende-se como LGBTQIAPN+fobia o sistema de opressão, discriminação, aversão, ódio e violência contra as pessoas lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, queer, intersexuais, assexuais, pansexuais, não binárias e outras identidades de gênero e orientações sexuais, de forma individual ou coletiva, que considera essas pessoas inferiores em comparação às que correspondem aos padrões cis-heteronormativos¹³. Sobre a LGBTQIAPN+fobia, algumas pessoas entrevistadas destacaram o seguinte:

Eu saí de casa com 12 anos. Meu pai não pegou as minhas coisas e falou ‘Vai para a rua’. Mas o meu ambiente familiar se tornou tão cruel que eu não conseguia viver ali. E aí, com 12 anos, quando eu disse que iria sair de casa, para o meu pai estava tudo bem. Apanhei muito do meu pai antes de sair de casa. (O.S. 8, homem cis gay).

Quando eu me assumi, [sofri] principalmente violência verbal, fui muito xingada, muito humilhada pela minha família, e chegou a ter violência física na época, pela minha mãe. Ela me bateu. (O.S. 3, mulher cis lésbica).

É difícil a gente pegar um ônibus que as pessoas não são hostis, que os homens não assediam, essas coisas assim. (I.G. 1, travesti).

Eu sempre estudei minha vida inteira em escola católica. Então, dentro da escola católica, eu não podia ser o mesmo 'O.S. 2' de dentro de casa. Tinha que ser o 'O.S. 2' regrado, tinha que ser o 'O.S. 2' que falava grosso, 'O.S. 2' que cortava o cabelo sempre. Padrãozinho. O 'O.S. 2' que tinha que andar com os meninos, que tinha que gostar de futebol. Era desse jeito. Então, acho que hoje, ser LGBT no Brasil, principalmente quando você é uma criança e adolescente, você não é você, sabe?! Você tem que se privar muito. (O.S. 2, homem cis gay).

As formas de LGBTQIAPN+fobia sofridas pelos participantes da pesquisa citados anteriormente, como as violências física, verbal, psicológica, social e institucional, acontecem em nossa sociedade como um modo de impor controle e limites aos corpos e às diferentes formas de subjetivação, o que pode ser melhor definido por Deleuze²⁶ pelo conceito 'sociedade de controle', que funciona por meio do controle contínuo e da comunicação instantânea, sobretudo com os adventos da tecnologia e do computador, e não somente pelo confinamento (da escola, família, fábrica, hospital e sua forma extrema, a prisão) das sociedades disciplinares.

Assim,

os confinamentos são moldes, distintas moldagens, mas os controles são uma modulação, como uma moldagem auto-deformante que mudasse continuamente, a cada instante, ou como uma peneira cujas malhas mudassem de um ponto a outro²⁶⁽²²¹⁾.

É como se nada se fechasse nas sociedades de controle. Há sempre uma necessidade de trabalhar mais, entregar mais, formar-se mais, esforçar-se mais. Com a influência da tecnologia, as formas de controle e vigilância dos sujeitos se tornaram mais fluidas e difusas, mais penetradas no social e menos visíveis²⁶, conforme é apresentado nos depoimentos dos participantes, que relatam ter as suas subjetividades controladas pela família, escola, religião, e se sentirem moldados pelas formas cis-heteronormativas de ser/estar/agir no mundo.

Fernandes et al.²⁷ colocam que as formas de violência contra essas populações podem ser um modo para exercer um controle familiar sobre seus corpos, no que diz respeito às suas orientações sexuais, identidades de gêneros, trejeitos e à avaliação desses sujeitos como inferiores. Assim, como pontua Deleuze²⁶, a sociedade exerce, por meio das instituições, controle sobre os corpos, trejeitos, expressões e o desejo. Além disso, essas LGBTQIAPN+fobias podem levar a uma antiprodução, ou seja, quando as formas de produção, de criação, de exaltação à diferença são destruídas ou capturadas pelas grandes instituições como o Estado ou o mercado capitalista, levando os sujeitos à autodestruição e repetição¹⁰.

A antiprodução se concretiza, por exemplo, nas guerras, nas ações sociais que destroem produtos por conta da queda dos preços nos mercados, na morte daqueles destinados a morrer seja por não provisão de recursos, seja por ações ativas do poder que visam à sua destruição, a saber: "preconceitos sexuais e raciais, do alcoolismo, da tóxico-dependência, dos genocídios coloniais, neocoloniais e planetários contemporâneos etc."¹⁰⁽⁴²⁾. Com isso, vale ressaltar que as práticas e discursos LGBTQIAPN+fóbicos podem levar a impactos e à fragilização de suas vítimas, levando-as à autodestruição.

Esses cenários de violências produzem adoecimentos nesse grupo social, cujos integrantes experimentam recusas sucessivas e perseguições por serem quem são. Estudos atestam esse dado^{28,29} ao analisar comparativamente, entre pessoas cisgêneros e heterossexuais, os impactos na saúde mental de pessoas LGBTQIAPN+. Guimarães et al.⁹ ressaltam que o comportamento suicida, em especial, a ideação e a tentativa de suicídio, usualmente, são temas sensíveis e rodeados de estigmas e tabus. Quando abordam especificamente a população LGBTQIAPN+, isso se intensifica, por se tratar de uma população marginalizada socialmente, o que resulta em poucas produções científicas que abordem o tema.

Em uma revisão integrativa com vistas a analisar os impactos dos fatores 'Sexualidade, identidade de gênero e as interferências na saúde mental', Medeiros e Facundes³⁰ colocam, a partir das produções científicas pesquisadas, que parte do impacto na saúde mental desses sujeitos é produzida pela pressão para enquadrá-los em padrões normativos, fazendo as pessoas LGBTQIAPN+ questionarem sua sexualidade ou identidade de gênero, associado ao medo da rejeição familiar, exclusão social, entre outros. Também se observou a LGBTQIAPN+fobia internalizada, que acarreta sintomas como culpa, vergonha, baixa autoestima e insegurança, em que os transtornos de ansiedade e a depressão aparecem como resultado, "nessa relação de poder entre autoaceitação e o tecido social"³⁰⁽⁶⁾.

Araújo³¹ destaca que a violência simbólica por meio do discurso tem o objetivo de negar, insultar, oprimir, inferiorizar o outro e destruí-lo emocionalmente, das formas sutis (insultos, difamações etc.) às mais extremas (perseguição ou até violência física, podendo resultar em morte). Vale ressaltar que essas violências podem levar a mais ocorrência de sintomas como raiva, ansiedade, depressão, estresse pós-traumático, pânico, problemas com consumo de substâncias psicoativas e até suicídio em pessoas LGBTQIAPN+, segundo uma pesquisa exploratória realizada em Portugal, que analisou 46 notícias veiculadas em dois jornais (de 2003 a 2012) sobre crimes e violências contra essas pessoas³¹.

Giusti e Leite⁶ ressaltam que, entre pessoas jovens LGBTQIAPN+, a autolesão não suicida é frequentemente utilizada para suplantar o seu sofrimento, para lidar com os impulsos ou até como autopunição. Todavia, os autores salientam que esse comportamento autodestrutivo, em longo prazo, pode reduzir a aversão ao ato e tornar o sujeito vulnerável ao desenvolvimento de comportamentos mais graves, aumentando o risco para o suicídio consumado⁶. Entre outros impactos possíveis da violência contra pessoas LGBTQIAPN+, Fernandes et al.²⁷ citam o constante encaminhamento à

rede de saúde, para acompanhamento e terapêuticas, principalmente com as profilaxias pós-exposição, nos casos de violência sexual contra esse público.

Estudo transversal de Chinazzo et al.³², que entrevistou 378 pessoas trans, a fim de avaliar as necessidades em saúde apresentadas por esse público e os desafios que enfrentam no acesso aos serviços de saúde, teve como resultado: uma alta prevalência de sintomas depressivos experimentados na semana anterior à pesquisa (67,20%), já ter tido alguma vez ideação suicida (67,72%) e tentativa de suicídio (43,12%) em algum momento da vida. As mesmas questões, como, por exemplo, os impactos na saúde mental, podem ser verificadas nos relatos de participantes do presente estudo, conforme demonstrado nos trechos seguintes:

[...] Foi muito complicado a minha relação com o meu pai até os 34 anos. E hoje, a gente tem uma relação bem próxima, mas com algumas limitações, porque não dá para superar todos os traumas que eu tenho. Faço terapia hoje, porque depois desse episódio [expulsão de casa]. [...] Quando estou muito deprimido, vem a ideação suicida. (O.S. 8, homem cis gay).

Mas desde 2013 que vivo com depressão, então, eu trato a depressão desde 2017, que vou na terapia e tudo mais. (O.S. 3, mulher cis lésbica).

Fui criada na igreja, no catolicismo mesmo. [...] Tenho momentos de crise, eu desenvolvi a síndrome do pânico por causa disso e relacionado também a alguns gatilhos de morte, mas eu nunca cheguei a realizar nenhuma tentativa (de suicídio). [...] No momento que surgiu [a ideação], era um momento que eu me sentia muito excluída pelo grupo de jovens na igreja. (I.G. 3, pessoa não binária).

Acima, são compartilhadas pelas pessoas entrevistadas histórias de exclusão social e familiar, pelas quais se percebe que essas violências fragilizam a constituição da saúde mental dos indivíduos, podendo levar as

peças LGBTQIAPN+ ao suicídio. Um conceito empregado internacionalmente é o de ‘modelo de estresse de minorias’, que, segundo Giusti e Leite⁶, auxiliam na compreensão das desigualdades em saúde enfrentadas pelas pessoas LGBTQIAPN+, entendendo que os estressores que vivem ao longo da vida são específicos e crônicos.

Entre os estressores está ser vítima de alguma das diversas formas de violência LGBTQIAPN+fóbica, bem como da LGBTQIAPN+fobia internalizada, que tem efeitos maleficientes à saúde mental⁶. É ressaltado que ser vítima de discriminação ou opressão relaciona-se com maior número de casos de comportamentos suicidas, e que o uso e abuso de substâncias psicoativas pode estar associado ao estresse de minorias, sendo um modo de enfrentamento, uma estratégia cognitiva e comportamental para processar estresse psicológico ou afetos negativos⁶.

Sobre o suicídio de pessoas LGBTQIAPN+, Barbosa e Medeiros⁷ ainda salientam que o ambiente em que cada indivíduo está influencia em maior grau o risco para as tentativas de suicídio. Foi constatado que um ambiente social mais violento para essa população aumenta o risco de comportamento suicida, bem como, comparativamente, jovens LGBTQIAPN+ têm risco 20% maior de suicídio vivendo em ambientes familiares sem apoio, comparados aos que dispõem de ambiente acolhedor e favorável. Sobre o suicídio, alguns participantes deste estudo disseram o seguinte:

Igual eu falei, por exemplo, essas microagressões, a falta de afeto. Falo muito mais pela perspectiva de ser uma pessoa travesti. Então, essas questões, afeto, e eu não falo nem de afeto romântico, até mesmo outros afetos, amizade ou afeto parental. [...] Então, eu acho que a solidão é um fator bastante precursor de pensamentos suicidas. (I.G. 1, travesti).

Acho que o medo é um sentimento muito presente nessa população. Então... Particularmente, eu nunca tive ideiação suicida, de fato. Mas, desde

que eu me descobri, nesse período, relativamente recente, os pensamentos ansiosos ou preocupações são muito mais recorrentes. [...] Não cheguei a ter ideias em si, mas a preocupação, o medo constante, eu acho que tudo isso nos torna uma população mais vulnerável a essas questões mentais e, em especial, o suicídio. (O.S. 4, mulher cis bissexual).

O que que eu acho [sobre o suicídio]? Acho triste, na verdade. [...] Eu cresci mórmon, é uma religião bem tradicional, e nos Estados Unidos, onde é bem forte esta religião, principalmente lá em Utah, que é onde surgiu, a taxa de suicídio é enorme, de pessoas LGBTQIA+. Então, eu meio que me colocava no lugar delas... Eu só acho triste. [...] Angustiante, talvez. (O.S. 9, homem cis gay).

Nesses discursos, pode-se perceber o quanto cada um é único e específico sobre o tema suicídio. A participante ‘I.G. 1’, por exemplo, destaca a solidão como um fator importante, já o ‘O.S. 4’ enfatiza o medo que esse grupo social sente e com o qual convive. Esses discursos demonstram a aflição quanto ao revelar ou não sua sexualidade e conviver com as possibilidades de rejeição familiar, conforme os estudos analisados^{7,30,33}. O último discurso, de ‘O.S. 9’, enfatiza a experiência de outro país e de um contexto religioso específico, que se faz presente também na realidade brasileira, quando a religião oprime as formas de ser da população LGBTQIAPN+.

Dessarte, Navasconi³⁴ pontua que cada caso precisa ser pensado a partir de sua particularidade e singularidade, pois cada pessoa experimenta e vive o fenômeno do suicídio conforme suas experiências e atravessamentos. Assim, pensando, por exemplo, em um corpo negro, nem todas as pessoas negras que sofrem um episódio de racismo apresentarão algum comportamento suicida, porém, se acontece, é extremamente importante entender que o fenômeno se dá a partir de um cruzamento de vivências e atravessamentos de um meio social, histórico e cultural caracterizado por ser “neoliberal, classista, racista, heteronormativo, etarista, misógino, machista, patriarcal,

capacitista”³⁴⁽¹⁶⁸⁾. É desse contexto sociocultural que se propaga a ideia de uma vida que deve ser produtiva (no sentido da força de trabalho) e que o sujeito deve apreciar isso como a sua própria vida.

Apesar de passarem por violências e adoecimentos, esse grupo social resiste e existe, na afirmação de suas singularidades, pois ser LGBTQIAPN+ é estar em constante distanciamento das lógicas molares — aquelas segmentaridades duras da subjetividade que atravessam os sujeitos e se relacionam à representação, expressão de grandes conjuntos das instituições, Estado e das classes sociais, que ditam os modos de pensar, agir e se expressar, dependendo das máquinas binárias, que trabalham sempre em oposição ou dicotomia, como a classe social (rico e pobre), a geração (jovem e velho), o sexo (homem e mulher), raça/cor (branco e preto), normal/patológica, natureza/cultura, individual/social etc.¹¹. Para isso, é necessário traçar novas linhas de fuga, apontar suas necessidades e possibilidades em saúde.

A respeito das linhas de fuga, Deleuze e Guattari³⁵ dizem que elas são fluxos que se criam em meio aos segmentos duros. Não são uma fuga da realidade em si, mas aquilo que vaza, escapa das máquinas binárias, constituindo o campo social. Assim, constituem novos modos de ser/estar/agir no mundo, a partir das linhas duras. Destarte, é importante realçar que as produções de cuidado em saúde, historicamente, são capturadas pelas lógicas molares e visam à cis-heteronormatividade. Contudo, desde 2011, novas produções de cuidados já estão exemplificadas na PNSI-LGBT²³ e ainda continuam a ser tecidas, considerando as especificidades, a integralidade e a equidade, que devem ser garantidas a esse público. Sobre esse assunto, os participantes do estudo relataram o seguinte:

Eu acredito que o acolhimento seja a principal estratégia pra a gente poder ter uma percepção mais adequada do sujeito, das suas particularidades, compreender um pouco a subjetividade

de vida dessas pessoas. [...] Alguns profissionais de saúde ficam muito enraizado em anamnese e que esquece que as pessoas têm subjetividade. Isso não aparece naquele documento que a pessoa faz para todas as pessoas que chegam ali igualmente. (O.S. 1, homem cis gay).

Acho que os serviços de saúde podem fornecer o básico à saúde da gente. Questões de acesso a hormônio, para os homens trans, acesso a hormônios também, mas acesso à questão de saúde básica sexual. (I.G. 1, travesti).

Tem a assistência psicológica, que deveria ser mais gratuita para quem vive em situações mais conturbadas. [...] Tipo, a pessoa sofreu uma violência doméstica física, aí deveria ser disponibilizado de uma forma gratuita. (O.S. 5, homem cis gay).

Acho que os serviços de saúde, eles podem investir em acolher. Acolher, em que sentido? Por exemplo, quando você vai numa unidade de saúde pra ser atendido, você tem o acolhimento, quando você, por exemplo, precisa fazer um teste de IST. E aí, você tem ali um espaço ético, um espaço decente, um espaço onde você possa conversar sobre o que aconteceu. [...] É neste sentido que os serviços de saúde, eles podem estar atentos à gente. [...] Atentos, porque a gente é exposto a, por exemplo, IST. Porque a gente é exposto à violência física. Porque a gente é exposto à violência psicológica o dia inteiro. (O.S. 7, homem cis gay).

Apesar de a PNSI-LGBT²³ estabelecer diretrizes para a produção de cuidado em saúde, essa população ainda necessita de atenção voltada às suas necessidades em saúde, como acolhimento, saúde sexual, escuta qualificada, conforme os depoimentos citados acima. Em um estudo desenvolvido por Ferreira e Bonan³⁶, no qual entrevistaram profissionais de saúde numa unidade de Estratégia Saúde da Família (ESF), no Piauí, que atende a população LGBTQIAPN+, foi ressaltado na fala dos entrevistados que exercem/produzem um cuidado em saúde ‘igual’ para esse público, não importando a orientação sexual ou a

identidade de gênero, destacando que assim ‘tem dado certo’, o que para os autores não inclui esse público, nem com a implementação da PNSI-LGBT.

Silva et al.³⁷, em um estudo desenvolvido no Paraná onde analisaram a implementação do PNSI-LGBT nos três níveis de atenção à saúde, com 48 pessoas entrevistadas, entre gestores e profissionais de saúde do estado, concluíram haver lacunas na implementação da política, a saber: a dificuldade no acesso ao processo de transição de gênero, bem como acesso desigual aos serviços de saúde (com destaque para os casos de pessoas trans, tendo seu nome social desrespeitado). Contudo, a pesquisa realça a importância dos centros especializados (nesse caso, especificamente, para o processo transexualizador) como uma garantia de atendimento às necessidades em saúde, mas que, em diversos momentos, acabam por atender a demandas comuns que deveriam ser acolhidas nas unidades básicas de saúde³⁷.

Vale frisar que essas práticas de saúde acontecem num modelo biomédico, que é cis-heteronormativo, padronizam a atenção à saúde, sob um processo que Deleuze denomina como ‘repetição’, afastado de práticas que exaltam a ‘diferença’. A respeito do conceito de repetição, Deleuze³⁸, em poucas palavras, afirma que é a redução, em que a ‘representação orgânica’ diz sobre um modo de ser idealizado. A repetição se dá nos modos de ser e estar no mundo, bem como nas práticas e nas ações cotidianas que reproduzem normas e ditames sociais. Já a diferença uma das lógicas que os serviços de saúde poderiam exercer, para Deleuze³⁸, é a multiplicidade, o intempestivo, o inventivo. Em outras palavras, a diferença representa o devir e apresenta sempre novas possibilidades.

Posto isto, ressalta-se que o processo de trabalho em saúde, na lógica da repetição, esteve presente nos depoimentos das entrevistas, destacando os protocolos, por meio das anamneses, como estratégia única de acolhimento. Mas a repetição também é expressa na recusa dos atendimentos e na dificuldade

de acesso aos serviços em saúde, agindo na manutenção das violências e preconceitos na sociedade. Em contrapartida, na diferença como potencialização da vida, é indicado maior acesso ao processo transexualizador, possibilidade de investimento na estratégia de acolhimento humanizado, bem como escuta qualificada, com maior disponibilização de atendimentos com profissionais da psicologia, por exemplo. Assim, oferecer mais dignidade e promover a saúde, sobretudo mental das pessoas LGBTQIAPN, é potencializar, escutar a diferença, o direito à saúde.

Considerações finais

Este estudo explorou os discursos de pessoas LGBTQIAPN+ sobre o suicídio, considerando que os atravessamentos e vivências a que essas pessoas são submetidas numa sociedade de controle, por meio das lógicas molares, podem contribuir para o surgimento do comportamento suicida nesse público. Evidenciou-se, assim como em outras pesquisas já realizadas, que as pessoas LGBTQIAPN+ compreendem o processo de exclusões e violências que muitas vivenciam ao longo da vida como um fator de risco, que pode influenciar fortemente suas percepções de si, seu ser/estar/agir no mundo e a fragilização de sua saúde mental, como um resultado do movimento de antiprodução. Destarte, pessoas LGBTQIAPN+, em seu processo de singularização, traçam linhas de fuga como uma forma de resistir às violências, capturas e processos antiprodutivos.

Outro achado está relacionado aos serviços de saúde, em que foram abordadas estratégias de cuidado, como acolhimento humanizado, escuta qualificada, direito à saúde sexual básica, ampliação do processo transexualizador; e aos serviços de saúde mental, como possibilidades de produção de saúde. Nesse sentido, essas possibilidades indicam um enfrentamento às práticas usuais, homogeneizantes e massivas, caracterizadas pelo conceito de ‘repetição’, dando lugar à

'diferença', possibilitando a expressão da vida, novos agenciamentos sociais, a inventividade e a diversidade, sendo celebrada. A diferença exalta a vida e se entranha nas lógicas molares. Quando não as fundindo, dissolvendo-as, dando lugar ao novo.

Recomenda-se, também, a partir deste estudo, o fomento a mais discussões e a inclusão de conteúdo programático sobre minorias sexuais e de gênero, com interface entre suicídio e saúde mental, nos serviços de saúde e nos currículos dos cursos de graduação de profissionais da saúde, tendo em consideração que não é necessário haver especialistas para acolher e cuidar dessa população. Os profissionais de saúde necessitam de uma

formação constante sobre as especificidades e necessidades da população LGBTQIAPN+, uma vez que esse público está em constante movimento. Também é necessário investir no fortalecimento dos serviços de saúde mental, para abranger as minorias sociais, que apresentam diversas vulnerabilidades sociais e necessidades em saúde.

Colaboradores

Avelar LFD (0009-0003-4327-4108)* e Coqueiro JM (0000-0002-5321-5174)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Silva MJS, Schraiber LB, Mota A. O conceito de saúde na Saúde Coletiva: contribuições a partir da crítica social e histórica da produção científica. *Physis* (Rio J). 2019;29(1):1-19. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290102>
2. World Health Organization. Suicide worldwide in 2019: global health estimates [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [acesso em 2025 jul 14]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>
3. Lima L, Navasconi PVP. Apresentação. In: Lima L, Navasconi PVP, organizadores. (Re)pensando o suicídio: subjetividades, interseccionalidades e saberes pluriepistêmicos. Salvador: EDUFBA; 2022. p. 7-12.
4. Vasconcelos RG. Brasil suicida: notas sobre o passado para uma fotografia do fenômeno suicida no presente. Porto Alegre: Fi; 2023.
5. Ministério da Saúde (BR). DATASUS: Mortalidade – Brasil [Internet]. 2024 [acesso em 2024 set 18]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>
6. Giusti J, Leite RFM. Suicídio e autolesão não suicida. In: Ciasca SV, Hercowitz A, Lopes Junior A, organizadores. Saúde LGBTQIA+: práticas de cuidado transdisciplinar. Santana de Parnaíba: Manole; 2021. p. 1102-1120.
7. Barbosa BRSN, Medeiros RA. Direito, saúde e suicídio: impactos das leis e decisões judiciais na saúde dos jovens LGBT. *Rev Bras Polít Públicas*. 2018;8(3):250-288. DOI: <https://doi.org/10.5102/rbpp.v8i3.5490>
8. Araújo TB. Suicídio, política e sociedade: elementos para uma Suicidologia crítica. In: Lima L, Navasconi PVP, organizadores. (Re)pensando o suicídio: subjetividades, interseccionalidades e saberes pluriepistêmicos. Salvador: EDUFBA; 2022. p. 67-93.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

9. Guimarães CM, Guimarães LD, Ribeiro ML, et al. Ideação suicida e tentativa de suicídio na população LGBTQIA+: uma revisão sistemática [Internet]. In: Klauss J, organizadora. *Psicologia e saúde: pesquisa, aplicações e estudos interdisciplinares*. Vol. 2. 1ª ed. Guarujá: Científica Digital; 2022 [acesso em 2025 jul 14] p. 84-101. Disponível em: <https://downloads.editoracientifica.com.br/articles/220910285.pdf>.
10. Barembliitt GF. *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. 5ª ed. Belo Horizonte: Instituto Félix Guattari; 2012.
11. Deleuze G, Guattari F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia 2*. Vol. 3. 2ª ed. São Paulo: Editora 34; 2012.
12. Albuquerque JCB, Alves RDR. Técnica bola de neve em construção amostral na rede social Instagram [Internet]. In: Congresso de Ciências da Comunicação na Região Centro-Oeste; 2019; Goiânia, Brasil. São Paulo: INTERCOM; 2019 [acesso em 2025 maio 30]. p. 1-15. Disponível em: <https://portalintercom.org.br/anais/centrooeste2019/resumos/R66-0575-1.pdf>
13. *Acontece Arte e Política LGBTQI+; Associação Nacional de Travestis e Transexuais; Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersexos. Mortes e violências contra LGBTQI+ no Brasil: dossiê 2023* [Internet]. Florianópolis: Acontece; 2024 [acesso em 2025 jul 14]. Disponível em: <https://observatoriomorteseviolenaciaslgbtibrasil.org/wp-content/uploads/2024/05/Dossie-de-Mortes-e-Violencias-Contra-LGBTI-no-Brasil-2023-ACONTECE-ANTRA-ABGLT.pdf>
14. Secretaria de Estado de Direitos Humanos (ES); Conselho Estadual para a Promoção da Cidadania e dos Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. *Plano Estadual de Enfrentamento à LGBTQI-fobia e Promoção da Cidadania e dos Direitos Humanos de LGBTQI+ – Plano Estadual LGBTQI+* [Internet]. Vitória (ES): SEDH; 2021 [acesso em 2025 maio 30]. Disponível em: <https://sedh.es.gov.br/Media/Sedh/DOCUMENTOS%202021/Plano%20Estadual%20LGBTI.pdf>
15. Universidade Federal do Espírito Santo. *Ambulatório Multidisciplinar de Diversidade de Gênero* [Internet]. Vitória (ES): Pró-Reitoria de Extensão; [sem data] [acesso em 2025 maio 30]. Disponível em: <https://proex.ufes.br/conteudo/ambulatorio-multidisciplinar-de-diversidade-de-genero>
16. Redação Multimídia ESHOJE. *Vila Velha capacita servidores da saúde para atender população LGBTQI+* [Internet]. 2023 maio 3 [acesso em 2025 maio 30]. Disponível em: <https://eshoje.com.br/geral/saude/2023/05/vila-velha-capacita-servidores-da-saude-para-atender-populacao-lgbt/>
17. Miranda E. *Atendimento inclusivo e de qualidade à população LGBTQI+ de Vila Velha* [Internet]. Espírito Santo: Diário Capixaba; 2023 maio 1 [acesso em 2025 maio 30]. Disponível em: <https://diariocapixaba.com.br/atendimento-inclusivo-e-de-qualidade-a-populacao-lgbt-de-vila-velha/espírito-santo/noticias/>
18. Hemerly D. *Saúde da população LGBTQI+: grupo de trabalho lança questionário para construção da linha de cuidados* [Internet]. Serra, ES: Prefeitura Municipal de Serra; 2023 fev 8 [acesso em 2025 maio 30]. Disponível em: <https://www.serra.es.gov.br/noticias/saude-da-populacao-lgbtqia-grupo-de-trabalho-lanca-questionario-para-construcao-da-linhad-e-cuidados>
19. Amaral A. *Serra agora conta com Ambulatório Municipal de Pessoas Trans* [Internet]. Serra, ES: Prefeitura Municipal de Serra; 2024 julho 22 [acesso em 2025 maio 30]. Disponível em: <https://www.serra.es.gov.br/noticias/serra-agora-counta-com-ambulatorio-municipal-de-pessoas-trans>
20. Nafaguchi T. *A urgência do debate sobre o suicídio das pessoas LGBTQI+: experiência e subjetividade*. REBEH [Internet]. 2019 [acesso em 2025 maio 30];2(1):103-127. Disponível em: <https://revistas.unilab.edu.br/index.php/rebeh/article/view/229/162>.
21. Akotirene C. *Interseccionalidade*. 1ª ed. São Paulo: Sueli Carneiro; 2019.
22. Bezerra MVR, Moreno CA, Prado NMBL, et al. *Política de saúde LGBTQI+ e sua invisibilidade nas publicações em saúde coletiva*. *Saúde debate*. 2019;43(8):305-323. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S822>

23. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
24. Silva DM, Almeida DH. O olhar da enfermagem no contexto do atendimento à saúde da população LGBTQIA+. *Saúde debate*. 2023;47(1);1-12. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-28982023E19071P>
25. Reis AA, Carvalho HR. A atenção primária à saúde no Brasil e a população LGBTI+: uma revisão integrativa. *Saúde debate*. 2023;47(1);1-20. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-28982023E19135P>
26. Deleuze G. *Conversações*. São Paulo: Editora 34; 1992.
27. Fernandes H, Bertini PVR, Hino P, et al. Violência interpessoal contra homossexuais, bissexuais e transgêneros. *Acta Paul Enferm*. 2022;35:1-11. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022A0014866>
28. Melo DS, Silva BL, Mello R. A sintomatologia depressiva entre lésbicas, gays, bissexuais e transexuais: um olhar para a saúde mental. *Rev enferm UERJ*. 2019;27:1-8. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2019.41942>
29. Meyer IH, Russell ST, Hammack PL, et al. Minority stress, distress, and suicide attempts in three cohorts of sexual minority adults: A U.S. probability sample. *PLoS ONE*. 2021;16(3):1-19. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246827>
30. Medeiros LL, Facundes VLD. Sexualidade, identidade de gênero e as interferências na saúde mental. *RSD [Internet]*. 2022 [acesso em 2024 dez 7];11(6):1-9. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/28414>
31. Araujo CD. Os discursos sociais sobre os crimes e a violência perpetrados contra pessoas LGBT nos meios de comunicação. [dissertação na Internet]. Maia: Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento, Universidade da Maia; 2014 [acesso em 2024 dez 7]. 41 p. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.24/308>
32. Chinazzo ÍR, Lobato MIR, Nardi HC, et al. Impacto do estresse de minoria em sintomas depressivos, ideação suicida e tentativa de suicídio em pessoas trans. *Ciênc saúde coletiva (Impr)*. 2021;26(3):5045-5056.
33. Oliveira ET, Vedana KGG. Suicídio e depressão na população LGBT: postagens publicadas em blogs pessoais. *SMAD Rev eletrônica saúde mental álcool drog*. 2020;16(4):32-38. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.168145>
34. Navasconi PVP. Reflexões sobre o fenômeno do suicídio em corpos negros LGTBTTQIA+ marcados para morrer, mas que recusam a ontologia colonial. In: Lima L, Navasconi PVP, organizadores. (Re)pensando o suicídio: subjetividades, interseccionalidades e saberes pluriepistêmicos. Salvador: EDUFBA; 2022. p. 149-172.
35. Deleuze G, Guattari F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Vol. 1. 2ª ed. São Paulo: Editora 34; 2011.
36. Ferreira BO, Bonan C. Vários tons de “não”: relatos de profissionais da Atenção Básica na assistência de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT). *Interface (Botucatu)* 2021;25:1-16. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.200327>
37. Silva ACA, Alcântara, AM, Oliveira DC, et al. Implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI LGBT) no Paraná, Brasil. *Interface (Botucatu)* 2020;24:1-15. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.190568>
38. Deleuze G. *Diferença e Repetição*. São Paulo: Editora 34; 2018.

Recebido em 07/12/2024

Aprovado em 13/07/2025

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Jamilli Silva Santos

Avaliação dos atributos de acesso ao primeiro contato e longitudinalidade na Atenção Primária à Saúde

Evaluation of the attributes first contact access and longitudinality in Primary Health Care

Amanda Karolina Torres Baptista¹, Flávia Martão Flório¹, Luciane Zanin¹

DOI: 10.1590/2358-2898202514610186P

RESUMO Este estudo avaliou os atributos de acesso de primeiro contato e longitudinalidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde do município de Sinop, em Mato Grosso, segundo a visão de 32 médicos(as), 32 enfermeiros(as) e 27 dentistas. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, observacional transversal, cujos dados foram coletados por um questionário sociodemográfico e pelo instrumento PCATool, contendo 9 questões para acesso e 13 para longitudinalidade. Os escores foram padronizados para uma escala com variação de 0 a 10, sendo classificados como satisfatórios os valores $\geq 6,6$. A melhor avaliação foi o atributo da longitudinalidade, com escore médio de 6,8; o atributo acesso de primeiro contato apresentou a pior avaliação, tendo escore médio de 4,4, sem diferenças estatisticamente significativas entre os profissionais ($p > 0,05$). Com isso, conclui-se que há necessidade de repensar tais práticas e promover um ambiente que possibilite mudanças no contexto atual, reduzindo barreiras no acesso e proporcionando um cuidado contínuo.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Continuidade da assistência ao paciente. Acesso aos serviços de saúde. Pessoal da saúde.

ABSTRACT *This study aimed to evaluate the attributes first contact access and longitudinality of care in Primary Health Care in the municipality of Sinop, in Mato Grosso, from the perspective of 32 doctors, 32 nurses and 27 dentists. This is a quantitative, observational, cross-sectional research, whose data were collected using a sociodemographic questionnaire and the Primary Care Assessment instrument (PCATool), containing 9 questions for access and 13 for longitudinality. Score values were standardized to a scale ranging from 0 to 10, with values ≥ 6.6 being classified as overwhelming. The best evaluation was the longitudinality attribute, with an average score of 6.8; the first contact access attribute presented a worse evaluation, with an average score of 4.4, with no statistically significant differences between professionals ($p > 0.05$). Therefore, it is concluded that there is a need to rethink such practices and promote a context that allows changes in the current context, reducing barriers to access and providing continuous care.*

KEYWORDS *Primary Health Care. Continuity of patient care. Health services accessibility. Health personnel.*

¹Faculdade de Odontologia
São Leopoldo Mandic
(FOSLM) - Campinas (SP),
Brasil.
flavia.flório@slmandic.edu.br



Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada para o sistema de saúde e é considerada o primeiro ponto de contato do indivíduo com o serviço. Com o objetivo de ampliar o acesso, melhorar a qualidade dos serviços e reconfigurar a forma de oferecer cuidados de saúde, o Ministério da Saúde (MS) implementou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo essa a principal estratégia para organizar a APS¹⁻⁴.

Segundo Starfield⁵, a APS é definida por quatro atributos essenciais: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção. A garantia do acesso do indivíduo ao sistema de saúde é fundamental para a promoção da saúde, prevenção de doenças e redução da morbimortalidade. Quando o acesso é garantido de forma rápida e efetiva, os problemas de saúde são identificados precocemente. Por outro lado, quando o acesso é dificultado, os indivíduos podem demorar a buscar atendimento, o que pode levar ao agravamento das condições de saúde^{5,6}.

O programa Previne Brasil, instituído pelo Ministério da Saúde em 2019, trouxe novos indicadores para avaliar a efetividade da APS no Brasil, com um foco importante na ampliação do acesso e na qualificação dos serviços. Entre esses indicadores, destacam-se a cobertura de consultas de pré-natal, a taxa de acompanhamento de hipertensos e diabéticos e a cobertura vacinal, que permitem avaliar como a APS está garantindo o acesso e promovendo a saúde da população. Esses indicadores servem como ferramenta de monitoramento e incentivo financeiro, priorizando resultados e ampliando o acesso ao promover cuidados preventivos e contínuos, fundamentais para reduzir a morbidade e a mortalidade evitáveis. Com o uso dos indicadores do Previne Brasil, o governo busca aprimorar o acesso rápido e efetivo aos serviços de APS, fortalecendo o papel das equipes de saúde da família na

detecção precoce e no acompanhamento de doenças crônicas, reforçando a integralidade e a resolutividade do sistema de saúde^{2,7}.

Outro aspecto importante na atenção primária é a longitudinalidade do cuidado, que se refere ao acompanhamento contínuo do paciente por uma equipe de profissionais de saúde. Esse conceito enfatiza a importância de uma fonte regular de cuidado, facilitando a construção de uma relação duradoura entre pacientes e profissionais de saúde. A longitudinalidade está associada a diversos benefícios, incluindo uma melhor comunicação, maior adesão aos cuidados preventivos e uma redução nas taxas de hospitalização e uso de serviços de emergência⁸. Entretanto, esse atributo, muitas vezes, é prejudicado por fatores como a alta rotatividade de profissionais, o que pode comprometer o vínculo das equipes com a comunidade, prejudicando a qualidade da assistência e a satisfação do usuário⁵ e influenciando negativamente o alcance de bons resultados^{2,6,8-11}.

A APS no Brasil enfrenta desafios significativos para se estabelecer como a porta de entrada do sistema de saúde. Em muitos casos, ainda é vista pelos usuários como um serviço complementar focado em procedimentos simples, como a obtenção de medicamentos ou a aferição de pressão arterial, em vez de um ponto de partida integral para a promoção da saúde e prevenção de doenças¹².

Com o objetivo de compreender melhor as dificuldades envolvidas na efetividade da APS, foram desenvolvidos, na década de 1990 e no início dos anos 2000, instrumentos para avaliar a qualidade da APS. O Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool – Primary Care Assessment Tool) apresenta versões autoaplicáveis destinadas a crianças, adultos maiores de 18 anos, profissionais de saúde e coordenadores/gerentes do serviço de saúde. Criado por Cassady et al.¹³ e Shi, Starfield e Xu¹⁴, na Johns Hopkins Primary Care Policy Center (PCPC), o PCATool mede a presença e extensão dos quatro atributos essenciais e dos três atributos derivados da

APS¹⁵. O PCATool foi validado no Brasil e recebeu o nome de Instrumento de Avaliação da Atenção Primária-PCATool-Brasil¹⁶⁻¹⁸.

Estudos indicam que o desempenho da APS no Brasil ainda enfrenta desafios significativos, destacando a necessidade de melhorias contínuas para garantir a efetividade da APS¹⁹. Além disso, apontam que a utilização e a acessibilidade são componentes críticos do acesso de primeiro contato, sendo fatores fortemente ligados à estrutura dos serviços de APS e influenciando diretamente a experiência do usuário^{6,20,21}.

Embora existam estudos de avaliação da APS utilizando o PCATool em diversas regiões do Brasil¹⁹⁻²⁷, estudos que tenham avaliado a visão dos profissionais de saúde sobre os atributos da APS em Sinop-MT ainda não foram realizados. Assim, este trabalho é importante para verificar as possíveis deficiências e as potencialidades do serviço orientando intervenções para minimizar os problemas identificados²⁸.

Assim, o objetivo desta pesquisa foi avaliar os atributos do acesso de primeiro contato e da longitudinalidade em unidades de saúde do município de Sinop-MT, do ponto de vista dos profissionais de saúde.

Material e métodos

Este estudo quantitativo transversal, de caráter censitário, foi realizado no município de Sinop, localizado na região Centro-Oeste do Brasil, no estado de Mato Grosso, com uma população de 196.312 habitantes²⁹. Na época do estudo, em julho de 2023, a rede de saúde do município contava com 24 unidades básicas de saúde, 32 equipes de Estratégia de Saúde da Família (eESF), três equipes de Atenção Primária (eAP) e, ainda, com uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e uma policlínica 24 horas, um hospital regional e 7 centros de especialidades, incluindo médicas, odontológicas, psicossocial, psicossocial infanto-juvenil, referência em hanseníase e tuberculose,

reabilitação e saúde da mulher. As unidades de saúde funcionam das 7h às 11h e das 13h às 17h, de segunda a sexta-feira, com todos os profissionais atuando em uma carga horária de 40 horas semanais, correspondendo a uma cobertura populacional de 100%³⁰.

Este estudo abrangeu todos os 91 profissionais atuantes nas 24 unidades de saúde de Sinop-MT no ano de 2023, incluindo 32 médicos, 32 enfermeiros e 27 cirurgiões-dentistas. Foram excluídos da pesquisa os profissionais com menos de um ano de atuação na APS, pois o tempo de trabalho é considerado um fator importante na construção do vínculo com a população, no conhecimento dos processos organizacionais e na adaptação à rotina da unidade. Também foram excluídos os profissionais ausentes no momento da aplicação do questionário, devido a férias ou atestado médico.

O convite foi, inicialmente, feito aos profissionais durante as reuniões mensais promovidas pela Secretaria Municipal de Saúde, em julho de 2023. Nesse encontro, foram repassadas todas as informações sobre a pesquisa, entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e apresentados os questionários para coleta de dados. Por se tratar de um instrumento autoaplicável, os questionários foram respondidos e recolhidos na própria reunião.

Em um segundo momento, foi realizada uma busca ativa pelos profissionais que não estavam presentes na reunião, nas suas respectivas Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde foi seguido o mesmo protocolo.

Para caracterização dos participantes, foi utilizado questionário contendo sete questões que incluíam dados de identificação do profissional, como formação acadêmica e experiência profissional, onde foram consideradas como variáveis independentes: o sexo (masculino ou feminino); a idade, descrita em anos; o estado civil (casado(a), união estável, solteiro(a), viúvo(a), divorciado(a)); o tempo de formação, descrito em anos; o tempo de trabalho na UBS, descrito em anos; e

a modalidade de ingresso no serviço (concurso, processo seletivo ou prestador de serviço)²⁸.

O acesso de primeiro contato e a longitudinalidade do cuidado foram avaliados utilizando o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária, conhecido como PCATool-Brasil (Primary Care Assessment Tool), versão profissional, validado no Brasil em 2010¹⁴.

O acesso de primeiro contato foi medido por nove questões, enquanto a longitudinalidade foi avaliada por 13 questões. Para o cálculo do escore geral de avaliação da APS, foi realizada a soma de todas as respostas e obtida a média entre os componentes dos atributos³¹.

Os valores dos escores foram padronizados para uma escala variando de 0 a 10, sendo classificado como satisfatório o escore geral $\geq 6,6$ ^{15,31}.

Inicialmente, foram realizadas análises descritivas e exploratórias dos dados³². As variáveis quantitativas foram descritas com médias, desvios-padrão, medianas, valores mínimos e máximos³³. Para as variáveis categóricas, foram utilizadas frequências absolutas e relativas. As comparações entre as diferentes classes de profissionais com relação aos escores dos atributos 'acesso de primeiro contato' e 'longitudinalidade' foram conduzidas empregando análise de variância (ANOVA *one way*). Todas as análises foram realizadas no software R³⁴,

com um nível de significância de 5%³³.

Por se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos, este estudo foi conduzido em conformidade com a Resolução nº 466³⁵, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, bem como com o Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019³⁶, que mantém a regulamentação do Sistema CEP/CONEP para a ética em pesquisa no País. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade proponente, registrado sob o CAEE 70227323.0.000.5374, com o parecer nº 6.135.506.

Resultados

Dos 91 profissionais convidados a participar, oito foram excluídos por tempo de serviço inferior a um ano, e 20 profissionais não estavam presentes no dia da aplicação do questionário por estarem de férias, atestado médico ou por recusaram-se a participar. A amostra final do estudo contou com 63 profissionais, correspondendo a 69,2% da população, sendo 28 médicos, 16 enfermeiros e 19 dentistas.

A análise descritiva das variáveis relativas ao perfil dos profissionais de saúde participantes do estudo está descrita na *tabela 1*.

Tabela 1. Análise descritiva das variáveis de perfil dos profissionais de saúde participantes do estudo (n=63)

Variáveis	Estatística
Profissão	-
Médico, n (%)	28 (44,4%)
Enfermeiro, n (%)	16 (25,4%)
Odontólogo, n (%)	19 (30,2%)
Sexo	-
Feminino, n (%)	47 (74,6%)
Masculino, n (%)	16 (25,4%)
Idade	
Idade média (desvio-padrão), em anos	36,5 (11,0)
Idade mínima e máxima, em anos	23,0-69,0
Estado civil	-

Tabela 1. Análise descritiva das variáveis de perfil dos profissionais de saúde participantes do estudo (n=63)

Variáveis	Estatística
Casado	18 (28,6%)
União estável	24 (38,1%)
Divorciado	6 (9,5%)
Solteiro	15 (23,8%)
Tempo de formação	-
Tempo médio (desvio-padrão), em anos	10,1 (10,8)
Tempo mínimo e máximo, em anos	1,0-46,0
Tempo de trabalho na UBS	-
Tempo médio (desvio-padrão), em anos	6,2 (6,8)
Tempo mínimo e máximo, em anos	1,0-28,0
Modalidade de ingresso	-
Concurso	29 (46,0%)
Prestador de serviço	15 (23,8%)
Processo seletivo	15 (23,8%)
Residência	4 (6,4%)

Fonte: elaboração própria.

A maior parte dos profissionais entrevistados era médico(a) (44,4%), do sexo feminino (74,6%), em união estável (38,1%), na faixa etária entre 26 e 69 anos e tempo médio de atuação na atenção primária de 6,2 anos. Com

relação à modalidade de ingresso no sistema, a maioria era concursada (46,0%).

A análise dos atributos 'acesso de primeiro contato' e 'longitudinalidade' em função da classe profissional está descrita na *tabela 2*.

Tabela 2. Escores dos atributos 'acesso de primeiro contato' e 'longitudinalidade' conforme o instrumento 'Primary Care Assessment Tool, 2021', em função da classe profissional

Atributo	Classe profissional						p-valor
	Médico		Enfermeiro		Odontólogo		
	Média (desvio-padrão)	Mediana (valor mínimo e máximo)	Média (desvio-padrão)	Mediana (valor mínimo e máximo)	Média (desvio-padrão)	Mediana (valor mínimo e máximo)	
Acesso de primeiro contato	4,3 (1,0)	4,1 (3,0-6,7)	4,5 (1,3)	4,3 (2,6-7,1)	4,4 (1,4)	4,4 (1,9-7,0)	0,8670
Longitudinalidade	7,1 (1,2)	7,2 (5,1-9,7)	6,8 (1,2)	6,8 (4,9-9,0)	6,6 (1,3)	6,4 (4,4-9,0)	0,3666

Fonte: elaboração própria.

A melhor avaliação foi o atributo da longitudinalidade, com escore médio de

6,8, sendo, então, considerado satisfatório. O atributo acesso de primeiro contato

apresentou pior avaliação, tendo escore médio de 4,4, sem diferenças estatisticamente significativas entre os profissionais ($p > 0,05$).

Na *tabela 3* está apresentada a análise descritiva das variáveis do atributo 'longitudinalidade'.

Tabela 3. Análise descritiva das variáveis do atributo 'longitudinalidade' conforme o instrumento 'Primary Care Assessment Tool, 2021' (n=63)

Itens	Categorias	Frequência (%)
No serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico/enfermeiro?	Não sei ou não lembro	0 (0,0%)
	Com certeza, não	0 (0,0%)
	Provavelmente, não	8 (12,7%)
	Provavelmente, sim	34 (54,0%)
	Sim	21 (33,3%)
Você consegue entender as perguntas que seus pacientes lhe fazem?	Não sei ou não lembro	0 (0,0%)
	Com certeza, não	0 (0,0%)
	Provavelmente, não	0 (0,0%)
	Provavelmente, sim	13 (20,6%)
	Sim	50 (79,4%)
Seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta a eles?	Não sei ou não lembro	0 (0,0%)
	Com certeza, não	0 (0,0%)
	Provavelmente, não	0 (0,0%)
	Provavelmente, sim	34 (54,0%)
	Sim	29 (46,0%)
Se os pacientes têm uma pergunta, podem telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que os conhece melhor?	Não sei ou não lembro	1 (1,6%)
	Com certeza, não	15 (23,8%)
	Provavelmente, não	26 (41,3%)
	Provavelmente, sim	15 (23,8%)
	Sim	6 (9,5%)
Você dá aos seus pacientes tempo suficiente para falarem sobre as suas preocupações ou problemas?	Não sei ou não lembro	0 (0,0%)
	Com certeza, não	1 (1,6%)
	Provavelmente, não	1 (1,6%)
	Provavelmente, sim	19 (30,2%)
	Sim	42 (66,7%)
Você acha que seus pacientes se sentem confortáveis ao lhe contar suas preocupações ou problemas?	Não sei ou não lembro	0 (0,0%)
	Com certeza, não	0 (0,0%)
	Provavelmente, não	0 (0,0%)
	Provavelmente, sim	22 (34,9%)
	Sim	41 (65,1%)
Você conhece mais seus pacientes como pessoas do que somente como alguém com um problema de saúde?	Não sei ou não lembro	1 (1,6%)
	Com certeza, não	1 (1,6%)
	Provavelmente, não	9 (14,3%)
	Provavelmente, sim	28 (44,4%)
	Sim	24 (38,1%)

Tabela 3. Análise descritiva das variáveis do atributo 'longitudinalidade' conforme o instrumento 'Primary Care Assessment Tool, 2021' (n=63)

Itens	Categorias	Frequência (%)
Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes?	Não sei ou não lembro	1 (1,6%)
	Com certeza, não	15 (23,8%)
	Provavelmente, não	26 (41,3%)
	Provavelmente, sim	16 (25,4%)
	Sim	5 (7,9%)
Você entende quais problemas são os mais importantes para os pacientes que você atende?	Não sei ou não lembro	1 (1,6%)
	Com certeza, não	2 (3,2%)
	Provavelmente, não	2 (3,2%)
	Provavelmente, sim	33 (52,4%)
	Sim	25 (39,7%)
Você conhece o histórico de saúde completo de cada paciente?	Não sei ou não lembro	0 (0,0%)
	Com certeza, não	6 (6,5%)
	Provavelmente, não	16 (25,4%)
	Provavelmente, sim	32 (50,8%)
	Sim	9 (14,3%)
Você sabe qual é o trabalho ou emprego de cada paciente?	Não sei ou não lembro	0 (0,0%)
	Com certeza, não	11 (17,5%)
	Provavelmente, não	23 (36,5%)
	Provavelmente, sim	23 (36,5%)
	Sim	6 (9,5%)
Você teria conhecimento caso seus pacientes não conseguissem as medicações prescritas ou tivessem dificuldades de pagar por elas?	Não sei ou não lembro	1 (1,6%)
	Com certeza, não	1 (1,6%)
	Provavelmente, não	9 (14,3%)
	Provavelmente, sim	30 (47,6%)
	Sim	22 (24,9%)
Você sabe todos os medicamentos que seus pacientes estão tomando?	Não sei ou não lembro	0 (0,0%)
	Com certeza, não	4 (6,4%)
	Provavelmente, não	10 (15,9%)
	Provavelmente, sim	31 (49,2%)
	Sim	18 (28,6%)

Fonte: elaboração própria.

Com relação à longitudinalidade, 33,3% dos profissionais afirmaram que os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico, enfermeiro ou dentista. A maioria, 79,4%, relatou que entende as perguntas dos pacientes, enquanto 46,0% acreditam que os pacientes compreendem o que é dito. Além disso, 66,7% afirmam dar tempo suficiente para os pacientes expressarem suas

preocupações, e 65,1% acreditam que os pacientes se sentem à vontade para compartilhar questões. Apenas 14,3% conhecem o histórico de saúde completo dos pacientes, e 28,6% sabem todos os medicamentos que eles estão tomando.

Na *tabela 4* estão apresentados os resultados da análise descritiva das variáveis do atributo 'acesso de primeiro contato'.

Tabela 4. Análise descritiva das variáveis do atributo 'acesso de primeiro contato' conforme o instrumento 'Primary Care Assessment Tool, 2021' (n=63)

Itens	Categorias	Frequência (%)
O Serviço de saúde está aberto sábado ou domingo?	Não sei ou não lembro	0 (0,0%)
	Com certeza, não	44 (69,8%)
	Provavelmente, não	12 (19,0%)
	Provavelmente, sim	5 (7,9%)
	Sim	2 (3,2%)
O Serviço de saúde está aberto, pelo menos em alguns dias da semana, até as 20hs?	Não sei ou não lembro	1 (1,6%)
	Com certeza, não	32 (50,8%)
	Provavelmente, não	8 (12,7%)
	Provavelmente, sim	8 (12,7%)
	Sim	14 (22,2%)
Quando o serviço de saúde está aberto e algum paciente adoecer, alguém o atende no mesmo dia?	Não sei ou não lembro	1 (1,6%)
	Com certeza, não	1 (1,6%)
	Provavelmente, não	0 (0,0%)
	Provavelmente, sim	22 (34,9%)
	Sim	39 (61,9%)
Quando o serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone quando julgam ser necessário?	Não sei ou não lembro	0 (0,0%)
	Com certeza, não	5 (7,9%)
	Provavelmente, não	14 (22,2%)
	Provavelmente, sim	33 (52,4%)
	Sim	11 (17,5%)
Quando o serviço de saúde está fechado, existe algum número de telefone para o qual os pacientes possam ligar quando adoecem?	Não sei ou não lembro	3 (4,8%)
	Com certeza, não	36 (57,1%)
	Provavelmente, não	15 (23,8%)
	Provavelmente, sim	6 (6,5%)
	Sim	3 (4,8%)
Quando o serviço de saúde está fechado aos sábados e domingos e algum paciente fica doente, alguém do serviço o atende no mesmo dia?	Não sei ou não lembro	2 (3,2%)
	Com certeza, não	42 (66,7%)
	Provavelmente, não	13 (20,6%)
	Provavelmente, sim	3 (4,8%)
	Sim	3 (4,8%)
Quando o serviço está fechado à noite e algum paciente fica doente, alguém do serviço o atende naquela noite?	Não sei ou não lembro	2 (3,2%)
	Com certeza, não	47 (74,6%)
	Provavelmente, não	9 (14,3%)
	Provavelmente, sim	3 (4,8%)
	Sim	2 (3,2%)
É fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde (consulta de rotina, check-up) no seu serviço de saúde?	Não sei ou não lembro	0 (0,0%)
	Com certeza, não	2 (3,2%)
	Provavelmente, não	3 (4,8%)
	Provavelmente, sim	11 (17,5%)
	Sim	47 (74,6%)

Tabela 4. Análise descritiva das variáveis do atributo 'acesso de primeiro contato' conforme o instrumento 'Primary Care Assessment Tool, 2021' (n=63)

Itens	Categorias	Frequência (%)
Em média, os pacientes têm de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou pelo enfermeiro (sem contar a triagem ou o acolhimento)?	Não sei ou não lembro	0 (0,0%)
	Com certeza, não	12 (19,0%)
	Provavelmente, não	33 (52,4%)
	Provavelmente, sim	11 (17,5%)
	Sim	7 (11,1%)

Fonte: elaboração própria.

A análise do acesso de primeiro contato mostrou que 69,8% dos profissionais informaram que os serviços de saúde não funcionam aos sábados e domingos, e 50,8% não estão abertos até as 20h em alguns dias da semana. Apesar disso, 61,9% disseram que atendem os pacientes no mesmo dia quando o serviço está aberto. Apenas 17,5% oferecem assistência rápida por telefone, e 57,1% indicaram a falta de um número de telefone para contato fora do horário de funcionamento. Além disso, 66,7% relataram ausência de atendimento no mesmo dia nos finais de semana e 74,6% à noite. No entanto, 74,6% consideram fácil para os pacientes agendarem consultas de rotina.

Discussão

Na avaliação dos atributos da atenção primária em Sinop-MT, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre as categorias profissionais para ambos os atributos, o que sugere uma percepção relativamente uniforme sobre esses aspectos da APS entre médicos, enfermeiros e odontólogos. Os profissionais de saúde consideraram o atributo de acesso de primeiro contato como insatisfatório, e o atributo de longitudinalidade foi melhor avaliado, sendo considerado satisfatório.

O atributo acesso de primeiro contato verifica a disponibilidade e o funcionamento dos serviços quanto aos seus horários, à existência

de canais de comunicação, além da facilidade para o usuário conseguir consulta e do tempo de espera^{28,37}.

O acesso de primeiro contato foi avaliado pelos profissionais como insatisfatório, mostrando deficiências relacionadas a alguns aspectos que compõem esse atributo, como horários de funcionamento reduzidos e ausência de serviço telefônico. Tais achados estão de acordo com a literatura^{19-27,38-41}, na qual a acessibilidade é apresentada como o atributo com maior avaliação negativa na visão dos profissionais de saúde²⁵, refletindo uma dificuldade comum a ser enfrentada na APS no Brasil.

Diante do cenário desafiador, caracterizado pela alta demanda e por agendas sobrecarregadas, o modelo de Acesso Avançado surge como uma estratégia para ampliar o acesso aos serviços de saúde³³. Esse modelo organiza os serviços de maneira que as pessoas possam buscar atendimento nas UBS para qualquer tipo de problema de saúde, seja urgência, atendimento de rotina ou preventivo, e sejam atendidas no mesmo dia ou em até 48 horas^{6,33}. Essa abordagem favorece a continuidade do cuidado, reduz as faltas e contribui significativamente para a diminuição das filas de espera³³.

O modelo de Acesso Avançado busca minimizar o descompasso entre a oferta e a procura dos serviços de saúde, adotando uma abordagem distinta dos sistemas tradicionais de agendamento. Diferentemente

destes, que frequentemente postergam parte das demandas para datas futuras, o Acesso Avançado prioriza resolver as necessidades no momento presente, garantindo, ao mesmo tempo, a preservação da capacidade de atendimento para os dias seguintes. Contudo, ainda há uma escassez de pesquisas nacionais que analisem a efetividade desse modelo e seu impacto na ampliação do acesso à APS³³.

Com a finalidade de entender quais são os pontos que poderiam contribuir para essa avaliação negativa do atributo de acesso por parte dos profissionais, cada componente foi avaliado separadamente. Foi observado que os profissionais relataram não haver serviços disponíveis no período noturno nem nos finais de semana, mesmo quando há necessidade de urgência.

A ampliação do horário de atendimento e a contratação de mais profissionais são estratégias sugeridas para melhorar a acessibilidade e reduzir a superlotação em outros pontos de atenção³⁷.

Diante disso e compreendendo que o MS do Brasil tem, cada vez mais, priorizado a execução de gestão pública com base em esforços empreendidos na implementação de iniciativas que reconheçam a excelência da saúde ofertada à população brasileira, foi lançado o programa Saúde na Hora^{42,43}. A estratégia tem como objetivo principal ampliar o acesso dos usuários às ações e aos serviços ofertados pela APS, porém, vai além e também prevê estender o horário de funcionamento das UBS, ampliando o número de usuários nas ações e nos serviços promovidos nesses espaços, reduzindo, assim, o volume de atendimentos de usuários em UPA e emergências hospitalares^{15,42}.

Essas medidas poderiam não apenas aumentar a capacidade de atendimento das unidades de saúde, mas, também, melhorar a qualidade do serviço prestado, tornando a APS uma verdadeira porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, a ampliação dos horários de atendimento

deve ser abordada com uma visão gerencial que considere vários aspectos, tais quais: a viabilidade financeira, a satisfação dos profissionais, a demanda da população e o impacto na qualidade do atendimento^{2,16,44}.

A baixa disponibilidade de aconselhamento telefônico rápido e a ausência de um número de contato para emergências fora do horário de funcionamento configuram-se como pontos críticos a serem considerados para a melhoria do acesso, conforme evidenciado em estudos realizados em Alfenas e Passos, municípios de Minas Gerais^{45,46}. Uma possível solução seria a implantação de teleconsultas, estratégia que tem sido cada vez mais incorporada ao processo de trabalho da APS, especialmente após a pandemia de covid-19. Pensada para aproveitar a tecnologia em benefício dos profissionais, a teleconsulta trouxe inúmeras vantagens aos serviços de saúde, contribuindo para a ampliação do acesso e melhorando tanto a acessibilidade geográfica quanto a organizacional dos serviços^{28,47}.

Porém, no município de Sinop-MT, assim como na maior parte do Brasil, a atenção básica não tem como rotina a utilização de serviços telefônicos para que o usuário entre em contato com o serviço e receba assistência²⁴. Os mesmos resultados foram evidenciados em outros estudos^{20,37}.

Adicionalmente, a investigação conduzida por Oliveira et al.⁴⁸ reforça a existência de uma estrutura inadequada e a falta de integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde, fatores que contribuem substancialmente para a precariedade do acesso, uma vez que a integração das redes de atenção é necessária para garantir a efetividade na prestação de serviços de saúde. O uso adequado e o preenchimento correto dos prontuários clínicos eletrônicos, que, no caso de Sinop, é o e-SUS, auxiliariam na comunicação entre os níveis de atenção, reduzindo as dificuldades enfrentadas pela população^{49,50}.

A facilidade observada na marcação de consultas de rotina nas UBS de Sinop-MT

apresenta-se como um aspecto positivo, sugerindo um avanço na organização dos serviços de saúde. Esse progresso pode estar associado às melhorias nas plataformas de agendamento, conforme discutido por Bispo et al.³⁷, que enfatizam a importância da modernização dos sistemas de agendamento para aprimorar o acesso aos serviços de saúde.

No que se refere à avaliação do atributo da longitudinalidade, que aborda questões sobre o vínculo entre profissional e paciente, as características da comunicação, o conhecimento acerca da condição de saúde e social do paciente e se este é sempre atendido pelo mesmo profissional, o presente estudo apresentou-se satisfatório, com média de 6,8, porém, com espaço para aperfeiçoamento. O resultado é semelhante ao de estudos realizados em Goiás e Pará^{24,25,28,50,51}.

Também com intenção de compreender pontos críticos que necessitam de melhorias, cada item foi observado individualmente. Verificou-se que os profissionais relataram que a falta de serviços telefônicos afeta não apenas a acessibilidade, mas, também, a continuidade do cuidado, uma vez que poucos profissionais retrataram que os pacientes conseguem falar com o profissional que os conhece melhor por telefone, o que é evidenciado em outros estudos⁴⁶. Porém, como visto anteriormente, a APS do Brasil, assim como em Sinop-MT, não tem como rotina a utilização de serviços telefônicos para que o usuário entre em contato com o serviço e receba assistência através desse meio²⁸.

Outro ponto observado foi a baixa porcentagem de profissionais que demonstraram conhecer a vida pessoal de seus pacientes, como com quem eles moram ou onde trabalham, evidenciando um vínculo enfraquecido, conforme também é relatado no estudo de Rolim et al.²⁴. Evidência questionável, uma vez que 32 das 35 equipes avaliadas fazem parte da estratégia de saúde da família, devendo, assim, ter um contato mais próximo com seus pacientes em decorrência de atendê-los em consultas subseqüentes,

de discutir os casos em reunião de equipe, ter contato com esses pacientes em grupos e atividades coletivas promovidas na UBS, realizar visitas domiciliares, devendo, dessa forma, estabelecer vínculos como seres humanos, e não apenas a partir da relação profissional-paciente^{17,41}.

A longitudinalidade favorece a construção de um vínculo sólido entre os profissionais de saúde e a população, possibilitando uma relação de cooperação mútua. Dessa forma, o serviço de saúde passa a atuar como referência reguladora do cuidado, sendo reconhecido pela comunidade ao longo do tempo. Esse vínculo promove um conhecimento mais aprofundado das necessidades e dos problemas dos usuários, fortalecendo a aproximação, a confiança e, conseqüentemente, a capacidade de resolver tais questões de maneira mais efetiva⁵².

Um dos possíveis fatores que agravam esse enfraquecimento no vínculo, evidenciado no estudo, além da estrutura inadequada, é a alta rotatividade dos profissionais, que pode prejudicar a continuidade do cuidado, afetar o acolhimento, o conhecimento das necessidades de saúde e a construção de relações de confiança, elementos essenciais para a qualidade do cuidado^{37,46,53}.

Esses fatos podem ser observados no município de Sinop, onde a contratação de profissionais ocorre por meio de processo seletivo, com tempo de contrato de 6 meses e possível renovação por mais 6 meses. Essa característica de contratação, em que não há vínculo empregatício, desfavorece o acompanhamento longitudinal do serviço assistencial, e a relação do profissional com o usuário e do profissional com os demais membros da equipe fica fragilizada²⁶.

Estratégias para melhorar a estabilidade da equipe de saúde e a implementação de ferramentas de comunicação mais eficientes podem ajudar a superar as barreiras atuais e melhorar o atendimento ao usuário. Além do mais, uma longitudinalidade satisfatória está alinhada com a evidência de que pode

levar a melhores resultados em termos de gestão de condições crônicas e adesão ao tratamento^{24,54}.

Não foram encontradas diferenças significativas entre as categorias profissionais avaliadas, diferentemente do que foi evidenciado por Rolim et al.²⁴, que observaram avaliações significativamente menores na percepção dos dentistas nos atributos acessibilidade e longitudinalidade. Tal avaliação possui implicações importantes para a orientação da APS, pois o não conhecimento ou a não aproximação dos problemas de saúde da população e dos serviços por essa classe profissional se evidencia. Fato também percebido em Sinop, onde, até o momento da coleta de dados, os prontuários odontológicos ficavam separados dos prontuários médicos e de enfermagem, e as consultas eram agendadas diretamente com o auxiliar de saúde bucal, e não com a recepção, como é feito com o restante da equipe. Isso se coloca como desafio a ser superado para estabelecer uma relação de proximidade e conhecimento das demandas dos serviços.

Diante de tais achados, observa-se que a garantia da acessibilidade na APS é importante também para o alcance da longitudinalidade do cuidado. Os aspectos negativos da avaliação da acessibilidade podem contribuir para piores avaliações dos aspectos da longitudinalidade.

Este estudo apresenta algumas limitações em decorrência do seu caráter transversal, que não permite inferir a causalidade entre os aspectos observados no processo de trabalho. Além disso, sugerem-se novos estudos que abordem, também, as experiências dos usuários.

Como potencialidade, pode-se citar o uso o instrumento PCATool-BR, ferramenta que permite a avaliação dos atributos separadamente, possibilitando um aprofundamento das reflexões dentro de cada atributo avaliado.

Considerações finais

A melhoria do acesso de primeiro contato é fundamental para que a APS cumpra seu papel como porta de entrada do sistema de saúde e ponto de partida para os outros níveis de atenção, e não sirva apenas para realização de procedimentos simples, dessa forma, auxiliando na ampliação da longitudinalidade e na redução de internações hospitalares desnecessárias.

Para que a APS cumpra seu papel como porta de entrada do sistema de saúde, é necessário ir além da ampliação do horário de funcionamento e da oferta de atendimentos nos finais de semana. A instalação de telefones para facilitar a comunicação também é importante. Para favorecer o acesso, devem ser criadas condições que permitam uma melhor execução do trabalho pela equipe de saúde, incluindo: capacitação adequada dos profissionais, dimensionamento correto da equipe, remuneração condizente com a jornada de trabalho, implantação de protocolos para ampliar o acesso, organização da programação dos serviços e disponibilização de insumos necessários.

É fundamental que essas ações sejam realizadas em parceria com as comunidades, buscando atender às necessidades dos usuários e aprimorar a utilização dos serviços. Um esforço coordenado é necessário para superar as limitações atuais e promover um sistema de saúde mais acessível, contínuo e centrado no paciente.

Colaboradoras

Baptista AKT (0000-0001-9763-7152)*, Flório FM (0000-0001-7742-0255)* e Zanin L (0000-0003-0218-9313)*contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. 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). Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2017 set 22 [acesso em 2022 dez 18]; Edição 183; Seção 1:68. Disponível em: https://abennacional.org.br/wp-content/uploads/2024/06/PNAB_portaria_2436-setembro_2017.pdf
2. Cavalcanti PCS, Oliveira Neto AV, Sousa MF. Quais são os desafios para a qualificação da Atenção Básica na visão dos gestores municipais? Saúde debate. 2015;39(105):323-336. DOI: <https://www.doi.org.com/10.1590/0103-110420151050002003>
3. Fragelli TBO. Análise das competências profissionais no núcleo de apoio à saúde da família [tese na Internet]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2013. [acesso em 2025 maio 28]. 176 p. Disponível em: <https://pt.slideshare.net/slideshow/2013-thas-branquinholiveirafragelli/41730500#30>
4. Raizaro AP. Avaliação do grau de afiliação dos usuários aos serviços de atenção primária em Ribeirão Preto [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2022. 83 p. DOI: <https://doi.org/10.11606/D.17.2022.tde-10042023-131947>
5. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia [Internet]. Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde; 2002 [acesso em 2022 dez 12]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>
6. Oliveira LGF. Acesso à saúde: desafios, perspectivas, soluções e oportunidades na atenção primária à saúde. São Carlos: Pedro & João Editores; 2023. 200 p. DOI: <https://doi.org/10.51795/9786526505793>
7. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. Manual instrutivo do financiamento do APS [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021 [acesso em 2024 nov 5]. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20210617_N_vpManualInstrutivoPrevine_8735032256307120348.pdf
8. Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro Ciênc saúde coletiva. 2011;16(supl1):1029-42. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700036>
9. Carneiro JLS. O cuidado do idoso na atenção primária sob o olhar da autonomia: um estudo em bairro central da cidade de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2020. 187 p. DOI: <https://doi.org/10.11606/D.5.2020.tde-11022021-124041>
10. Scherbaty D. A longitudinalidade do cuidado em equipes da estratégia saúde da família que implementaram o acesso avançado [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2022. 97 p. DOI: <https://doi.org/10.11606/D.7.2022.tde-30102024-171231>
11. Giovani MSP, Vieira CM. Longitudinalidade do cuidado diante da rotatividade de profissionais na Estratégia Saúde da Família. Recis [Internet]. 2013 [acesso em 2024 nov 5];7(4). Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/572/1213>
12. Nascimento AC, Moysés ST, Werneck RI, et al. Assessment of public oral healthcare services in Curitiba, Brazil: a cross-sectional study using the Primary Care Assessment Tool (PCATool). BMJ Open. 2019;9(1):e023283. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023283>
13. Cassidy CE, Starfield B, Hurtado MP, et al. Measuring consumer experiences with primary care. Pediatrics. 2000;105(4):998-1003. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.105.S3.998>
14. Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the adult primary care assessment tool. J Fam Pract [Internet]. 2001 [acesso em 2022 nov 2];50(2):161-64. Disponível em:

<https://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/PCAT%20pubs/Shi%202001.pdf>

15. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool PCATool-Brasil [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010 [acesso em 2023 jan 5]. 82 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avalicao_pcatool_brasil.pdf
16. Martins JS, Abreu SCC, Quevedo MP, et al. Estudo comparativo entre Unidades de Saúde com e sem Estratégia Saúde da Família por meio do PCATool. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2016;11(38):1-13. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1252](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1252)
17. Lima SCS. Orientação familiar e comunitária na estratégia saúde da família da regional norte de Teresina/PI: avaliação a partir do usuário adulto [dissertação na Internet]. Fortaleza: Rede Nordeste em Saúde da Família, Universidade Federal do Ceará; 2014 [acesso em 2025 maio 31]. 69 p. Disponível em: <https://repositorio.renasf.fiocruz.br/teses-e-dissertacoes/orientacao-familiar-e-comunitaria-na-estrategia-saude-da-familia-na-regional-norte-de-teresina-pi-avaliacao-a-partir-do-usuario-adulto/>
18. Freitas CGM, Silva TCL, Gomes NPCP. Avaliação da rede de atenção primária do município de Recife – PE sob a ótica de um grupo de usuários. *RAS*. 2021;19(67):314-28. DOI: <https://doi.org/10.13037/ras.vol19n677566>
19. Machado GA, Dias BM, Silva JJ, et al. Avaliação de atributos da Atenção Primária à Saúde: a perspectiva dos profissionais. *Acta Paul Enferm*. 2021;34:eAPE00973. DOI: <http://doi.org/10.37689/acta-ape/2021A000973>
20. Alves ADN, Coura AS, França ISX, et al. Access of first contact in the primary health care: an evaluation by the male population. *Rev Bras Epidemiol*. 2020;23:e200072. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200072>
21. Pinto ESG, Scatolin BE, Beralto AA, et al. O agente comunitário de saúde na detecção de casos de tuberculose. *Ciênc Cuid Saúde*. 2014;13(3):519-26. DOI: <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v13i3.20926>
22. Gomes MFP. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde na estratégia saúde da família das comissões intergestores regionais de Alto Capivari e Alta Sorocabana-SP [tese na Internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2016. [acesso em 2025 maio 31]. 236 p. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-10092017-151726/>
23. Gomes MFP, Fracolli LA. Avaliação da estratégia saúde da família sob a ótica dos profissionais. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2018;31(3):1-13. DOI: <https://doi.org/10.5020/18061230.2018.7108>
24. Rolim LB, Monteiro JG, Meyer APGFV, et al. Evaluation of Primary Health Care attributes of Fortaleza city, Ceará State, Brazil. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(1):19-26. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0033>
25. 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>
26. Costa APB, Guerra MR, Leite ICG. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde sob a ótica dos profissionais médicos. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2022;17(44):3085. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc17\(44\)3085](https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)3085)
27. Bomfim RA, Leite HQNC, Zafalon EJ, et al. Attributes of primary health care in Mato Grosso do Sul state: PCAT-Brazil paired for users and health professionals, 2018. *BMC Health Serv Res*. 2022;22(972). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08363-x>
28. Abrantes RS, Monteiro DLA, Luz APRG, et al. Assessment of Primary Health Care Attributes in Campina Grande, Paraíba, Brazil. *Rev Bras En-*

- ferm. 2020;73(sup15):e20200128. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0128>
29. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2022: população e domicílios: primeiros resultados [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2023 [acesso em 2024 maio 10]. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>
30. e-Gestor Atenção Básica: Informação e Gestão da Atenção Básica – Relatório Histórico de cobertura da APS [Internet]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde; [data desconhecida] [acesso em 2023 nov 29]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relCoberturaAPS-Cadastro.xhtml>
31. Tesser CD, Norman AH, Vidal TB. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. *Saúde debate*. 2018;42(esp1):361-78. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S125>
32. Liporaci ER. Saúde bucal e qualidade de vida em atletas com deficiência física de membros superiores e inferiores [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2023. 76 p. DOI: <https://doi.org/10.11606/D.23.2023.tde-13062024-114636>
33. Cirino FMSB, Schneider Filho DA, Nichiata LYI, et al. O acesso avançado como estratégia de organização da agenda e de ampliação do acesso em uma unidade básica de saúde de estratégia saúde da família, município de Diadema, São Paulo. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2020;15(42):2111. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(2\)2111](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(2)2111)
34. R: The R Project for Statistical Computing [Internet]. Version 4.0.4. [sem local]: The R foundation. 2021 Feb 15 [acesso em 2025 jan 15]. Disponível em: <https://www.R-project.org>
35. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2013 jun 13; Seção I:59.
36. Presidência da República (BR). Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019. Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. *Diário Oficial da União [Internet]*, Brasília, DF. 2019 abr 11 [acesso em 2025 jan 5]; Edição extra 70-A; Seção 1:5-6. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=11/04/2019&jornal=600&pagina=5&totalArquivos=17>
37. Bispo GMB, Rodrigues EMD, Carvalho ACO, et al. Assessment of access to first contact in the perspective of professionals. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(3):e20180863. DOI: <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0863>
38. Vitoria AM, Harzheim E, Takeda SP, et al. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013;8(29):285-93. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)832](https://doi.org/10.5712/rbmfc8(29)832)
39. Lima EFA, Sousa AI, Leite FMC, et al. Avaliação da Estratégia Saúde da Família na Perspectiva dos Profissionais de Saúde. *Esc Anna Nery*. 2016;20(2):275-80. DOI: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160037>
40. Batista VCL, Ribeiro LCC, Ribeiro CDAL, et al. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde segundo os profissionais de saúde da família. *SANARE [Internet]*. 2016 [acesso em 2024 jun 26];15(2). Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1042>
41. Martins JS, Abreu SCC, Quevedo MP, et al. Estudo comparativo entre Unidades de Saúde com e sem Estratégia Saúde da Família por meio do PCATool. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2016;11(38):1-13. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1252](https://doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1252)
42. Sampaio CAB. Programa Saúde na Hora: análise do perfil do usuário que acessa a atenção primária à saúde, no horário estendido, por região do Brasil [dissertação na Internet]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2022 [acesso em 2025 jun 4]. 95 p. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/46239>

43. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Documento síntese para avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.
44. Kasper M, Fortuna CM, Monceau G. A atenção primária à saúde com o programa saúde na hora (Brasil) e com a Maison de Santé (França): atenção integral à saúde? In: Anais do 2º Congresso Luso-Brasileiro de Atenção Integral à Saúde (on-line); 2022 dez 10-11; Triunfo, PE. Triunfo, PE: Omnis Scientia; 2022. p. 58-61. DOI: <https://www.doi.org.com/10.47094/978-65-5854-979-6>
45. Silva SA, Nogueira DA, Paraizo CMS, et al. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: visão dos profissionais de saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(esp):126-32. DOI: <http://doi.org/10.1590/S0080-623420140000600018>
46. Ferreira VD, Oliveira JM, Maia MAC, et al. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em um Município Mineiro. *Esc Anna Nery*. 2016;20(4). DOI: <http://doi.org/10.5935/1414-8145.20160104>
47. Zluhlun LS, Amadigi FR, Machado RR, et al. Percepção dos enfermeiros sobre teleconsulta de enfermagem na atenção primária. *Texto Contexto Enferm*. 2023;32:e20220217. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0217pt>
48. Oliveira KNS, Santos YCS, Pinto AGA, et al. Instrumentos para avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. *Meta: Avaliação*. 2023;15(46):194-213. DOI: <http://doi.org/10.22347/2175-2753v15i46.3875>
49. Bastos EPB, Pinto LF. Avaliação do vínculo longitudinal com o usuário e sua relação com a residência em medicina de família e comunidade em uma área do município do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2024;29:e04002024. DOI: <http://doi.org/10.1590/1413-812320242911.04002024>
50. Gonçalves JPP, Batista LR, Carvalho LM, et al. Pron-tuário eletrônico: uma ferramenta que pode contribuir para a integração das Redes de Atenção à Saúde. *Saúde debate* [Internet]. 2013 [acesso em 2024 nov 5];37(96):43-50. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/xLMq3HyhgqNwhX6y3jppNff/#>
51. Figueira MCS, Silva WP, Marques D, et al. Atributos da atenção primária na saúde fluvial pela ótica de usuários ribeirinhos. *Saúde debate*. 2020;44(125):491-503. DOI: <http://doi.org/10.1590/0103-1104202012516>
52. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família [Internet]. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012 [acesso em 2024 abr 10]. Disponível em: https://bvs-ms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf
53. Martins P. Análise do processo de trabalho das equipes de saúde bucal na microrregião de Sobral e sua relação com os atributos da atenção primária à saúde [dissertação na Internet]. Sobral: Universidade Federal do Ceará; 2012 [acesso em 2025 jun 4]. 183 p. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/29140>
54. Silva IC. Percepção do acesso avançado em uma estratégia de saúde da família do norte do Rio Grande do Sul [monografia na Internet]. Passo Fundo: Universidade Federal da Fronteira Sul; 2021 [acesso em 2025 jun 4]. 90 p. Disponível em: <https://rd.uffs.edu.br/handle/prefix/4457>

Recebido em 21/01/2025

Aprovado em 07/03/2025

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Jamilli Silva Santos

A Política de Enfrentamento da Violência contra as Mulheres: diálogos a partir dos Caps

The Policy for Combating Violence against Women: Dialogues from CAPS

Edna Mara Mendonça¹, Paula Dias Bevilacqua¹

DOI: 10.1590/2358-2898202514610192P

RESUMO Objetivou-se discutir a interface entre Política de saúde mental, álcool e outras drogas e a Política de Enfrentamento da Violência contra as Mulheres a partir de seus desdobramentos no trabalho em rede via Centros de Atenção Psicossocial. O campo da pesquisa foi um município de médio porte de Minas Gerais. Foram realizadas 18 entrevistas semiestruturadas com gestores da Rede de Atenção Psicossocial e profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial. Observou-se que a violência repercute na saúde mental das mulheres, demandando ações que devem ser incorporadas pelo campo da saúde. Há o conhecimento superficial sobre a finalidade da notificação da violência e o desconhecimento sobre os serviços voltados para a proteção e garantia de direitos. Assim, o diálogo entre as políticas é frágil, devido, principalmente, à ausência de formação profissional e a discussões sobre violência na Rede de Atenção Psicossocial.

PALAVRAS-CHAVE Serviços de saúde mental. Saúde da mulher. Enquadramento interseccional. Colaboração intersetorial.

ABSTRACT *This study aimed to examine the interface between Mental Health, Alcohol and Other Drugs Policy and the Policy for Combating Violence against Women, focusing on their implications for network work through Mental Health Centers. The research was conducted in a medium-sized municipality in Minas Gerais, Brazil. Eighteen semi-structured interviews were conducted with managers and workers of the Mental Health Care Network. The study found that violence significantly impacts women's mental health, requiring specific actions to be incorporated into the health field. However, there is a lack of knowledge about the purpose of violence notification and a limited understanding of programs and services aimed at protecting and guaranteeing women's rights. Consequently, the dialogue between the policies is weak and needs to be strengthened, requiring professional training and discussions on violence within the Mental Health Care Network.*

KEYWORDS *Mental health services. Women's health. Intersectional framework. Intersectoral collaboration.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto René Rachou (IRR) – Belo Horizonte (MG), Brasil. ednamaras@gmail.com



Introdução

A Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas conta com diferentes serviços que ofertam cuidados às pessoas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, somente após a promulgação da Lei nº 10.216/2001¹, também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, a atenção em saúde mental no Brasil adquiriu *status* de política pública. A Lei fundamenta e consolida o redirecionamento da atenção em saúde mental ao deslocar o foco nos hospitais psiquiátricos para uma rede de serviços substitutivos, garantindo a convivência familiar, comunitária e em liberdade¹.

Posteriormente, a instituição da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), por meio da Portaria nº 3.088/2011², visou a estabelecer uma rede integrada e articulada de serviços de saúde mental, com diferentes pontos de atenção voltados ao atendimento de pessoas com sofrimento ou transtorno mental e/ou em uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas. A criação da Raps fortaleceu o modelo de atenção psicossocial, pois os serviços preconizam os princípios dos direitos humanos, fazendo uso do acolhimento, do cuidado ampliado, da responsabilização e do acesso irrestrito²⁻⁴. Esses serviços operam em base territorial, com diálogo próximo à Atenção Primária à Saúde (APS), e desenvolvem ações intersetoriais que promovem o acesso ao lazer, ao trabalho, ao exercício dos direitos civis e ao fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários^{2,4}.

Entre os serviços disponíveis na Raps, os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), de modo geral, constituem-se como espaços de referência comunitária destinados a pessoas com transtornos mentais, incluindo psicoses, neuroses, em condições graves ou persistentes que demandam cuidado intensivo, comunitário, personalizado e voltado à promoção da vida⁵. A depender do grau de complexidade, os serviços podem atuar com oferta de permanência-dia, e os Caps III oferecem hospitalidade noturna. Ainda, há os Centros de Atenção Psicossocial

álcool e outras drogas (Caps AD), que atendem pessoas com problemas relacionados ao uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas, e os Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (Capsi), responsáveis por atendimento de crianças e adolescentes, com idade entre 10 a 18 anos incompletos, com questões mentais e/ou uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas, que necessitam de atenção intensiva, porém, com opção alternativa à internação^{3,4}. A efetivação dos Caps envolve, fundamentalmente, a sua compreensão como dispositivos organizadores do cuidado e não apenas como simples serviços de saúde⁶.

Essa organização e essa abrangência tornam os Caps espaços estratégicos para acolher demandas diversas, inclusive aquelas relacionadas à saúde mental de mulheres em situação de violência. A violência como causa de sofrimento psíquico pode desencadear desde quadros mais leves, como os Transtornos Mentais Comuns (TMC), até o agravamento dos quadros de depressão, uso de drogas e comportamentos suicidas^{7,8}. Nesse cenário, destaca-se a potência da atuação intersetorial dos Caps nos territórios, articulando os serviços disponíveis no âmbito da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Essa política tem como objetivo enfrentar todas as formas de violência contra as mulheres, adotando uma perspectiva de gênero e uma compreensão integral do fenômeno⁹. A Política atua em duas dimensões principais: a rede de enfrentamento à violência e a rede de atendimento. A primeira tem como prerrogativa a formulação de políticas públicas e diretrizes gerais para a implementação de práticas intersetoriais, enquanto a segunda compreende um conjunto de ações e serviços especializados e não especializados que promovem o atendimento das mulheres em situação de violência^{9,10}.

Observa-se que a Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas e a Política de Enfrentamento da Violência contra as Mulheres, embora disponham de equipamentos distintos para atender a demandas

e necessidades específicas, apresentam uma operacionalização que se entrelaça no cotidiano dos serviços. Por isso, é importante fortalecer a colaboração entre os Caps e os serviços parceiros, considerando que a atuação intersectorial é estratégica para a abordagem dos casos de violência contra as mulheres. Além disso, é fundamental incluir as questões de gênero nas discussões da Raps, assegurando os princípios de equidade e integralidade do SUS¹¹⁻¹³.

Diante das questões apresentadas, é importante salientar que, embora a violência não seja o objeto de trabalho específico dos Caps, há de se considerar o contexto de vida das pessoas que procuram os serviços, e, a partir daí, para além da demanda clínica, as intervenções devem abranger marcadores sociais da diferença, como renda, classe, gênero, situação de vida, ocupação e educação, que definem as experiências das mulheres com relação à violência, tanto em sua diversidade quanto em gravidade^{14,15}. Dessa forma, o cuidado ultrapassa o campo exclusivamente da saúde, requerendo uma abordagem mais ampla e intersectorial.

Com base na escuta da experiência profissional de trabalhadores e gestores da Raps, este estudo tem como objetivo discutir a interface entre a Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas e a Política de Enfrentamento da Violência contra as Mulheres a partir de seus desdobramentos no trabalho em rede via Caps II e Caps AD.

Material e métodos

A pesquisa adotou a abordagem qualitativa, embasada nos estudos sobre violência, gênero e saúde mental. A perspectiva interseccional, desenvolvida por Collins e Bilge¹⁶, foi utilizada como eixo transversal para a análise das interseções entre gênero, classe e raça/etnia. A abordagem qualitativa é apropriada para investigar o cotidiano dos serviços, pois privilegia a compreensão das experiências,

vivências, senso comum e práticas, oferecendo uma perspectiva interpretativa da realidade¹⁷.

A pesquisa foi realizada em um município que integra a Macrorregião de Saúde Oeste do estado de Minas Gerais. A seleção se fundamentou no fato de o município apresentar ampla variedade de serviços de saúde mental. Além disso, o município tem se destacado por investimentos na estruturação da Raps, com serviços alinhados às diretrizes da Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas e à Lei nº 10.216/2001¹.

O trabalho de campo, realizado entre 2023 e 2024, foi conduzido a partir da realização de entrevistas com profissionais de dois Caps: Caps tipo II (com público-alvo de adultos em sofrimento mental) e Caps AD II (com público-alvo de adultos com demandas decorrentes do uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas), e gestores da Raps. O campo foi definido com base nos seguintes critérios de inclusão: (i) serem os primeiros Caps implementados e (ii) possuírem habilitação pelo Ministério da Saúde (MS).

O estudo contou com a autorização dos gestores da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e foi apresentado em reuniões de equipe nos Caps, quando foram explicados os objetivos, métodos, potenciais riscos, benefícios e o caráter voluntário da participação. Nessas reuniões, os profissionais foram convidados a manifestar interesse em participar. Os que aceitaram tiveram seus nomes e contatos telefônicos registrados para posterior agendamento das entrevistas.

As entrevistas foram realizadas individualmente, conforme a disponibilidade de cada participante, e conduzidas nos respectivos serviços, exceto uma, que foi realizada no consultório particular a pedido de uma participante. Houve duas recusas: um gestor, que justificou a falta de tempo devido à alta demanda de sua função, e um gerente, que não apresentou justificativa para a negativa.

A pesquisa contou com a participação de 18 profissionais, sendo sete atuantes no Caps AD, seis no Caps II, um com atuação

em ambos os Caps e quatro vinculados à SMS e com envolvimento na implementação e execução das políticas públicas de saúde mental. As categorias profissionais representadas incluíram: um assistente administrativo, oito psicólogos, três assistentes sociais, dois enfermeiros, dois auxiliares de enfermagem, uma terapeuta ocupacional e um médico psiquiatra. As entrevistas foram gravadas integralmente utilizando um dispositivo iPhone e, posteriormente, transcritas de forma literal, garantindo a fidedignidade das informações registradas. A duração média das entrevistas foi de, aproximadamente, 42 minutos.

As entrevistadas foram guiadas por roteiro de perguntas, que explorou a caracterização dos participantes e aspectos específicos da atuação profissional. Assim, para profissionais dos Caps, o roteiro explorou a perspectiva dos trabalhadores e as práticas cotidianas; para os gestores, o roteiro abordou a perspectiva institucional e as Políticas que orientam o atendimento. Ambos os roteiros incluíram a relação entre a violência contra as mulheres e o adoecimento mental, metodologias ou protocolos e/ou procedimentos específicos para atendimento de mulheres em situação de violência, a articulação dos Caps com outros serviços, além da interface entre a Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas e a Política Nacional de Enfrentamento da Violência contra as Mulheres. Antes de iniciar as entrevistas, foi realizado o pré-teste dos roteiros, o que possibilitou a revisão e a adequação das questões que fizeram parte dos instrumentos.

Para a produção dos dados, também foi utilizada a técnica de observação participante, realizada em diversos espaços da Raps, como reuniões das equipes dos Caps, encontros de apoio matricial, reuniões intersetoriais, além do acompanhamento da rotina de trabalho dos profissionais nos serviços. As informações obtidas por meio das observações foram registradas em um diário de campo.

O material produzido com as entrevistas foi analisado seguindo as etapas da análise de conteúdo na modalidade temática, que incluem

descrição, análise e interpretação dos dados¹⁷. Na etapa de descrição, foram organizados os dados que constituíram o *corpus* da pesquisa, facilitando a compreensão dos discursos e sua interpretação objetiva e subjetiva. As questões que constituíram os roteiros das entrevistas orientaram a definição das seguintes categorias analíticas: 'A experiência e o conhecimento sobre a Política Nacional de Enfrentamento da Violência contra as Mulheres' e 'Os Caps e os processos formativos para as questões de violência'.

Os dados apresentados neste artigo integram a pesquisa intitulada 'Centros de Atenção Psicossocial e o cuidado às mulheres em situação de violência' (CAAE 60739722.7.0000.509), a qual recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CEP) do Instituto René Rachou – Fiocruz Minas, conforme o Parecer Consubstanciado nº 5.699.186.

A pesquisa foi norteadada pela Resolução nº 466, de 2012¹⁸, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta as diretrizes e normas acerca de pesquisas que envolvem seres humanos. Para preservar a identidade das pessoas participantes, optou-se por utilizar as denominações 'profissionais', 'gerentes' e 'gestores' em referência às pessoas entrevistadas.

Resultados

A experiência e o conhecimento sobre a Política de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres

Tanto profissionais quanto gestores demonstraram algum desconhecimento sobre os programas e ações da Política de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Apesar de reconhecerem a existência de instrumentos legais e atuações específicas de serviços, os participantes admitiram não saber exatamente como esses recursos funcionam na prática e como podem aplicá-los em seus respectivos contextos:

Uai, a única coisa que eu sei é a [Lei] Maria da Penha, né? (E11 – profissional Caps II).

É... tem leis, né? Existe até uma dificuldade de cumprimento, né, principalmente quando existe uma medida protetiva. (E16 – profissional Caps II).

O que que eu conheço? Nada, praticamente, nada. Sei que existem representações dentro dos conselhos, dentro de todas redes que me fazem acreditar que, provavelmente, deva existir atividades, estruturas que possam atuar nesse enfrentamento, né? Eu acredito mais que estejam ligadas à secretaria de Assistência Social. (E18 – profissional Caps II e Caps AD).

O desconhecimento afeta a operacionalização das políticas, levando à falta de integração entre a saúde mental e os programas de proteção e garantia de direitos das mulheres:

Chegando na saúde mental, então, a gente consegue constatar uma violação de direitos, acho que isso a gente consegue ver, né? E acho que a gente fica engessado na saúde, uma visão limitada da saúde mental nesse ponto; aí que a gente aciona a assistência social pra poder dar seguimento. E eu acho que a maioria dos casos gera uma discussão e outros encaminhamentos frente às outras políticas, mas não que a gente domine o conhecimento da Política, entende? (E18 – profissional Caps II e Caps AD).

Embora os Caps realizem, semanalmente, reuniões de equipe, há insegurança sobre as melhores condutas e os limites éticos da atuação profissional. As reuniões de equipe são importantes para a construção multidisciplinar de casos complexos, como os de violência contra as mulheres. No entanto, surgem dúvidas frequentes relacionadas ao referenciamento junto aos serviços da rede intersetorial, sobre como encaminhar, notificar, denunciar ou registrar boletim de ocorrência, as quais foram destacadas pelos gestores:

Na reunião, a gente pensa junto e constrói junto os encaminhamentos. Quando é uma situação de violência contra a mulher, há muitas dúvidas, né, sobre qual direcionamento o profissional precisa ter com aquilo, além da notificação. Se pode fazer alguma denúncia, se ele tem que registrar com a vítima um boletim de ocorrência, se for o caso, né!? Então, fica essa dúvida, assim, até que ponto o profissional também não atravessa ou interpõe o desejo de vítima pra como... pra tentar, né, dar um segurança, mas ao mesmo tempo sem interferir, em algo de uma relação muito, muito próxima. Então, a gente constrói esses encaminhamentos, esse cuidado nessas situações em equipe. (E4 – gestor).

Na perspectiva dos gestores, destaca-se a preocupação dos trabalhadores em respeitar o desejo das mulheres atendidas, evitando interferências que possam comprometer o vínculo delas com o serviço. Os casos de violência, quando discutidos em equipe, mobilizam e sensibilizam os profissionais, mas também evidenciam dúvidas e queixas relacionadas à falta de recursos e preparo. Diante dessas limitações, as equipes, muitas vezes, optam pela avaliação psiquiátrica e por manter as mulheres em acompanhamento diário, na modalidade permanência-dia, e, quando possível, discutem os casos em reuniões de apoio matricial entre APS e Caps, conforme relatado pelo profissional:

Eu acho que elas [as Políticas] não dialogam, eu acho que vai muito de o profissional ter esse olhar, e eu acho que a gente não, pelo menos eu, aqui no Caps, eu não fui preparada pra isso, né? A gente não tem esse fluxo, assim, né? A rede é muito, muito falha ainda, não dialoga. Ela [a mulher] chega, né, com aquele problema de violência, mas ela quer ser medicada, e acaba sendo medicada mesmo. (E13 – profissional Caps AD).

Essa dinâmica evidencia como as práticas cotidianas nos serviços estão diretamente relacionadas às condições de trabalho e às limitações enfrentadas pelas equipes, como a falta de preparo para lidar com questões complexas e a

ausência de fluxos bem definidos. Além disso, a rede de serviços ainda é fragmentada, com um diálogo frágil entre as políticas e os serviços. Isso resulta em uma atuação isolada, na qual a demanda por cuidados médicos prevalece, sem abordar de maneira integral o contexto de violência vivenciado pelas mulheres:

Eu acredito que a gente precisa pensar mesmo o que nós podemos fazer enquanto saúde mental pra melhorar, né, tanto a informação, quanto o trabalho e acolhimento às mulheres violentadas, porque a gente atende, sim, porém, o que fazer, como acolher, quais as particularidades, ainda, ainda tá muito aquém daquilo que a gente precisa atingir. (E6 - gestor).

No campo de pesquisa, foi observado que, embora os participantes mencionassem despreparo com relação ao tema, o enfrentamento da violência contra as mulheres era uma pauta presente na gestão. No município, o enfrentamento da violência avançou a partir de 2020 com, por exemplo, a criação de estruturas organizacionais e a proposição de ações intersetoriais. Essas ações foram lideradas pela Secretaria Municipal de Saúde e pela Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social. No entanto, apesar de a estrutura sugerir um trabalho conjunto entre as secretarias, as equipes não conseguiram ou não se organizaram para trabalhar de forma coesa e sistemática.

Já em uma reunião de apoio matricial, um gestor informou sobre a existência, no âmbito da saúde, de dois colegiados: (i) o Núcleo Intersetorial de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde e da Cultura da Paz (NIPVPSCP), por meio do Decreto nº 11.215, de 2020¹⁹, e regulamentado pela Portaria nº 19.454, de 2022²⁰; e (ii) o Comitê Técnico de Políticas de Promoção da Equidade, instituído por meio do Decreto nº 11.701, de 2021²¹, e regulamentado pela Portaria nº 19.309, de 2022²². O primeiro tem caráter consultivo e propositivo, visando ao planejamento de ações de vigilância e prevenção à violência, com

articulação intra e intersetorial; já o segundo busca reduzir as vulnerabilidades de grupos populacionais e garantir o acesso integral à saúde por meio do SUS.

A partir dessas informações, foi observado que os gestores da Vigilância em Saúde promoviam encontros mensais entre os membros do Núcleo Intersetorial e o Comitê Técnico, com o objetivo de fomentar debates sobre os temas em pauta e organizar estratégias de atuação integrada. As principais ações implementadas a partir da atuação dessas duas instâncias incluíram a proposta de formação profissional para identificar e atender mulheres em situação de violência; reuniões para a atualização do Plano Municipal de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, e a organização do 1º Fórum de Combate à Violência contra a Mulher. Nessas agendas, a atualização do Plano, cuja primeira versão foi elaborada em 2019, foi priorizada e passou por revisões conduzidas pelo Comitê Técnico. No primeiro semestre de 2024, a versão final foi aprovada durante as reuniões do Conselho Municipal de Saúde, mas sua implementação apresenta desafios recorrentes, como a resistência dos profissionais em trabalhar com o tema. Outra agenda importante que aconteceu durante a pesquisa de campo foi o Fórum, realizado em julho de 2024, que reuniu autoridades do Poder Judiciário, representantes da Promotoria de Justiça, Polícia Militar, Polícia Civil, Guarda Civil, sociedade civil, instituições, profissionais das áreas da saúde e do desenvolvimento social, além da comunidade em geral. O evento teve como objetivo discutir a necessidade de registrar casos de violência contra mulheres e, também, fortalecer as políticas públicas voltadas para o tema. Vale destacar que, embora as ações propostas tenham envolvido diferentes setores, estas foram conduzidas pela equipe da Vigilância em Saúde com o objetivo de fortalecer a rede de cuidado para as mulheres e prevenir a violência. A participação de gestores e profissionais da Raps nos colegiados e nas demais ações desenvolvidas era pontual, ocorrendo apenas quando havia alguma pauta

que abarcava a temática de saúde mental, o que era raro.

Ao longo da pesquisa de campo, outras ações emergiram nas discussões nas agendas intersetoriais, como a publicação da Lei nº 6.575, de 2021²³, posteriormente atualizada pela Lei nº 6.821, de 2022²⁴, que reforçava a abordagem do atendimento humanizado às mulheres em situação de violência por meio do Comitê Municipal de Gestão do Atendimento Humanizado (CMGAHMOVIV). A publicação dessa lei foi resultado da atuação da Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social junto ao gabinete do prefeito, que destacou a pauta da violência contra as mulheres na gestão, ampliando a visibilidade do tema na tentativa de fortalecer as ações direcionadas à proteção e ao cuidado das mulheres. O CMGAHMOVIV foi instituído em 2021 e era composto por servidores e/ou representantes do quadro do Poder Executivo do município e demais órgãos. Inicialmente, o CMGAHMOVIV foi protagonista de debates na rede intersetorial, mas suas ações perderam força ao longo do tempo, e suas atividades foram suspensas em 2023. Essa iniciativa contava com a participação dos profissionais da Raps, porém, sem grande envolvimento. Outra agenda importante foi a instituição da Lei nº 6.576, de 2021²⁵, que criou o Fundo Municipal de Garantia dos Direitos das Mulheres, destinado a financiar ações de qualificação profissional, campanhas de sensibilização e iniciativas contra a violência de gênero. O recurso financeiro desse fundo foi utilizado para viabilizar a realização do Fórum mencionado anteriormente. Outra importante medida foi a criação da Lei nº 6.702, de 2022²⁶, que dispôs sobre o Aluguel Social, beneficiando mulheres em situação de violência e suas famílias em condição de vulnerabilidade. Essa lei prevê três modalidades de auxílio-moradia e está condicionada à avaliação socioassistencial e à aprovação pelo Conselho Municipal de Assistência Social.

Vale destacar que o município dispõe de uma agenda mensal denominada 'reunião de rede' vinculada à Secretaria de Assistência e

Desenvolvimento Social. A agenda de caráter intersetorial tem como objetivo a discussão de casos complexos em circulação nos diversos serviços da rede, buscando mobilizar diferentes perspectivas e recursos para proporcionar um cuidado mais abrangente e colaborativo. Os participantes são representantes de serviços da APS, sendo eles: Unidades Saúde da Família (USF) e equipes multiprofissionais (eMulti); hospital geral; Caps em suas diferentes modalidades; Polícia Militar; Polícia Civil; Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher; Centros de Referência de Assistência Social (Cras); Centros de Referência Especializados de Assistência Social (Creas); Ministério Público; Defensoria Pública e educação. No entanto, apesar dessas iniciativas, os resultados da pesquisa revelam lacunas importantes, por exemplo, o fato de as ações de enfrentamento da violência permanecerem concentradas na Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social, com limitada articulação com os Caps e envolvimento dos gestores da Raps.

No que diz respeito às práticas adotadas por profissionais para atender mulheres em situação de violência nos Caps, percebeu-se que os profissionais, quando perguntados sobre a existência de metodologias ou protocolos/procedimentos específicos para atendimento de mulheres em situação de violência, mencionam o preenchimento da ficha de notificação de casos de violência do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan):

Então, hoje, o fluxo que a gente segue no caso de violência é a notificação. (E3 - profissional Caps II).

Muitas vezes, a notificação é feita até pelos enfermeiros, pois são eles que avaliam na triagem da enfermagem. Faz parte do fluxo do Caps AD: aferição da pressão, dados vitais, notificação. (E5 - profissional Caps AD).

Embora os profissionais mencionassem a ficha de notificação, sua utilização foi limitada a um instrumento operacional do processo de

trabalho, sem a percepção mais ampla de seus objetivos e finalidades. Em ambos os Caps, foi possível observar o grande número de casos em crise, e o foco dos profissionais era nas demandas clínicas, logo, o preenchimento da ficha de notificação não era prioridade, pois ela não era percebida como uma ferramenta de cuidado. Por sua vez, um gestor entrevistado relatou que a equipe estava preparada pra lidar com qualquer tipo de demanda:

As demandas que chegam aqui precisam ser acolhidas com muita sensibilidade e cuidado. E essa não vai fazer diferente. Os técnicos aqui estão estruturados e organizados, né, tendo esse instrumento de notificação é muito importante para o mapeamento dos casos. (E4 - gestor).

A fala ressalta a notificação como um instrumento para mapear os casos de violência, sendo reconhecida como uma ferramenta estratégica para dimensionar o problema e direcionar as ações de enfrentamento. Entretanto, a subnotificação é constatada como um problema, como ilustrado na fala de outro gestor:

Protocolos de saúde mental não existem. A única coisa que se faz é a notificação, e, mesmo assim, em caráter precário. Não são todos os profissionais que fazem quando é relatado durante um atendimento que a mulher sofreu algum tipo de violência. [...] existe, ainda, uma fragilidade, por causa da rotatividade, funcionários novos, funcionários que ainda não atinaram pra esse hábito, funcionários que têm medo de preencher, porque não associam que é uma notificação. Às vezes acham que tão fazendo uma denúncia, ainda tem isso, infelizmente, né? Então a gente perde muito esses dados. Existe uma subnotificação dos casos de violência que chegam na saúde mental. (E6 - gestor).

A subnotificação indica que os casos não estão sendo registrados como deveriam, podendo estar relacionada a fatores como a falta de formação, a sobrecarga de trabalho, desinteresse pelo tema da violência ou mesmo a não valorização do levantamento

desses dados. Ainda, nota-se que o processo é descrito como incompleto, com a maioria das notificações limitando-se a casos de violência física, enquanto outras formas de violência são pouco ou não são registradas, o que agrava ainda mais a subnotificação:

Tem o protocolo da epidemiologia, né, da ficha do Sinan. É, ela é preenchida, principalmente, nos casos de violência física. (E5 - profissional Caps AD).

Os casos de violência contra mulheres eram discutidos nas reuniões de equipe, porém, o uso da ficha de notificação era uma prática distante da realidade da maioria dos profissionais. Além disso, os profissionais não conheciam de forma aprofundada a função da ficha, gerando confusão sobre seu objetivo, como a ideia de que seu uso se limita à denúncia da violência aos órgãos da segurança pública. Essa associação da denúncia com a caracterização de um crime provocava sentimentos de medo e insegurança com relação aos possíveis desdobramentos dos atendimentos realizados. Nesse sentido, a violência contra as mulheres, apesar de presente nos casos que chegam aos Caps, ainda não mobilizava os profissionais e gestores para maior engajamento nas discussões na rede intersetorial.

Os Caps e os processos formativos para as questões de violência

Os profissionais dos Caps apresentaram falta de formação específica sobre violência contra a mulher, apontando para a necessidade de implementação de ações específicas dessa natureza para ampliar a atuação das equipes frente às demandas:

Precisa de preparação das equipes pra esse tipo de abordagem. Não só na abordagem, mas pra a gente saber os encaminhamentos que a gente pode fazer. É, eu sei que vai muito também da busca do profissional pra poder saber disso, mas eu acho que, assim, tem que conscientizar a população sobre

as violências, preparar também os serviços pra atender, pra receber essas pessoas. Pra a gente não só ficar em conhecimentos, que nem eu falei, 'ah, eu tenho conhecimento da Maria da Penha', e falar 'ah, vai lá e denuncia'. Eu acho que eu poderia ter um pouco mais de conhecimento do que ela poderia fazer, algum serviço que, né, possa encaminhá-la, pra poder atender. (E7 – profissional Caps II).

Quando a violência é reconhecida, o processo de acolhimento e a escuta são elencados como práticas de cuidado, porém, as falas apontam a denúncia do caso para a segurança pública como a principal estratégia adotada para o enfrentamento das situações de violência vivenciadas pelas usuárias. Entretanto, a escuta tem como finalidade acolher a mulher e levantar informações sobre a necessidade de cuidado em saúde, e, então, orientar sobre as condutas mais adequadas para o caso. A abordagem limitada ao incentivo à denúncia, sem oferecer informações mais amplas ou orientações sobre recursos e serviços disponíveis na rede intersetorial, fragiliza o cuidado. Nesse contexto, o investimento em processos formativos é essencial para melhorar o atendimento das mulheres em situação de violência, apontado em várias falas das pessoas entrevistadas:

Eu acho que a gente precisava realmente ter formação, assim, sobre a política, é... da saúde da mulher, porque a violência ocorre em tantas, de tantas formas, que às vezes a gente até desconhece. Assim, enquanto mulher, eu fico até um pouco envergonhada inclusive de não ter esse conhecimento, mas, enfim. É... eu acho que a formação é primordial, que aí a gente vai conseguir identificar, orientar, né, no próprio serviço. (E17 – profissional Caps AD).

Então, eu imagino que se os profissionais do Caps tiverem, né, uma capacitação ou... um protocolo, eu acho que isso vai fazer parte do dia a dia deles, né? Do nosso dia a dia, e vai fazer com que a nossa luzinha esteja sempre acesa. (E8 – profissional Caps II).

Os Caps dispõem de espaços institucionais destinados às reuniões de equipe para promoção de diálogo entre os profissionais, favorecendo a construção coletiva dos casos e a revisão dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS). Esses espaços, enquanto promotores da discussão dos casos, troca de experiência entre os profissionais e decisões conjuntas sobre os encaminhamentos possíveis, também se configuram como espaços de formação profissional:

Questão da droga relacionado a violência sexual, violência a mulher, a gente não teve treinamento ainda não. A gente fica muito na quinta-feira aqui na discussão de casos e o processo de trabalho, mas a gente tem trabalhado esses temas, agressão a mulher, abuso e uso de droga, esse tipo de coisa, apesar de ser o Caps AD. (E4 – gestor).

A gente já discutiu, por exemplo, um caso que eu atendi, tiveram outros casos de violência doméstica que outras pessoas atenderam [...] agora especificamente como uma forma de capacitação como fluxo, procedimento padrão, eu não me lembro disso, não. (E13 – profissional Caps AD).

As evidências apontam para a necessidade de ampliação da oferta de processos formativos para os profissionais atuantes nos serviços de saúde mental, sensibilizando-os e qualificando para identificar, atender e orientar as usuárias. Também, reconhecer as diferentes demandas apresentadas pelas mulheres, considerando aspectos da saúde mental e do uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas, articulando-as com as questões de gênero, raça, classe, é fundamental para a construção de um atendimento integral, respeitoso e que considere as mulheres protagonistas de seus processos de superação da violência.

Discussão

A violência contra as mulheres é um fenômeno social articulado a contextos de vulnerabilidade e desigualdades de classe, gênero,

raça/etnia, idade e orientação sexual²⁷. Esse cenário de desigualdade se reflete em dados alarmantes: cerca de 18,6 milhões de mulheres brasileiras sofreram violência em 2022, o que equivale a uma média de 14 mulheres agredidas por minuto no País²⁸. Em 2023, os indicadores mantiveram-se em alta, sendo registrados 1.467 casos de feminicídio, dos quais, 933 envolveram mulheres negras, além de 258.941 casos de violência doméstica, representando um aumento de 9,8% em relação ao ano anterior²⁹.

Dada a importância do tema, o setor saúde torna-se um *locus* estratégico para identificar, cuidar e encaminhar mulheres em situação de violência, respondendo às demandas individuais e coletivas²⁷. Os Caps se destacam como espaços potentes para a elaboração de estratégias de enfrentamento e cuidado, pois “a violência, fenômeno social e historicamente determinado, não pode ser reduzida às suas dimensões psicopatológicas”³⁰⁽¹⁹⁶⁾. Contudo, observa-se que os Caps apresentam dificuldades no manejo de casos de mulheres com histórico de violência, e ainda há um frágil diálogo com os serviços e programas da Política de Enfrentamento da Violência contra as Mulheres.

Diante dessa especificidade, é fundamental reforçar as diferenças entre a Rede de enfrentamento da violência contra as mulheres e a Rede de atendimento às mulheres em situação de violência. A primeira pretende efetivar os eixos previstos na Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres voltados para a proteção e garantia de direitos das mulheres, que propõem atuação de forma articulada para desenvolver estratégias de combate, prevenção à violência, emancipação das usuárias, além da responsabilização dos agressores⁹. A segunda dispõe de serviços de diferentes setores, como assistência social, justiça, segurança pública e saúde, com dispositivos que garantem apoio às mulheres. Ambas as redes têm como objetivo ampliar e qualificar o atendimento, assegurando a identificação dos casos e os encaminhamentos adequados, com foco na integralidade e na humanização do cuidado¹⁰.

Nesse sentido, os Caps desempenham um papel relevante tanto como dispositivos de cuidado em saúde mental quanto na articulação com a rede de serviços, podendo encaminhar as mulheres para o atendimento necessário, conforme a demanda. O Caps é um serviço estratégico que deve ser compreendido como parte integrante da rede de serviços voltados ao atendimento de mulheres em situação de violência. Por isso, sua função vai além de sua especificidade, uma vez que suas equipes têm a capacidade de promover a articulação entre setores, de forma intra e intersetorial.

Ainda sobre o papel dos Caps, é importante incorporar a discussão sobre a abordagem interseccional nos processos de trabalho, considerando as distintas vulnerabilidades das mulheres em situações de violência, o que reforça a necessidade de estruturar o atendimento conforme suas demandas específicas, levando em conta os modos de vida, as condições de moradia e os hábitos das mulheres atendidas. Essa compreensão permite identificar os marcadores sociais da diferença e implementar práticas de cuidado pautadas na interseccionalidade, possibilitando uma abordagem mais ampla das desigualdades sociais, pois essa perspectiva entende que categorias como raça, classe, gênero, orientação sexual, nacionalidade, etnia, faixa etária e capacidade, entre outras, estão interligadas e se condicionam mutuamente¹⁶. Em face dessa perspectiva, a abordagem interseccional se apresenta como ferramenta teórica e metodológica que aprofunda a compreensão das desigualdades sociais e orienta ações políticas para enfrentá-las. No que se refere ao cuidado de mulheres em situação de violência, especialmente daquelas que enfrentam questões relacionadas à saúde mental e/ou em uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas, a abordagem interseccional permite abarcar suas vivências, contribuindo para a construção de uma atenção pautada em suas realidades e que respeite suas especificidades e demandas. É importante promover reflexão crítica sobre como as questões de gênero vêm sendo abordadas na Raps e como as

mulheres em situação de violência vêm sendo cuidadas quando procuram as equipes dos Caps, pois os resultados da pesquisa apontam para um distanciamento – na prática – do tema violência dos campos da atenção psicossocial e da redução de danos.

Com relação à notificação dos casos de violência no setor saúde, a Lei nº 10.778³¹, de 24 de novembro de 2003, estabeleceu a notificação compulsória, no território nacional, dos casos de violência contra as mulheres atendidos em serviços de saúde públicos ou privados. A notificação é um instrumento para o cuidado e a garantia de direitos, pois representa a etapa inicial para a inclusão de indivíduos em situação de violência nos serviços com o objetivo de oferecer atenção integral e assegurar seus direitos^{32,33}. A notificação possibilita, ainda, o dimensionamento epidemiológico do problema por meio da sistematização de dados como os tipos de violência e as características dos envolvidos, e, a partir do levantamento dessas informações, torna-se uma importante ferramenta para subsidiar a formulação e implementação de políticas públicas nos âmbitos da promoção, prevenção e cuidado em saúde³². Todavia, diferentes aspectos dificultam a realização desse procedimento, como desconhecimento sobre a disponibilidade da ficha nos locais de trabalho ou dificuldade de entendimento dos termos nela contidos ou, ainda, falta de tempo para preenchê-la³⁴. Esses fatos contribuem para que o dimensionamento da questão da violência a partir dos Caps seja frágil ou impreciso.

Por outro lado, os profissionais dos Caps, distantes do debate sobre a violência, atuam com conhecimentos insuficientes para acolher as demandas das mulheres que chegam nesses espaços, os quais foram estruturados justamente com a perspectiva de romper com as violências sofridas por pessoas em sofrimento psíquico dentro dos manicômios. Diante desse cenário, investir em processos formativos é um caminho fundamental e urgente para a qualificação dos processos de trabalho nesses serviços. Nesse contexto, a Educação Permanente

em Saúde (EPS) se configura como estratégia importante, pois é uma proposta ético-político-pedagógica que tem como finalidade transformar e qualificar a atenção à saúde, os processos formativos, as práticas de educação em saúde, além de incentivar a organização das ações e dos serviços em uma perspectiva intersetorial, que tome como referência as necessidades e a realidade local³⁵. Assim, em se tratando da violência contra as mulheres, a EPS pode estimular reflexões sobre a complexidade da violência, ao adotar abordagens inovadoras e baseadas em perspectivas críticas e interseccionais, promovendo, assim, uma análise das práticas nos serviços de saúde, visando à sua transformação e à melhoria da qualidade do cuidado³⁶.

Dada a fragilidade na formação profissional dos trabalhadores e gestores sobre o entrelaçamento de marcadores como gênero, raça, classe, etnia, violência, cuidado, adoecimento mental e uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas, faz-se essencial o investimento em processos formativos para que se amplie o cuidado. Esses marcadores, por sua vez, refletem na identificação, no diagnóstico e no manejo de casos, não sendo possível discutí-los de modo fragmentado³⁷. Adicionalmente, a EPS pode contribuir para a construção de propostas terapêuticas, fluxos de encaminhamentos e modos de cuidado, bem como para a organização das redes de proteção e para a garantia dos direitos das mulheres. Assim, o cuidado nos Caps não deve se restringir a medidas de medicalização e de incentivo a denúncias.

Considerações finais

Ao explorar as percepções dos profissionais dos Caps e dos gestores da Raps sobre a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher, observou-se que a fragilidade na formação profissional pode comprometer a identificação de situações de violência durante

o acolhimento das usuárias e, também, na aproximação com as demais políticas públicas. Esse cenário restringe o cuidado, uma vez que a oferta se baseia nas propostas terapêuticas disponíveis no serviço ou em alguma articulação dentro da rede de saúde, desconsiderando as ações ofertadas pela rede intersetorial, que ampliam a perspectiva do cuidado em saúde para a proteção e garantia de direitos das mulheres.

Vale destacar que a violência contra as mulheres repercute na saúde mental feminina, e, por isso, é necessário que os profissionais dos Caps estejam aptos para identificar e realizar práticas de cuidado de acordo com as demandas e expectativas das mulheres. Por essa razão, faz-se importante a oferta de educação permanente e de formação profissional, para que os trabalhadores da Raps sejam qualificados para identificar e atender os casos relacionados à violência contra a mulher associados ao adoecimento mental e/ou uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas.

Como limitação deste estudo, destaca-se a não inclusão das usuárias dos serviços, o

que impossibilitou abarcar a perspectiva das mulheres atendidas. Ainda assim, considera-se que os resultados trazem importantes reflexões sobre a perspectiva dos profissionais com relação ao tema, oferecendo contribuições relevantes para os estudos sobre violência contra as mulheres. O foco do estudo na Raps e nos trabalhadores dos Caps é inovador, já que foram poucos os trabalhos identificados durante esta pesquisa que tiveram como objeto de estudo o cenário do atendimento psicossocial, no âmbito da saúde, de mulheres em situação de violência.

Colaboradoras

Mendonça EM (0000-0003-4256-1407)* contribuiu para concepção, coleta e análise dos dados, elaboração do manuscrito, redação e discussão de resultados. Bevilacqua PD (0000-0003-0015-2154)* contribuiu para concepção, análise dos dados, elaboração do manuscrito e discussão de resultados. ■

Referências

1. Presidência da República (BR). Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2001 abr 7 [acesso em 2024 ago 8]; Edição 69-E; Seção 1:2. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=09/04/2001&jornal=1&pagina=2&totalArquivos=121>
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.088, de 21 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2011 dez 22 [acesso em 2024 ago 8]; Edição 247; Seção 1:230. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=26/12/2011&jornal=1&pagina=230&totalArquivos=320>
3. Amarante P, organizador. Loucura e transformação social: autobiografia da reforma psiquiátrica no Brasil. São Paulo: Zagodoni; 2021.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

4. Lobosque AM. Intervenções em saúde mental: um percurso pela reforma psiquiátrica brasileira. São Paulo: Hucitec; 2020.
5. Ministério da Saúde (BR). Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004 [acesso em 2025 jan 22]. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf
6. Medeiros VHR, Moreira MIB. Os sentidos dos cuidados em saúde mental a partir de encontros e relatos de usuários de um CAPS. *Saude soc.* 2022;1(1):e210094. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021210094>
7. Campos IO, Zonello V. Saúde mental e gênero: o sofrimento psíquico e a invisibilidade das violências. *Vivência.* 2017;1(48):105-17. DOI: <https://doi.org/10.21680/2238-6009.2016v1n48ID1150>
8. Costa VC, Baptista TWF, Cunha MB. O SUS em territórios vulnerabilizados: reflexões sobre violência, sofrimento mental e invisibilidades nas favelas do Rio de Janeiro. *Saúde debate.* 2022;46(135):974-86. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213502>
9. Presidência da República (BR), Secretaria de Políticas para as Mulheres. Política nacional de enfrentamento à violência contra as mulheres [Internet]. Brasília, DF: Assessoria de Comunicação da Secretaria de Políticas para as Mulheres; 2011 [acesso em 2025 fev 2]. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/copy_of_acervo/outras-referencias/copy2_of_entenda-a-violencia/pdfs/politica-nacional-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres
10. Presidência da República (BR), Secretaria de Políticas para as Mulheres. Rede de enfrentamento à violência contra as mulheres [Internet]. Brasília, DF: Assessoria de Comunicação da Secretaria de Políticas para as Mulheres; 2011 [acesso em 2025 fev 2]. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/copy_of_acervo/outras-referencias/copy2_of_entenda-a-violencia/pdfs/rede-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres
11. Andrade LJO, Martins AKL. Violência e suas implicações no campo da saúde mental das mulheres: uma revisão integrativa da literatura no âmbito da Psicologia. *RCH.* 2023;16(1):1-13. DOI: <https://doi.org/10.32813/2179-1120.2023.v16.n1.a901>
12. Teixeira JMS, Paiva SP. Violência contra a mulher e adoecimento mental: percepções e práticas de profissionais de saúde em um Centro de Atenção Psicossocial. *Physis.* 2021;31(02):e310214. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310214>
13. Cirne MC, Menezes D, Honorato CEM. Situação-limite: por outro olhar sobre a violência em um CAPS AD. *Psicol cienc prof.* 2023;43:e246584. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003246584>
14. Brah A. Diferença, diversidade, diferenciação. *Cad Pagu* [Internet]. 2016 [acesso em 2024 dez 15];(26):329-76. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/8644745>
15. Zamboni, M. Marcadores sociais da diferença. *Sociologia: grandes temas do conhecimento (Especial Desigualdades).* 2014;1:14-8.
16. Collins PH, Bilge S. *Interseccionalidade.* São Paulo: Boitempo; 2021.
17. Deslandes SF, Cruz Neto O, Gomes R. *Pesquisa social: teoria, metodo e criatividade.* Minayo MCS, organizadora. 34ª ed. Petrópolis: Vozes; 2018.
18. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União, Brasília, DF.* 2013 jun 13; Seção 1:59.
19. Pará de Minas (MG). Decreto nº 11.215, de 2020. Dispõe sobre a criação do Núcleo Intersectorial de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde e da Cultura da Paz (NIPVPSCP) no âmbito do Município de Pará de Minas. *Diário Oficial do Município, Pará de Minas.* 2020 ago 10; Edição 7; Seção 1:1-3.

20. Pará de Minas (MG). Portaria nº 19.454, de 2022. Nomeia membros para o Núcleo de Prevenção de Violência, Promoção da Cultura e da Paz. Diário Oficial do Município, Pará de Minas [Internet]. 2022 fev 25 [acesso em 2025 jan 12]; Edição 30; Seção 3:1-3. Disponível em: https://diario.parademinas.mg.gov.br/storage/diario_05-03-2022.pdf
21. Pará de Minas (MG). Decreto nº 11.701, de 2021. Institui Comitê Técnico de Políticas de Promoção da Equidade do Município de Pará de Minas-MG. Diário Oficial do Município, Pará de Minas. 2021 set 22. Edição 17; Seção 1:5-7.
22. Pará de Minas (MG). Portaria nº 19.309, de 2022. Institui o Comitê Técnico de Políticas de Promoção da Equidade. Diário Oficial do Município, Pará de Minas. 2022 jan 21. Edição 16; Seção 14:109-12
23. Pará de Minas (MG). Lei nº 6.575, de 2021. Dispõe sobre o atendimento humanizado à mulher vítima de violência e cria o Comitê Municipal de Gestão do Atendimento Humanizado à Mulher Vítima de Violência. Diário Oficial do Município, Pará de Minas. 2021 jun 30. Edição 24; Seção 1:1-3.
24. Pará de Minas (MG). Lei nº 6.821 de 2022. Altera o art. 8º, §§ 1º e 3º, e acrescenta o § 6º na Lei nº 6.575/2021, que dispõe sobre o atendimento humanizado à mulher vítima de violência e cria o Comitê Municipal de Gestão do Atendimento Humanizado à Mulher Vítima de Violência – CMGAHMOVIV. Diário Oficial do Município [Internet], Pará de Minas. 2022 nov 8. Edição 3; Seção 2:1.
25. Pará de Minas (MG). Lei nº 6.576, de 2021. Dispõe sobre a criação do Fundo Municipal de Garantia dos Direitos das Mulheres e dá outras providências. Diário Oficial do Município, Pará de Minas. 2021 jun 30. Edição 27; Seção 1:1-2.
26. Pará de Minas (MG). Lei nº 6.702, de 2022. Dispõe sobre a concessão de Aluguel Social no âmbito do Município de Pará de Minas e dá outras providências. Diário Oficial do Município, Pará de Minas. 2022 fev 18; Edição 21; Seção 1:3-5.
27. Souza EG, Tavares R, Lopes JG, et al. Atitudes e opiniões de profissionais envolvidos na atenção à mulher em situação de violência em 10 municípios brasileiros. Saúde debate. 2023;42(esp4):13-29. DOI: <https://www.doi.org/10.1590/0103-11042018S401>
28. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Visível e invisível: a vitimização de mulheres no Brasil [Internet]. 4ª ed. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2024 [acesso em 2025 fev 2]. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/03/visiveleinvisivel-2023-relatorio.pdf>
29. 18º Anuário Brasileiro de Segurança Pública. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública [Internet]; 2024 [acesso em 2025 fev 2]. Disponível em: <https://publicacoes.forumseguranca.org.br/handle/123456789/253>
30. Delgado PGG. Violência e saúde mental: os termos do debate. O Social em Questão [Internet]. 2012 [acesso em 2025 jan 15];28:187-97. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=552256742009>.
31. Presidência da República (BR) Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2003 nov 24; Edição 229; Seção 1:1
32. Carvalho EFM, Laguardia J, Deslandes SF. Sistemas de Informação sobre violência contra as mulheres: uma revisão integrativa. Ciênc saúde coletiva. 2022;27(4):1273-87. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022274.08722021>
33. SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação [Internet]. Violência interpessoal e autoprovocada. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022 [acesso em 2025 jan 11]. Disponível em: <https://portalsinan.saude.gov.br/violencia-interpessoal-autoprovocada#:~:text=A%20Lei%20n%C2%BA%2013.931%2C%20de,cuidado%20e%20garantia%20de%20direitos>

34. Cordeiro GTL, Girianelli VR. Notificação de violência autoprovocada e interpessoal da população LGBT, estado do Rio de Janeiro, 2015-2021. *Saúde debate*. 2024;47(esp1):e8951. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-28982023E18951P>
35. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018 [acesso 2025 jan 11]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf
36. Alcântara MCM, Souza RR, Caetano LGA, et al. Subnotificação e invisibilidade da violência contra a mulher. *Rev Méd Minas Gerais* [Internet]. 2016 [acesso em 2025 jan 15];26(supl8):313-7. Disponível em: <https://www.repositorio.ufop.br/handle/123456789/9925>
37. Oliveira JC, Pires KA, Evangelista JG, et al. Processos formativos para o enfrentamento das violências contra as mulheres no setor saúde: uma revisão integrativa. *Ciênc saúde coletiva*. 2024;29(9):e14782023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024299.14782023>

Recebido em 28/01/2025

Aprovado em 03/07/2025

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Gicelle Galvan Machineski

Preditores associados à qualidade do sono, função erétil e qualidade de vida em homens

Predictors associated with sleep quality, erectile function, and quality of life in men

Edirlei Machado Dos-Santos¹, Léo Morato Luize¹, Victor Xavier Lacerda¹, Heitor Yuri Nogara¹, Juan Borges¹, Vinicius Batista Santos², Mariana Alvina dos Santos¹

DOI: 10.1590/2358-2898202514610196P

RESUMO A saúde do homem envolve múltiplos fatores no processo saúde-doença. Objetivou-se avaliar a associação entre qualidade do sono, função sexual e qualidade de vida e os preditores associados a essas variáveis em homens de 25 a 59 anos. Estudo transversal, exploratório e analítico que avaliou 379 homens do município de Três Lagoas (MS). Os dados foram coletados por meio de: instrumento estruturado com variáveis sociodemográficas e clínicas, Índice Internacional de Função Erétil (IIFE), Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) e WHOQOL-Bref, para qualidade de vida. Para análise, utilizou-se o teste de correlação de Spearman, regressão logística do tipo Forward e regressão linear. Observou-se forte associação entre função sexual e idade ($p < 0,01$) e estado marital ($p = 0,02$), além de impactos negativos na qualidade de vida devido a doenças crônicas e comportamentos de risco relacionados ao modelo hegemônico de masculinidade. O sono correlacionou-se à função erétil ($p < 0,01$) e ao uso de medicamentos ($p < 0,01$), indicando pior qualidade de vida (-0.15). Esses achados reforçam a necessidade de preparo profissional na atenção à saúde de homens e de estratégias que impactem a qualidade de vida, o sono e a função sexual, fatores essenciais para a saúde integral do homem.

PALAVRAS-CHAVE Saúde do homem. Autocuidado. Saúde pública. Disfunção erétil. Epidemiologia.

ABSTRACT *Men's health involves multiple factors in the health-disease process. This study aimed to evaluate the association between sleep quality, sexual function, and quality of life, as well as the predictors associated with these variables in men aged 25 to 59 years. This was a cross-sectional, exploratory, and analytical study that assessed 379 men in the municipality of Três Lagoas, state of Mato Grosso do Sul, Brazil. Data were collected using a structured instrument comprising sociodemographic and clinical variables, the International Index of Erectile Function (IIEF), the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), and the WHOQOL-BREF for quality of life assessment. Analysis included Spearman's correlation test, forward logistic regression, and linear regression. A strong association was found between sexual function and age ($p < 0.01$) and marital status ($p = 0.02$), in addition to negative impacts on quality of life due to chronic diseases and risk behaviors related to the hegemonic model of masculinity. Sleep quality was correlated with erectile function ($p < 0.01$) and medication use ($p < 0.01$), indicating a lower quality of life (-0.15). These findings reinforce the need for professional preparedness in men's healthcare and for strategies that improve quality of life, sleep, and sexual function, essential factors for comprehensive men's health.*

KEYWORDS *Men's health. Self care. Public health. Erectile dysfunction. Epidemiology.*

¹Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) - Três Lagoas (MS), Brasil.
edirlei.machado@ufms.br

²Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) - São Paulo (SP), Brasil.



Introdução

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), instituída no ano de 2009, celebrou 15 anos de existência em 2024. Essa política representa um marco significativo e fundamental, além de um avanço nas estratégias de saúde pública ao reconhecer as especificidades do cuidado com a população masculina. A PNAISH busca enfrentar os desafios históricos relacionados à baixa adesão dos homens aos serviços de saúde e à negligência com a própria saúde, muitas vezes, naturalizada por padrões culturais de masculinidade¹.

Estruturada em cinco eixos estratégicos, a política prioriza ações de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento, com ênfase na ampliação do acesso, acolhimento e humanização do atendimento¹. Entre os eixos, destaca-se a saúde sexual e reprodutiva, reconhecendo este campo como central para a integralidade do cuidado masculino no Brasil¹. Nesse período, muitos avanços e conquistas foram alcançados, levando em consideração os diversos aspectos que impactam o complexo processo de saúde-doença entre os homens, especialmente no grupo etário de 25 a 59 anos^{2,3}.

Destarte, tal grupo etário é crucial, pois abrange um período do desenvolvimento em que os homens enfrentam diferentes desafios relacionados à saúde física e mental. Com base nessa perspectiva, o presente estudo foi estruturado levando em conta diferentes elementos que possibilitam uma avaliação abrangente da saúde de homens, contemplando, especialmente, os seguintes recortes: qualidade do sono, qualidade de vida e função erétil, que são diretamente implicados ao bem-estar masculino.

Sob tais aspectos, depreende-se que uma vida sexual ativa está associada a uma infinidade de benefícios para a saúde física e mental. Assim, a frequência da relação sexual pode indicar ou não maior qualidade de vida⁴. A relação entre condições geniturinárias masculinas e distúrbios do sono só foi relatada

anteriormente em estudos de uma única instituição com pequenas coortes⁵.

A disfunção erétil é uma das condições crônicas mais prevalentes e afeta negativamente a qualidade de vida dos homens e de suas parceiras. Essa condição está aumentando em todos os grupos etários, não sendo uma preocupação apenas de homens idosos⁶.

A qualidade do sono constitui uma das cinco dimensões consideradas relevantes para a avaliação do sono saudável, entendido como um padrão multidimensional de sono-vigília adaptado às demandas individuais, sociais e ambientais e que proporciona bem-estar físico e mental⁷.

Pesquisas que abordam a complexa relação entre função erétil, qualidade do sono e qualidade de vida são escassas na literatura. O que se encontra disponível refere-se, na maioria das vezes, a estudos que, embora investiguem a qualidade do sono e de vida, articulam-se a condições específicas de adoecimento, principalmente relacionadas à função sexual e reprodutiva da população masculina. É essencial ampliar tal investigação, considerando fatores mais amplos que possam influenciar o sono e a vida sexual, uma vez que tais elementos encontram-se interligados e podem afetar a qualidade de vida dos homens de forma significativa.

Na presente investigação, adotou-se o conceito de preditores, considerando que tal aspecto possibilita prever, de forma estatística, o risco ou a proteção com relação aos desfechos estudados. Estudos internacionais recentes apontam que qualidade de sono ruim e cronotipo vespertino são preditores significativos de disfunção erétil, com variância explicada de aproximadamente 20%⁸. Além disso, avaliação em amostra clínica demonstrou que idade mais jovem, corpo magro e presença de sintomas depressivos se mostraram preditores independentes de pior qualidade do sono entre homens com queixas de função erétil⁹. Ao identificar esses preditores clínicos e psicossociais, a presente pesquisa alinha-se à PNAISH e fortalece abordagens preventivas

e integradas para a saúde masculina, contribuindo para intervenções mais direcionadas e eficazes.

Para tanto, o problema de pesquisa que sustentou o desenlace do presente estudo foi: ‘Qual é a associação entre a qualidade de vida e a função erétil e a qualidade do sono na saúde da população masculina e quais são os preditores associados a essas variáveis?’.

A fim de responder ao problema de pesquisa, este estudo objetivou avaliar a associação entre a qualidade do sono, a função sexual e a qualidade de vida e os preditores associados a essas variáveis em homens de 25 a 59 anos.

Material e métodos

Estudo observacional, do tipo transversal, de caráter exploratório e analítico. A presente pesquisa foi estruturada a partir da ferramenta STROBE (STrengthening the Reporting of OBServational studies in Epidemiology)¹⁰.

A população do estudo foi composta por homens atendidos em quatro unidades de Atenção Primária à Saúde, além do Centro de Especialidades Médicas, no município de Três Lagoas, no estado de Mato Grosso do Sul. A escolha de quatro Unidades de Atenção Primária à Saúde (entre as 17 existentes no município) e de um Centro de Especialidades Médicas para a realização da presente pesquisa se deu por critérios de acessibilidade e diversidade de perfis populacionais atendidos. As unidades selecionadas apresentavam maior fluxo de usuários do sexo masculino, além de cobertura territorial representativa de diferentes regiões da cidade, o que possibilitou contemplar distintas realidades socioeconômicas e contextos clínicos.

A inclusão do Centro de Especialidades Médicas visou a ampliar o espectro da investigação, incorporando usuários encaminhados da atenção primária para acompanhamento especializado, sobretudo em áreas como urologia, saúde mental e endocrinologia, que apresentam interface direta com os desfechos

estudados – função erétil, qualidade do sono e qualidade de vida. Essa estratégia metodológica buscou garantir variação amostral e riqueza de dados, favorecendo a identificação de preditores mais amplamente generalizáveis à população masculina atendida pelo SUS no município. A coleta dos dados foi realizada entre os meses de julho de 2021 até agosto de 2022.

Considerando a PNAISH, os critérios de inclusão foram: ser homem entre 25 e 59 anos em atendimento pela rede pública com habilidades para responder aos questionários, sendo excluídos aqueles em uso de medicações indutoras do sono.

Procedeu-se ao cálculo da amostra mínima de homens a participarem do estudo considerando-se a população total de homens residentes em Três Lagoas, e os seguintes parâmetros: erro amostral de 0,05; intervalo de confiança de 95% e P (proporção populacional) de 50%, obtendo o número final de 384. Ao final do período de coleta dos dados, foram incluídos 379 participantes no estudo.

Foram aplicados os seguintes instrumentos: um instrumento estruturado composto por variáveis sociodemográficas e clínicas, com o objetivo de caracterizar os participantes e identificar possíveis preditores associados à qualidade do sono, qualidade de vida e função erétil em homens. O questionário abrangia variáveis essenciais como grupo etário, escolaridade, estado marital, raça, religião, ocupação e renda familiar mensal, permitindo traçar o perfil social e econômico dos participantes.

No campo clínico, foram coletados dados sobre diagnóstico médico, comorbidades cardiovasculares, antecedentes pessoais, medidas antropométricas, prática de atividade física, hábitos como tabagismo e etilismo, e uso de medicamentos contínuos (informação autorreferida pelos participantes relacionada a qualquer classe farmacológica, desde que de uso continuado). A análise foi orientada pelos critérios estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que define recomendações mínimas de atividade física semanal

e utiliza o Índice de Massa Corporal (IMC) como parâmetro para classificar o estado nutricional dos indivíduos. Essas variáveis foram fundamentais para a análise estatística, pois auxiliam na possível identificação de fatores de risco ou proteção (preditores) para os desfechos estudados.

O Índice Internacional de Função Erétil (IIFE)¹¹, para avaliação da função sexual, é composto por 15 questões, divididas em cinco domínios: função erétil, relação sexual, função orgásmica, desejo sexual e satisfação sexual de modo geral. Cada questão tem um valor que varia de 1 a 5, e a soma das respostas gera um escore final para cada domínio, indicando com valores baixos uma qualidade de vida sexual ruim. Além disso, por meio do domínio função erétil, pode-se determinar o grau de disfunção erétil como grave (0 a 6 pontos), moderado (7 a 12 pontos), moderado a leve (13 a 18 pontos), leve (19 a 24 pontos) e sem disfunção (25 a 20 pontos)¹¹.

Para avaliação do sono, usou-se o instrumento Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)^{12,13}, composto por sete componentes, que avaliam diversas dimensões do sono, incluindo a percepção subjetiva da qualidade, o tempo necessário para adormecer, a duração do sono, a eficiência do sono habitual, a ocorrência de distúrbios, o uso de medicação para dormir e a presença de disfunções durante o dia. O resultado final gera um escore global que varia entre 1 e 21 pontos, sendo que valores iguais ou superiores a 5 indicam uma qualidade de sono insatisfatória, enquanto pontuações abaixo de 5 refletem boa qualidade do sono^{12,13}.

Por fim, a avaliação da qualidade de vida foi realizada por meio do instrumento WHOQOL-Bref¹⁴, versão 14, que tem como objetivo mensurar a percepção dos indivíduos sobre sua própria qualidade de vida. Esse questionário é composto por 26 itens distribuídos em quatro áreas: saúde física, bem-estar psicológico, relações sociais e ambiente. Os escores obtidos em cada domínio, assim como o escore global, são convertidos em uma escala de 0 a 100, sendo que valores mais altos indicam melhor qualidade de vida¹⁴.

Os dados foram, inicialmente, analisados por meio da estatística descritiva. As análises foram feitas pelo Statistical Package for Social Sciences para Windows® (SPSS)¹⁵ versão 26.0. Estimativas de proporções e médias são apresentadas com intervalos de confiança de 95% (aproximação Gaussiana para variáveis numéricas e método Bootstrap para variáveis categóricas).

Para avaliar a associação entre os escores dos instrumentos de qualidade de vida, qualidade do sono e função erétil, foi realizado o teste de correlação de Spearman, a qual assume monotonicidade, mas não requer que haja linearidade entre as variáveis.

Para a identificação dos preditores associados à qualidade do sono e função erétil, foi realizado um modelo de regressão logística do tipo Forward com todas as variáveis explanatórias que tiveram um valor $p < 0,20$ na análise univariada.

Inicialmente, os modelos de regressão logística foram criados com apenas uma variável explanatória por vez. Para estudar associações entre a qualidade de vida (avaliada pelo WHOQOL-Bref, *score* geral) e as mesmas variáveis explanatórias das análises acima, foi utilizado um modelo de regressão linear.

Foram respeitadas as determinações éticas propostas pela Resolução nº 466/12¹⁶, do Conselho Nacional de Saúde do Brasil. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul sob Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 40551920.0.0000.0021 e Parecer nº 4.563.215/2021.

Resultados

Participaram da pesquisa 379 homens, com maior prevalência de idade entre 25 e 39 anos (194, 51,2%), ensino médio completo (158, 41,7%), casados (173, 45,6%), pardos (211, 55,7%), evangélicos (138, 36,4%) e com trabalho formal (234, 61,7%). Com relação às variáveis

clínicas da população estudada, as comorbidades mais frequentes foram hipertensão arterial sistêmica (86, 22,7%) e diabetes mellitus (39, 10,3%). A maioria era composta de sedentários, com quadro de sobrepeso (161, 42,5%).

Na análise do sono, foi identificado que a maioria dos usuários era composta de bons dormidores (213, 56%); e, com relação à qualidade de vida, foram identificados escores adequados em todos os domínios avaliados

pelo WHOQOL-Bref, com menor escore no domínio de ambiente, que levou em conta condições do local de moradia, envolvendo acesso a serviços de saúde, mobilidade e meio de transporte. Com relação à função erétil, observou-se que a maioria dos usuários apresentava disfunção erétil leve, seguida de disfunção leve a moderada, com piores escores com relação à função erétil e à satisfação sexual (tabela 1).

Tabela 1. Análise da função sexual e qualidade de vida entre os homens entrevistados. Três Lagoas, MS, Brasil, 2023

Desfechos	Média (DV)	Mediana (min., máx.)	Intervalo de Confiança	
			n (%)	de 95%*
IIFE (escores possíveis)				
Função erétil (6-30)	23.7 (2.4)	25 (12, 27)		(23.5, 24.0)
Satisfação sexual (3-15)	10.4 (2.0)	11 (4, 14)		(10.2, 10.6)
Orgasmo (2, 10)	9.3 (1.3)	10 (2, 10)		(9.1, 9.4)
Desejo sexual (0, 8)	5.9 (1.6)	6 (1, 8)		(5.7, 6.0)
Satisfação geral (0,8)	6.5 (1.6)	7 (0, 8)		(6.3, 6.7)
Função erétil categorizada				
Sem disfunção (26-30)			35 (10.1)	(7.2, 13.5)
Disfunção leve (22-25)			264 (76.1)	(71.5, 80.4)
Leve/moderada (17-21)			37 (10.7)	(7.5, 13.8)
Moderada (11-16)			11 (3.2)	(1.4, 5.2)
WHOQOL-Bref				
Saúde física	74 (16)	75 (14, 100)		(73, 76)
Saúde psicológica	76 (14)	75 (25, 100)		(75, 78)
Relações sociais	75 (18)	75 (0, 100)		(74, 77)
Ambiente	70 (15)	69 (25, 100)		(68, 71)

Fonte: elaboração própria.

* Intervalo de confiança de 95% para média de variáveis numéricas (usando aproximação Gaussiana) e para proporção para variáveis categóricas (usando o método Bootstrap, baseado em 1.000 Bootstrap amostras).

Na análise da correlação entre a qualidade de vida e a qualidade do sono, foi identificado que, quanto melhor a qualidade de vida no domínio físico (rho -0,57; p < 0,05), no domínio psicológico (rho -0,56; p < 0,05), no domínio social (rho -0,45; p < 0,05) e no domínio

ambiental (rho -0,43; p < 0,05), maior era a qualidade do sono. Também foram identificadas correlações significativas entre a função erétil e qualidade de vida e do sono, exceto entre WHOQOL Psicológico e Função Erétil (tabela 2).

Tabela 2. Correlações entre a função sexual, qualidade de vida e sono. Três Lagoas, MS, Brasil, 2023

Correlações	IIFE				
	Função erétil	Satisfação sexual	Orgasmo	Desejo sexual	Satisfação geral
WHOQOL-Bref					
Físico	0.28*	0.30*	0.23*	0.40*	0.40*
Psicológico	0.07	0.31*	0.16*	0.46*	0.42*
Social	0.21*	0.20*	0.11*	0.36*	0.41*
Ambiente	0.23*	0.22*	0.11*	0.37*	0.33*
PSQI-BR global	-0.15*	-0.30*	-0.16*	-0.38*	-0.38*

Fonte: elaboração própria.

*Correlação de Spearman.

Ao analisar os preditores associados à qualidade do sono, foi identificado que o uso contínuo de medicamentos aumenta em 0.53 vezes a chance de serem bons dormidores.

Avaliando os preditores relacionados à função erétil, foi identificado que a idade e o estado marital apresentaram valores estatisticamente significativos, sendo que os homens

com 50-60 anos apresentam mais chances de ter disfunção erétil do que os homens com 20-24 anos. Além disso, homens casados têm uma probabilidade três vezes maior de relatar disfunção erétil do que um homem solteiro, com todas as outras variáveis sendo iguais (tabela 3).

Tabela 3. Preditores da regressão logística associada à qualidade do sono e função erétil. Três Lagoas, MS, Brasil, 2023

Variável	Beta	S.E.	Wald	Valor p	OR	95% CI	
						Limite inferior	Limite Superior
Preditores para a Qualidade do Sono							
Uso de medicamentos contínuos (sim)	-0.61	0.22	7.58	< 0,01	0.54	0.34	0.83
Constante	0.16	0.18	0.83	0.36	1.18		
Preditores para Função Erétil							
Idade			28.47	< 0,01			
25-29 (referência)							
50-54	1.36	0.72	3.52	0,06	3.912	0.94	16.23
55-60	2.48	0.69	12.61	0.000	11.945	3.039	46.94
Casado/com companheiro	1.10	0.48	5.20	0.02	3.025	1.168	7.83
Constante	-3.58	0.69	26.51	0.000	0.02		

Fonte: elaboração própria.

OR: Odds Ratio.

Na análise da regressão linear, a fim de identificarmos os preditores associados à qualidade de vida relacionada à saúde física, foi observado que fazer uso de medicamentos contínuos é um preditor de pior qualidade de vida em todos os domínios avaliados pelo WHOQOL-Bref. A prática da atividade física foi um preditor de melhor qualidade de vida

nos domínios psicológico e de ambiente, ter peso acima do normal foi um preditor de pior qualidade de vida no domínio físico, e evangélicos e pessoas sem religião relataram pior qualidade de vida relacionada com ambiente do que católicos, enquanto espíritas e pessoas com outras religiões relataram melhor qualidade de vida do que católicos (*tabela 4*).

Tabela 4. Preditores da regressão linear associado aos domínios da qualidade de vida. Três Lagoas, MS, Brasil, 2023

Parâmetro	B	Erro Padrão	Wald Chi-Square	df	valor p
WHOQOL-Bref - domínio físico					
Constante	80.61	1.22	4267.51	1	<.001
Medicamento contínuo (referência = Não)					
Sim	-14.26	1.59	80.22	1	<.001
IMC (referência: abaixo ou normal)					0.05
Obeso	-5.02	2.04	6.05	1	0.01
WHOQOL-Bref - domínio psicológico					
Constante	76.29	1.08	4970.40	1	<.001
Atividade Física (referência = Não)					
Sim	3.88	1.42	7.39	1	.007
Uso contínuo de medicamentos (referência = Não)					
Sim	-4.70	1.51	9.59	1	.002
WHOQOL-Bref - domínio relações sociais					
Constante	77.63	1.12	4722.89	1	<.001
Uso contínuo de medicamentos (referência = Não)					
Sim	-6.80	2.00	11.48	1	<.001
WHOQOL-Bref - domínio ambiente					
Constante	71.18	1.60	1959.10	1	<.001
Religião (Referência: católica)					0.02
Evangélico	-5.33	1.79	8.87	1	.003
Atividade Física (referência = Não)					
Sim	4.76	1.53	9.63	1	.002
Uso contínuo de medicamentos (referência = Não)					
Sim	-4.02	1.64	5.97	1	.02

Fonte: elaboração própria.

B: beta; df: diferença.

Discussão

Sobre os resultados identificados na presente pesquisa, particularmente, sobre as variáveis comorbidades, como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e sedentarismo, o cenário reforça a importância das diretrizes da PNAISH, que tem como objetivo ampliar e qualificar o acesso da população masculina aos serviços de saúde, especialmente na atenção primária. A política destaca como eixos prioritários o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis e a promoção de hábitos saudáveis, reconhecendo que fatores como o sedentarismo, a automedicação e o uso irregular dos serviços de saúde são barreiras ainda presentes na realidade masculina¹.

Ademais, destaca-se que, numa pesquisa¹⁷ na qual os autores buscaram as variações entre mulheres e homens ao analisarem fatores de risco, terapias utilizadas, ocorrência de doenças cardiovasculares e mortalidade em 27 países com diferentes níveis de renda (alta, média e baixa), observou-se que, na prevenção primária, os tratamentos cardiovasculares são mais frequentemente aplicados em mulheres do que em homens. No entanto, essa tendência se inverte na prevenção secundária. Ainda assim, de forma consistente, os desfechos clínicos são mais favoráveis entre as mulheres, independentemente da presença prévia de doença cardiovascular¹⁷.

Em uma investigação feita na Nigéria¹⁸, os pesquisadores abordaram de forma detalhada a qualidade de vida de homens que enfrentam hipertensão juntamente com disfunção erétil. Os autores constataram que essa condição de saúde compromete não apenas a esfera física, mas, também, o bem-estar psicológico dos indivíduos, afetando significativamente diversos aspectos da qualidade de vida em geral. Para mensurar tais impactos, foi utilizado o instrumento WHOQOL-Bref, que se mostrou eficaz em evidenciar a relevância da avaliação multifatorial da qualidade de vida em indivíduos que sofrem de disfunção erétil¹⁸.

No Brasil, um estudo¹⁹ realizado com homens de grupo etário distinto em relação à presente pesquisa, com doença renal crônica, em hemodiálise, observou que 66,30% dos homens adultos com doença renal crônica apresentaram função erétil insatisfatória, caracterizada como disfunção erétil. No entanto, a maioria dos participantes relatou qualidade de vida sexual regular a excelente¹⁹.

Adicionalmente, uma investigação na Espanha²⁰ evidenciou a substancial associação entre a disfunção erétil e a redução da autoestima, bem como a diminuição da qualidade de vida dos participantes. Baseando-se nos dados coletados em que se empregou o WHOQOL-Bref para avaliar os diferentes domínios da qualidade de vida, revelou-se uma correlação significativa entre a gravidade da disfunção erétil e impactos negativos nas relações sociais e na saúde psicológica dos homens envolvidos²⁰.

Em 2022, estudo¹⁵ tomou como objeto de investigação a complexa relação entre a qualidade do sono e a disfunção erétil, com o objetivo de analisar de que forma a qualidade do sono, monitorada por dispositivos tecnológicos contemporâneos como Fitbit e RigiScan, poderia influenciar na função erétil dos participantes. Os resultados sugeriram que a má qualidade do sono é um potencial fator de risco para a disfunção erétil, indicando a necessidade de um enfoque holístico na saúde dos homens²¹.

Uma análise metódica da literatura²² sobre a relação entre covid-19, alterações na qualidade do sono e disfunção erétil destacou que vários parâmetros de sono, como a latência e a eficiência, estavam diretamente relacionados à presença de disfunção erétil. Os homens que relataram uma baixa qualidade do sono mostraram ter uma maior probabilidade de desenvolver problemas de ereção e, conseqüentemente, uma satisfação sexual reduzida. Esses achados sugerem, de maneira consistente, que a qualidade do sono pode atuar como um preditor significativo para problemas de disfunção sexual²².

A qualidade de vida é um componente essencial na avaliação integral da saúde das pessoas. Entre os diversos fatores que a influenciam, destaca-se a qualidade ambiental, entendida como um dos domínios avaliados pelo WHOQOL-Bref. Esse domínio abrange aspectos como segurança física, condições do ambiente domiciliar, acesso a serviços de saúde, transporte, lazer, recursos financeiros e oportunidades de adquirir informações. Esses elementos impactam diretamente a saúde física, o bem-estar psicológico e as relações sociais dos indivíduos, evidenciando a importância de considerar o ambiente em que vivem ao se analisar sua qualidade de vida de forma abrangente²³.

O uso de medicamentos e sua associação com a qualidade do sono foram identificados anteriormente, especialmente em interação com o uso de antidepressivos, ansiolíticos e medicamentos para hipertensão arterial sistêmica. Esses medicamentos podem interferir negativamente na qualidade do sono, causando insônia, o que impacta em problemas como a disfunção erétil. Estudos demonstram que a qualidade do sono, em particular, a insônia, e condições como apneia obstrutiva do sono têm uma relação significativa com a função erétil. Insônia severa está associada a uma redução nos escores do IIFE, indicando uma ligação entre má qualidade do sono e disfunção erétil²⁴.

No que diz respeito à função erétil, a idade avançada e o tempo em um relacionamento de longo prazo também são fatores associados ao declínio da função erétil. A exposição prolongada a fatores estressantes e a condições de saúde crônicas, como diabetes e hipertensão, comumente observadas em homens em grupos etários superiores, pode contribuir para a piora da disfunção erétil. Ademais, o casamento ou relacionamentos longos podem influenciar negativamente na função erétil, possivelmente devido a fatores emocionais ou à diminuição da excitação sexual ao longo do tempo²⁵.

Por fim, destaca-se que a PNAISH, que reconhece a saúde sexual como um dos cinco eixos prioritários da atenção à população masculina, propõe a ampliação do cuidado ao homem adulto, tradicionalmente afastado dos serviços de saúde, bem como o enfrentamento de barreiras socioculturais que dificultam o reconhecimento de problemas sexuais como legítimos e dignos de atenção¹.

Quanto às limitações deste estudo, citam-se a impossibilidade de estabelecer relações de causa e efeito e a falta de exploração de fatores psicológicos e sociais que podem influenciar na função erétil e na qualidade do sono.

Conclusões

O presente estudo identificou que a maioria dos participantes era sedentária e apresentava comorbidades como hipertensão e diabetes, e, a partir disso, se ressalta a necessidade de estratégias de saúde para abordar o impacto de tais condições na função erétil e no bem-estar da população masculina.

A correlação entre a qualidade do sono e a qualidade de vida, especialmente nos domínios físico, psicológico, social e ambiental, sugere que melhorar o sono pode ser fundamental para a qualidade de vida. A análise de preditores de disfunção erétil e qualidade do sono oferece uma compreensão dos fatores associados à saúde sexual masculina. Desse modo, homens com maior idade e casados, no grupo estudado, mostraram maior propensão à disfunção erétil, destacando a importância de se monitorar tais grupos.

A associação entre o uso contínuo de medicamentos e a piora da qualidade de vida e do sono ressalta a necessidade de um equilíbrio entre eficácia do tratamento e saúde geral. Práticas regulares de atividade física surgem como fator protetor para a qualidade de vida, indicando que intervenções que estimulem um estilo de vida ativo são relevantes.

Portanto, os achados mostram a complexidade dos fatores que afetam a saúde sexual e a qualidade de vida, alertando sobre a necessidade de uma abordagem multidisciplinar. Políticas de saúde que integrem hábitos saudáveis, gestão de comorbidades e intervenção precoce em disfunção sexual podem melhorar a qualidade de vida da população estudada.

Colaboradores

Dos-Santos EM (0000-0002-1221-0377)*, Luize LM (0000-0001-8056-7282)*, Lacerda VX (0009-0004-2283-8020)*, Nogara HY (0000-0002-4593-8655)*, Borges J (0009-0000-5401-641X)*, Santos VB (0000-0001-5130-5523)* e Santos MA (0000-0002-7940-6673)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009.
2. Dantas GC. Grupo de homens, estratégia bem-vinda e promissora para melhoria da abordagem na consulta médica. *Interface (Botucatu)*. 2023;27:e220673. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.220673>
3. Hemmi APA, Baptista TWF, Rezende M. O processo de construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Physis*. 2020;30(3):e300321. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300321>
4. Smith L, Grabovac I, Yang L, et al. Participation in physical activity is associated with sexual activity in older English adults. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(3):489. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph16030489>
5. Agrawal P, Singh SM, Able C, et al. Os distúrbios do sono estão associados à deficiência de testosterona e à disfunção erétil – uma análise de banco de dados de reivindicações dos EUA. *Int J Impot Res*. 2024;36:78-82. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41443-022-00649-2>
6. Cripps SM, Mattiske DM, Pask AJ. Erectile dysfunction in men on the rise: is there a link with endocrine disrupting chemicals? *Sex Dev*. 2021;15(1-3):187-212. DOI: <https://doi.org/10.1159/000516600>
7. Barros MBA, Lima MG, Ceolim MF, et al. Quality of sleep, health and well-being in a population-based study. *Rev Saúde Pública*. 2019;53:82. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053001067>
8. Nebioğlu A, Başaranoğlu M, Çayan S. Impact of sleep quality and chronotype on self-reported erectile function in young adults presenting with erectile complaints: a prospective observational study. *Int J Impot Res*. 2025. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41443-025-01089-4>
9. Cihan A, Kazaz İO, Duran MB, et al. Prevalence of Poor Sleep Quality and Its Determinants Among Men Suffering from Erectile Dysfunction. *J Urol Surg*. 2023;10(3):227-32. DOI: <http://dx.doi.org/10.4274/jus.galenos.2022.2022.0073>
10. Von Elm E, Altman DG, Egger M, et al. Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *BMJ*. 2007;335(7624):806-8. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.39335.541782.AD>
11. Gonzalez AI, Sties SW, Wittkopf PG, et al. Validação do Índice Internacional de Função Erétil (IIFE) para uso no Brasil. *Arq Bras Cardiol*. 2013;101(2):176-82. DOI: <https://doi.org/10.5935/abc.20130141>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

12. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, et al. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res.* 1989;28(2):193-213. DOI: [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)
13. Bertolazi AN, Fagundes SC, Hoff LS, et al. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *Sleep Med.* 2011;12(1):70-5. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2010.04.020>
14. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Rev Saúde Pública.* 2000;34(2):178-183. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>
15. IBM Corp. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 26.0. Armonk (NY): IBM Corp; 2019. IBM Corp. IBM SPSS Statistics for Windows [Internet]. Versão 26.0. Armonk (NY): IBM Corp; 2019 [acesso em 2023 mar 20]. Disponível em: <https://www.ibm.com/products/spss-statistics>
16. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União, Brasília, DF.* 2013 jun 13; Edição 112; Seção 1:59-62.
17. Walli-Attai M, Joseph P, Rosengren A, et al. Variations between women and men in risk factors, treatments, cardiovascular disease incidence, and death in 27 high-income, middle-income, and low-income countries (PURE): a prospective cohort study. *Lancet.* 2020;396(10244):97-109. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30543-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30543-2)
18. Ezemenahi SI, Alabi AN, Ogunfowokan O. Quality of life of hypertensive men with erectile dysfunction in a tertiary health centre in southern Nigeria. *Afr J Prm Health Care Fam Med.* 2023;15(1):a3875. DOI: <https://doi.org/10.4102/phcfm.v15i1.3875>
19. Barros Neto JD, Teixeira TA, Silva FT, et al. Erectile dysfunction among men with chronic kidney disease undergoing hemodialysis in a Brazilian Amazon urban setting: an epidemiological study. *Braz J Nephrol.* 2024;46(4):e20240065. DOI: <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2024-0065en>
20. Benitez J, Laborda E, Sandoval-Salinas C. (O-29) Quality of life and self-esteem in Spanish men with erectile dysfunction. *J Sex Med.* 2024;21(supl3):qdae018.023. DOI: <https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdae018.023>
21. Zhang Y, Zhang W, Feng X. Association between sleep quality and nocturnal erection monitor by RigiScan in erectile dysfunction patients: a prospective study using Fitbit Charge 2. *Basic Clin Androl.* 2023;33:31. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12610-023-00206-x>
22. Andersen ML, Tufik S. The association between sleep disturbances and erectile dysfunction during the COVID-19 pandemic. *Sex Med Rev.* 2022;10(2):263-70. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2021.12.001>
23. Wong FY, Yang L, Yuen JWM, et al. Assessing quality of life using WHOQOL-BREF: a cross-sectional study on the association between quality of life and neighborhood environmental satisfaction, and the mediating effect of health-related behaviors. *BMC Public Health.* 2018;18:1113. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5942-3>
24. Kohn TP, Kohn JR, Haney NM, et al. The effect of sleep on men's health. *Transl Androl Urol.* 2020;9(supl2):S178-85. DOI: <https://doi.org/10.21037/tau.2019.11.07>
25. Pizzol D, Ilie PC, Veronese N. Medication use and sexual activity in older adults. In: Smith L, Grabovac I, editores. *Sexual behaviour and health in older adults.* Cham: Springer; 2023. p. 121-30. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-031-21029-7_9

Recebido em 28/01/2025

Aprovado em 19/06/2025

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: não houve

Editoras responsáveis: Ana Maria Costa e Jamilli Silva Santos

Compreensão de gestores municipais sobre o PMAQ: experiência na Região de Saúde do Crato

Municipal managers' perceptions of the PMAQ: Experience in the Crato Health Region, Ceará, Brazil

Nalber Sigian Tavares Moreira^{1,2,3}, Ana Paula Soares Gondim¹, Ana Patrícia Pereira Morais⁴

DOI: 10.1590/2358-289820251469850P

RESUMO A institucionalização dos processos avaliativos como eixo central de melhoria da atenção primária é um desafio para os sistemas de saúde universais. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade instituiu um processo de avaliação baseado no desempenho alcançado na implantação e no desenvolvimento de elementos associados a um padrão de qualidade. Este estudo analisou a compreensão do programa sob a perspectiva dos gestores municipais de saúde na Região de Saúde do Crato, Ceará, Nordeste do Brasil. Os participantes foram secretários municipais de saúde e coordenadores da Atenção Primária à Saúde. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas em junho de 2020, e a análise tomou como base os preceitos da análise de conteúdo. Três categorias empíricas foram identificadas: (1) A compreensão do PMAQ como política indutora de ambiência e gratificação; (2) Amplitude do programa na gestão da atenção básica: contribuições e desafios; e (3) O papel dos gestores: comprometimento e integração. Os achados evidenciaram dificuldades do programa em institucionalizar processos de avaliação e gestão das equipes. Foram observadas percepções divergentes sobre a capacidade de reorganizar o trabalho na gestão da atenção primária e sobre o impacto dos processos competitivos, sobrecarregando trabalhadores e causando desgastes psíquicos.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Avaliação em saúde. Programas nacionais de saúde.

ABSTRACT *The institutionalization of evaluation processes as a central mechanism for improving primary care is a challenge for universal health systems. The National Program for Improving Access and Quality of Primary Care established a performance-based evaluation framework, assessing the implementation and development of elements aligned with defined quality standards. This study analyzed the understanding of the program from the perspective of municipal health managers in the Crato Health Region, Ceará, in northeastern Brazil. Participants were municipal health secretaries and primary health care coordinators. Data were collected through semi-structured interviews in June 2020, and the analysis was based on the principles of content analysis. Three empirical categories were identified: (1) Understanding PMAQ as a policy for improving the work environment and incentives; (2) Scope of the program in managing primary care: contributions and challenges; and (3) The role of managers: commitment and integration. The findings highlighted the program's difficulties in institutionalizing evaluation and team management processes. Divergent perceptions were observed regarding its capacity to reorganize work in primary care management and the impact of competitive processes, overburdening workers, and causing psychological strain.*

KEYWORDS *Primary Health Care. Health evaluation. National health programs.*

¹ Universidade Federal do Ceará (UFC) – Fortaleza (CE), Brasil.
nalbersigiantm@gmail.com

² Centro Universitário Christus (Unichristus) – Fortaleza (CE), Brasil.

³ Secretaria Estadual de Saúde do Ceará (SES-CE) – Fortaleza (CE), Brasil.

⁴ Universidade Estadual do Ceará (UECE) – Fortaleza (CE), Brasil.



Introdução

A avaliação em saúde constitui-se como instrumento essencial para aprimorar políticas, programas e serviços, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS), permitindo julgar valor e orientar decisões baseadas em evidências¹. Modelos teóricos como o de Donabedian², ao estruturarem a avaliação nos componentes de estrutura, processo e resultado, têm sido amplamente utilizados para compreender as múltiplas dimensões da qualidade em saúde. Tais abordagens favorecem a análise dos recursos disponíveis, da organização do trabalho e dos efeitos sobre o cuidado e a satisfação dos usuários³.

No contexto brasileiro, a consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF) expandiu a cobertura da APS, porém, desafios persistem quanto à integralidade das ações, ao financiamento e à qualificação da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)⁴. Para enfrentar essas questões, o Ministério da Saúde instituiu, em 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que introduziu mecanismos sistemáticos de avaliação e certificação baseados em desempenho, com impacto direto na alocação de recursos e indução de mudanças nos processos de trabalho⁵.

O PMAQ-AB fundamentou-se em premissas de avaliação externa, contratualização de indicadores e incentivos financeiros atrelados a padrões de qualidade, buscando promover uma cultura avaliativa e induzir a melhoria contínua dos serviços de APS^{5,6}. Diversos estudos evidenciaram avanços em aspectos estruturais e organizacionais, mas persistem lacunas quanto à institucionalização da avaliação na rotina dos gestores municipais e à apropriação efetiva de seus resultados para o aprimoramento da gestão local^{7,8}.

Diante desse cenário, o presente estudo objetiva compreender como os gestores percebem, interpretam e operacionalizam o PMAQ-AB em seu contexto municipal, explorando limites, potencialidades e desafios

do programa a partir do olhar desses atores. O estudo se justifica pela necessidade de compreender como políticas nacionais de avaliação são apropriadas no contexto local, contribuindo para aprimorar estratégias de qualificação da APS no SUS.

Material e métodos

Trata-se de um estudo qualitativo, de natureza exploratória e descritiva, realizado na região de saúde do Crato, no sul do estado do Ceará. A escolha dessa região se justifica por sua relevância como polo regional de gestão e pela expressiva participação no PMAQ-AB, além de apresentar características organizacionais e desafios típicos do interior nordestino, o que favorece a compreensão de dinâmicas municipais na implementação de políticas avaliativas.

A região de saúde do Crato abrange 13 municípios; para o estudo, foram convidados todos os secretários municipais de saúde e os coordenadores da APS de cada município. Três municípios foram excluídos devido à indisponibilidade dos gestores para participação durante o período de coleta. Assim, participaram gestores de 10 municípios, totalizando 10 secretários e 10 coordenadores de APS. Os critérios de inclusão foram: estar em exercício regular da função durante a coleta de dados e concordar em participar mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os critérios de exclusão foram: afastamento legal (férias ou licença) ou recusa em participar.

A coleta de dados foi realizada em janeiro de 2020, por meio de entrevistas semiestruturadas conduzidas pelo próprio pesquisador. As entrevistas foram gravadas e transcritas integralmente, utilizando a técnica verbatim, que consiste em reproduzir fielmente a fala dos participantes, mantendo suas expressões originais para assegurar a autenticidade e riqueza do material qualitativo⁹. As transcrições foram posteriormente revisadas para garantir a fidedignidade dos registros.

Foram coletadas informações sobre sexo, formação profissional, tempo de atuação na gestão e idade dos participantes. A análise dos dados baseou-se no método de análise temática de conteúdo, conforme Minayo¹, com identificação e categorização dos temas emergentes a partir dos eixos definidos pelo referencial teórico adotado. A organização das categorias empíricas articulou os achados das entrevistas às dimensões de estrutura, processo e resultado, propostas por Donabedian, para se obter uma análise integrada das experiências dos gestores municipais com o PMAQ-AB.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, sob o parecer nº 3.344.159 e CAAE 08277519.8.0000.5534, em 23/05/2019, e seguiu as normas da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde¹⁰.

Resultados e discussão

Com relação ao sexo, observou-se uma predominância do feminino, representando 80% dos

secretários municipais e todos os coordenadores. Quanto à formação profissional, eram enfermeiros 50% dos secretários municipais e 100% dos coordenadores da APS. O restante dos secretários eram: administradores, farmacêutico, biomédico e biólogo. Com relação ao tempo de atuação na gestão, observou-se uma média de 4,6 anos, com desvio-padrão de 5,5 para os secretários; e uma média de 3,2 anos, com desvio-padrão de 2,4 para os coordenadores. A média de idade dos gestores foi de 37,4 anos, com desvio-padrão de 6,0 para os secretários municipais; e de 38,4 anos, com desvio-padrão de 5,60 para os Coordenadores da Atenção Básica. Os valores mínimos e máximos de tempo de atuação na gestão foram de 2 e 20 anos, e o intervalo de idade dos gestores variou de 28 a 48 anos.

A partir dos núcleos de sentido, foram construídas as sínteses horizontais, resultando na formulação de três categorias empíricas, conforme apresentado no *quadro 1*. Essas categorias foram analisadas e discutidas com base no referencial e nos pressupostos teóricos do estudo.

Quadro 1. Distribuição das categorias empíricas da pesquisa com seus núcleos de sentido

Categorias empíricas	Núcleos de sentido
A compreensão do PMAQ como política indutora de ambiência e gratificação	Percepção sobre a finalidade do PMAQ
PMAQ e sua amplitude na gestão da APS: contribuições, fragilidades e desafios	Impactos nos processos de trabalho das equipes, avanços e contribuições Dificuldades e críticas Perspectivas e desafios
O papel dos gestores no PMAQ: comprometimento e integração	O comprometimento do gestor no PMAQ: experiências e vivências Alinhamento e integração dos gestores

Fonte: elaboração própria.

A compreensão do PMAQ como política indutora de ambiência e gratificação

Nesta categoria, surgiram falas relativas ao modo de compreensão que se expressaram na rotina de cada função gestora entrevistada. Para os Secretários, a ênfase é dada, geralmente, no potencial de transformação financeira que o programa pode trazer. A relação com a melhoria da infraestrutura das unidades foi feita por todos os gestores entrevistados.

Enfim, sinceramente, o significado na prática para nós, gestores, é que ele trouxe melhorias estruturais para as nossas UBS, trazendo mais recursos para isto. Meu entendimento maior do PMAQ é por isto mesmo, e foi nossa sorte ele ter durado este tempo. (S10).

Meu único contato com o PMAQ na secretaria de saúde foi para discutir gratificação dos profissionais e reforma nas unidades, por isto entendo que sua finalidade hoje é substancialmente destravar um pouco o subfinanciamento. (S9).

Os Secretários percebiam o PMAQ como uma política indutora de uma adequada ambiência nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), garantindo infraestrutura, instalações, equipamentos e insumos necessários ao processo de trabalho das equipes, assim como estava descrito nos padrões relacionados à qualidade do vínculo e das relações de trabalho⁴.

A aplicação dos incentivos financeiros era delegada à autonomia das gestões municipais, cabendo a cada administração local a responsabilidade de definir seus próprios critérios de utilização desses recursos⁵. Dentro do contexto crônico e notório de subfinanciamento da saúde, que incide mais fortemente sobre a APS, os incentivos são supervalorizados pelos secretários municipais, como evidenciado nas falas.

Conforme apontado por Manguiera¹¹ e Pinto¹², a implementação do PMAQ resultou em uma elevação significativa do financiamento destinado tanto às equipes quanto à

APS de modo geral, com incremento nos repasses financeiros aos municípios, que atingiu, aproximadamente, 30%, devido à introdução do componente de qualidade do programa.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) afirmou que, dos anos 1950 até meados de 1980, a grande preocupação dos gestores municipais da saúde era o seu financiamento, enquanto a questão de recursos humanos era vista como algo secundário¹³. Observou-se que os efeitos desse modelo ainda parecem fortes em alguns gestores ouvidos.

Para os coordenadores da APS, a compreensão do PMAQ era mais ampla, sendo percebido como um dispositivo avaliativo de melhoria, um instrumento para nortear ações, dar efetividade, reforçar e fortalecer toda a atenção básica, que pode promover reflexões dos processos de trabalho e ainda induzir mecanismos de mudanças baseados em padrões pré-determinados.

Entendo o programa como um reforço para a qualidade e fortalecimento. Chamo reforço porque nós utilizamos com muita ênfase o Qualifica APSUS aqui, e ambos os programas serviram de norte para nossa gestão e para o aprimoramento dos serviços. (C3).

Eu acho que a finalidade do PMAQ é de certificar o município de acordo com o seu desempenho nas avaliações e premiar financeiramente. Isto deveria induzir mecanismos de mudança na saúde como um todo, ou no mínimo produzir reflexões quanto aos processos de trabalho. (C10).

A divergência desse grupo de gestores com o grupo de secretários reside na apreensão de uma lógica burocrática do PMAQ, envolvendo a compreensão enfática da importância da indução financeira do programa, o que concretiza a percepção predominantemente administrativa das atribuições do Secretário. Nesse sentido, como nos alerta Pinto¹², o PMAQ é visto como burocrático, financiador, normativo e fiscalizatório por esses gestores.

Há, também, relatos de desconhecimento total da finalidade do programa, o qual é atribuído à agenda extensa do gestor, que impede o contato ou um envolvimento maior, e ao pouco apoio institucional recebido. O PMAQ, desse modo, é apreendido como algo menor ou como de responsabilidade exclusiva da Coordenação da atenção básica:

A experiência que tenho, acredito até que de todos que estão como Secretários, é de ter um contato muito pontual e episódico com este PMAQ, então não sei exatamente qual sua finalidade. É uma indagação teórica que deve ser dirigida para a Coordenação da atenção básica. (S1).

Eu ontem mesmo estava perguntando sobre o PMAQ à Coordenadora. Acho que ela parou com as ações, e vou solicitar que haja uma retomada das coisas que são importantes pra atingir as metas, porque eu não tenho tempo pra isto e não recebemos apoio nenhum de fora. (S6).

Para Gomes⁸, os gestores são muito pouco orientados e, em geral, possuem pouca vivência em saúde pública. Há um despreparo técnico, fortalecido pela alta rotatividade dos que assumem a gestão, o que prejudica diretamente o seu engajamento nas diversas fases do programa, comprometendo a sua execução.

Para Flores¹⁴, o desconhecimento das ações e finalidades do programa dificulta a participação do secretário, de modo a limitar o envolvimento efetivo do secretário ao longo de todas as etapas do programa, restringindo sua atuação, principalmente, ao momento inicial de adesão e criando obstáculos adicionais para a condução adequada das atividades propostas.

Compreender o PMAQ através da visão dos gestores envolvidos é, também, um instrumento de aperfeiçoamento do programa. A partir do aprofundamento teórico sobre essas percepções, encontramos evidências de que o programa é percebido como indutor de mudanças na APS, o que foi perfeitamente capturado pelos coordenadores, que imprimem a percepção de que o programa foi formulado

como uma estratégia para impactar a realidade da saúde brasileira, indo ao encontro do que é explicitado nos documentos institucionais⁵.

No entanto, essa compreensão é posta em confronto quando se analisa a maioria das falas dos secretários sobre as diretrizes e os objetivos do programa. Para esse grupo de gestores, o PMAQ tem a finalidade principal de prestar suporte financeiro aos municípios, não se constituindo como um norteador para a sua gestão.

Assim, constatou-se que secretários e coordenadores municipais compreenderam o PMAQ de variadas formas. Os discursos dos participantes convergiram, complementaram-se, mas, também, em alguns momentos, foram contraditórios, evidenciando algumas ideias centrais ou modos de perceber o PMAQ, que vão do envolvimento ao desconhecimento do programa. Assim, a finalidade do PMAQ foi compreendida como indutora de mudanças, e ele, como um programa verticalizado, de financiamento, exigente e complicado. Por alguns, até com indiferença.

PMAQ e sua amplitude na gestão da APS: contribuições, fragilidades e desafios

O subfinanciamento é uma grande realidade. Os municípios da região são quase exclusivamente dependentes do SUS, realidade que fez do PMAQ uma ferramenta ainda mais potente aos olhos dos gestores.

De fato, quando se compara a injeção de recursos na APS provenientes do terceiro ciclo do programa, comprova-se um aporte financeiro significativo ocorrido na região de saúde como um todo. Observa-se uma variação significativa nos valores entre os ciclos, com municípios apresentando aumentos expressivos, como Altaneira (177%) e Crato (57%). Ao final, para todos os municípios da região, houve um incremento financeiro de 30%¹⁵.

Sobre a implantação do incentivo de remuneração às equipes, para as Coordenações, representou um reconhecimento e valorização

do trabalho desempenhado por todos, Suas falas vão de encontro aos documentos oficiais do programa quando afirmam que o repasse financeiro potencializa a satisfação do profissional com o trabalho e melhora a qualidade dos serviços prestados aos usuários.

Barreto¹⁶ afirma que o incentivo financeiro na saúde representa um potente recurso motivacional, sendo um método efetivo para promover intervenções pontuais e transformações de curto prazo, situações que demandam acompanhamento contínuo e avaliações regulares. A gratificação pode ser um componente que afeta a performance, alterando o estado psicológico de disposição e elevando o interesse de executar as ações e alcançar as metas.

Outro ponto relevante nas falas dos Secretários referente ao repasse é a falta de normas para destinar esse recurso. Para alguns, este foi um grande desafio.

Ter que agradar a todos, profissionais e prefeito, fico numa corda bamba com este repasse. Motorista e ACS vão reclamar no gabinete, vereadores compram a briga, eu aqui com dezenas de coisas sérias pra resolver... É a maior fragilidade deste programa. Não tem secretário que não reclame. (S7).

É uma dor de cabeça grande repassar. O ministério deveria mandar determinado, resolvido. Ficam com raiva se repassa pra o nível superior, se repassa pra o médio, os Agentes de Saúde querem também... se dividir com todos, fica quase nada. Quando o sindicato chama pra negociar, é muita briga e acusações, difícil repartir. Sou a favor, mas queria algo mais claro. (S10).

O Programa incorpora princípios de negociação e de contratualização, direcionando o desenvolvimento da administração dos recursos em função dos resultados obtidos. Um dos elementos centrais nas falas apuradas foi a ausência dessa cultura. Os secretários reconhecem o empenho dos profissionais que buscam implementar melhorias na qualidade dos serviços, no entanto, são francos em relatar a inabilidade em gerenciar ou negociar esse pagamento.

Nos municípios da região, esse repasse é regular em 77% dos municípios adscritos, sendo que somente 38% rateiam entre profissionais de nível superior e médio, e 68% somente entre os profissionais de nível superior. Os critérios e valores dos repasses são distintos para cada município, fruto de decisões locais que envolveram políticos e/ou sindicatos. Nenhum dos secretários relatou estar totalmente de acordo com o modelo de rateio adotado em seus próprios municípios.

Os secretários demonstraram que poderia haver o uso político desse repasse para satisfazer os profissionais, que, em sua maioria, receberam a gratificação como complemento de um salário insuficiente e defasado. Nesse rateio entre município e profissionais, acabou sobrando pouco para estruturar as unidades, havendo uma reação em cadeia, em que as condições de trabalho não são melhoradas, os profissionais não são qualificados e, por conseguinte, o objetivo do programa não foi atingido.

Enquanto isso, para os coordenadores, há um relativo medo dos profissionais da ponta da utilização do programa como mais uma forma de fiscalização e punição das equipes pelos gestores, utilizando a certificação como respaldo para a permanência do profissional com fragilidade de vínculo empregatício. Essas relações trabalhistas permeadas por medo expõem os trabalhadores a relações de assédio moral no trabalho. Quando o gestor compreende o PMAQ dessa forma, o uso político está caracterizado.

Essa discussão sedimenta que a remuneração adicional dos trabalhadores precisa articular o aumento da produtividade com a complexidade dos objetos de trabalho, necessitando cada vez mais uma compreensão qualificada do programa para que a proposta de solução da destinação do uso do recurso seja justa.

No intuito de alcançar uma melhor certificação, alguns municípios lançaram mão de um artifício denominado PMAQuiagem. O termo se repetiu na fala de alguns coordenadores

ao se referirem às limitações e aos desafios do programa. Para eles, os preparativos que antecedem a visita do avaliador externo são superados com maquiagens da realidade, como a troca de insumos e materiais entre unidades, ou, ainda, com a adoção de novos processos de trabalho ou dispositivos de organização de fluxo apenas para o momento da verificação.

Na semana que a avaliação externa iria passar, a PMAQuiada foi grande, muitos atendimentos foram instituídos nas unidades só para aquele momento, assim como muitos insumos e materiais só chegavam nos postos justamente naquela semana porque o prefeito mandava comprar. Nós da Coordenação temos culpa também. Em muitos momentos, víamos como uma gincana, competindo com os municípios vizinhos e entre si. (C1).

Muitos dos coordenadores que estão com notas bem altas aí são, na verdade, maquiagem pura. Vá lá e constate se eles fazem acolhimento, se seguem ou se conhecem os protocolos, se agendam ou fazem classificação de risco, se anotam nos cadernos que o PMAQ exigia ou se eles têm a farmácia sempre abastecida, se tem balança, espéculo ou autoclave sempre funcionando ou em condições de uso... (C3).

Assumimos aqui o termo ‘PMAQuiagem’, utilizado por outros pesquisadores do programa no território nacional. A exemplo de Sampaio¹⁷, a palavra foi sendo fixada à medida que se repetiam as tentativas de manipular e modificar a realidade unicamente para a avaliação externa do PMAQ. Para os autores, as PMAQuiagens partem da visão dos gestores de que o PMAQ tem um caráter punitivo, e essa manipulação dos fatos alimenta a equivocada compreensão da avaliação como um dispositivo de críticas e punições, diferentemente do que prevê o programa em suas diretrizes. Assim, as mudanças advindas do PMAQ podem ter sido apenas superficiais ou pontuais, sem um impacto duradouro no processo de trabalho dos profissionais, tendo o possível intuito de apenas ‘maquiar’ a realidade.

Percebe-se que há uma descontinuidade das ações pactuadas pelo PMAQ em alguns municípios da região de saúde, apesar de o programa provocar iniciativas de mudanças nos processos de trabalho e de induzir a transformações que se pautam na ideia de promover mudanças baseadas no conceito de institucionalização da avaliação como um processo contínuo de análise, reflexão e proposição de novas ações e novas práticas¹⁸. Nessa perspectiva, fica o questionamento se o fato de ter sido perguntado na avaliação externa se as equipes cumpriam cada item de verificação do programa é suficiente para considerar o simples cumprimento dos itens avaliados como evidência de que o PMAQ realmente desencadeou e sustentou esses processos de forma duradoura?

Nessa categoria de análise, emergiram questões apresentadas pelos gestores da região que buscam discutir criticamente determinados pontos dessa política abrangente, as quais vão desde a percepção de que houve mudanças nos processos de trabalho, na assistência aos usuários e na gestão dos recursos em saúde, passando pela motivação dos profissionais e pelo incentivo financeiro, até a indução de processos competitivos entre as equipes, sobrecarga de trabalho e desgastes psíquicos dos profissionais.

Assim, o PMAQ integra amplas ações, num formato inovador que aposta, fundamentalmente, em um processo de indução de mudanças e de aperfeiçoamento dos processos de gestão e que precisa ser compreendido como tal pelos seus administradores.

O papel dos gestores no PMAQ: comprometimento e integração

É possível identificar que, para alguns secretários, a APS e o PMAQ são vistos como algo de menor relevância, e fazer a gestão do programa nem sempre é reconhecido como uma atribuição do cargo. Suas preocupações e ações cotidianas no geral focam na oferta local e regional de serviços de complexidade

tecnológica média ou alta. Quando há algum esforço para superar estas situações de pouco envolvimento com o programa, frequentemente elas ocorrem de forma fragmentada e raramente são utilizadas para redesenhar estratégias ou formas de operação que potencializem a APS como prioritária para o gestor permanentemente.

Em que pese esse ponto de fragilidade relativo ao comprometimento do gestor, fato inerente à própria gestão, pode-se afirmar que houve alguns avanços no entendimento do papel de cada administrador do programa. Para parte dos Coordenadores, o PMAQ resultou em muitos documentos, muita informação, uma visão integrada do sistema de saúde, muita cooperação prática e movimentos de monitoramento e avaliação. Essas vivências foram bem relatadas e sistematizadas por alguns deles.

Eu considero uma experiência muito rica estar na coordenação de um município no momento de receber a visita do PMAQ, adequar cada exigência, contornando as personalidades difíceis no meio do caminho. Eu fui criando carinho pelo PMAQ. (C3).

Eu comecei cismada com este PMAQ. Para mim seria só mais trabalho e uma fiscalização. À medida que fomos organizando o serviço seguindo o manual, aí fui vendo o envolvimento de todos, depois veio a motivação para uma boa certificação, o empenho pra uma boa nota e um resultado bom no final de tudo. Hoje, sou apaixonada pelo PMAQ, morro de medo dele acabar. (C10).

Para Flores¹⁴, de forma geral, percebe-se no PMAQ que o envolvimento dos secretários somente ocorre por meio de reuniões com as equipes da APS, a fim de apresentar o programa, suas fases e as ações a serem desenvolvidas, ou seja, no início de cada ciclo. No seu estudo, que investigava as percepções e o envolvimento dos secretários municipais na 28ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul, esses gestores atuavam mais precisamente no gerenciamento do programa, por meio do controle das ações, avaliação das equipes e resultados a serem atingidos.

Para Flores¹, de modo geral, percebe-se no PMAQ que o envolvimento dos secretários costuma se restringir à participação em encontros com as equipes da APS, com a finalidade de apresentar o programa, suas etapas e as atividades a serem realizadas, no início de cada ciclo. Nesse estudo, realizado na 28ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul, que abordou as percepções e o grau de envolvimento desses secretários municipais, observou-se que esses gestores desempenhavam um papel mais direto no gerenciamento do programa, monitorando as equipes e avaliando os resultados obtidos.

Apesar deste estudo apontar para uma baixa integração entre os secretários e os coordenadores, uma vez que os momentos de planejamento e encontro em conjunto eram escassos, o PMAQ foi a única experiência sistematizada de avaliação que promoveu o trabalho em conjunto nos municípios entre gestores:

O bom do PMAQ foi que ele também integrou a equipe gestora daqui. Antes do PMAQ, nunca tínhamos sentados todos em uma reunião pra discutir como avaliar ou mesmo pra nos planejar. Todos juntos, nunca. Isto acontecia por setores, totalmente desintegrados. (S7).

Na correria eterna, só o PMAQ mesmo pra me fazer participar de reuniões consecutivas com os gerentes e coordenadores. Fui aos encontros na regional também, e a gente replicava tudo aqui. Mas eu acredito que não é preciso que eu esteja presente, não sei bem se é papel meu. Tento fazer minha parte, mas o grosso das ações é com coordenações aqui. (S5).

A partir das afirmativas, é possível sugerir a reflexão de que há uma carga excessiva das exigências sobre os coordenadores da APS, uma vez que o compartilhamento das responsabilidades é incomum, o que dificulta a promoção de novas ações e atividades além do escopo do programa e limita a resposta a outras demandas identificadas no contexto local. Há, ainda, outras condições desfavoráveis para o desempenho das funções, como a forma

de contratação, que não gera estabilidade na função e que propicia ansiedade e insatisfação, além de alto índice de rotatividade dos profissionais coordenadores nos cargos de gestão.

Embora não existam dados qualitativos publicados pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) ou órgãos semelhantes que comprovem critérios de nomeação, há uma percepção recorrente entre especialistas e observadores da gestão pública de que, em muitos municípios, as nomeações para cargos de gestão em saúde ocorrem com base em indicações políticas, redes de confiança e vínculos pessoais, mais do que por critérios técnicos ou avaliação de mérito. Essa interpretação sugere que os secretários podem ficar reféns de dinâmicas políticas, reduzindo sua disposição para acompanhar programas, desenvolver competências gerenciais e tomar decisões fundamentadas.

Por meio do PMAQ, buscou-se implementar uma gestão horizontalizada, substituindo o formato vertical, em que as responsabilidades recaíam apenas sobre o secretário, para um modelo em que todos os integrantes da equipe assumissem papel ativo. O empenho coletivo e o engajamento de todos influenciariam de forma direta na certificação positiva do programa.

Ficou evidente neste estudo o envolvimento da maioria dos coordenadores municipais de saúde com o programa, porém, ainda é necessário que os secretários se apropriem dos processos e ações de avaliação de desempenho instituídos, sendo fundamental que esses gestores possuam um olhar ampliado sobre o seu papel e que se adote uma cultura de formação gerencial para o cargo. Além disso, é importante que ambos atuem em sintonia e convergência, a fim de que as fragilidades encontradas no seu comprometimento e engajamento sejam minimizadas.

Em municípios com contextos políticos e organizativos favoráveis à implantação de projetos mais democráticos e com equipes gestoras integradas e alinhadas, a melhoria

do acesso e da qualidade é potencializada¹⁷. Quando os gestores reconhecem esse fato, aumenta-se a possibilidade de acontecerem impactos positivos e definitivos nos serviços.

Considerações finais

Os resultados deste estudo evidenciaram que o PMAQ foi vivenciado pelos gestores municipais e coordenadores da APS, principalmente como um instrumento de aporte financeiro e melhoria estrutural das UBS, atuando, sobretudo, como estratégia de enfrentamento ao subfinanciamento crônico da APS. Embora se reconheça o seu potencial de indução para reorganização dos processos de trabalho e para o planejamento em saúde, sua efetividade, na realidade analisada, permaneceu limitada a avanços materiais e incentivos pontuais, sem consolidar uma cultura avaliativa no cotidiano dos serviços.

No contexto investigado, o programa serviu predominantemente como mecanismo administrativo e financeiro, facilitando investimentos e gratificações, mas a introdução de critérios avaliativos e certificação resultou, em grande parte, em respostas adaptativas de curto prazo, voltadas à adequação durante avaliações externas. Esse movimento, muitas vezes, deu-se em detrimento da incorporação sistemática de práticas avaliativas, revelando limitações associadas tanto ao conhecimento restrito dos gestores sobre avaliação em saúde quanto à baixa apropriação dos instrumentos disponibilizados pelo PMAQ.

Tais achados reforçam o desafio de alinhar percepções e práticas entre diferentes grupos gestores, promovendo o uso efetivo e permanente dos instrumentos avaliativos na rotina das equipes e superando o caráter pontual e instrumental observado no território pesquisado. A experiência contribui para o debate nacional sobre o uso de programas avaliativos e avaliação de desempenho, fornecendo subsídios para o aprimoramento de estratégias em contextos semelhantes e destacando o papel

dos gestores na condução e apropriação dessas ferramentas.

Destaca-se como limitação deste estudo o intervalo temporal entre a coleta de dados (2019-2020) e o atual cenário da gestão municipal e das políticas nacionais de avaliação, considerando as alterações normativas e organizacionais ocorridas desde então. Os resultados aqui apresentados devem ser interpretados à luz do contexto em que foram produzidos, reconhecendo que alguns desafios podem ser persistentes, enquanto outros podem ter se transformado diante das mudanças recentes. Ainda que circunscrita a uma amostra regional, esta pesquisa oferece contribuições importantes para a compreensão dos limites

e possibilidades dos programas avaliativos na APS, estimulando discussões e reflexões.

Colaboradores

Moreira NST (0000-0001-8438-3683)* contribuiu para concepção e desenho do estudo, coleta e análise dos dados, redação e estruturação do manuscrito, revisão crítica do conteúdo. Gondim APS (0000-0003-4267-2422)* contribuiu para revisão dos conteúdos e análise dos resultados. Morais APP (0000-0001-6188-7897)* contribuiu para concepção do estudo, análise dos dados, e revisão crítica do conteúdo. ■

Referências

1. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2011.
2. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q.* 1966;44(3):166-206. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>
3. Protasio APL, Gomes LB, Machado LS, et al. Satisfação do usuário da atenção básica do Sistema Único de Saúde. *Braz J Health Rev.* 2017;1(1):162-71. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002533>
4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Manual para o trabalho de campo PMAQ 3º Ciclo (Avaliação Externa) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [acesso em 2025 jun 6]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pmaq/ciclos-do-pmaq-ab/3o-ciclo/manuais-pmaq/manual_de_campo_pmaq_3ciclo.pdf/view
5. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Documento-Síntese para avaliação externa do PMAQ. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016.
6. Linhares PHA, Lira GV, Albuquerque IMN. Avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no estado do Ceará. *Saúde debate.* 2014;38(esp):195-208. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S015>
7. Fausto MCR, Medina MG, Mendonça MHM, et al. Avaliação do PMAQ-AB: resultados e desafios para a Atenção Básica no Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2014;14(1):S11-23.
8. Gomes LB, Barbosa MG, Ferla AA. Atenção básica: olhares a partir do PMAQ-AB [Internet]. Porto Alegre: Rede Unida; 2016 [acesso em 2025 jun 6]. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

atencao-basica-olhares-a-partir-do-programa-nacional-de-melhoria-do-acesso-e-da-qualidade-pmaq-ab-2/

9. Poland BD. Transcription quality as an aspect of rigor in qualitative research. *Qual Inq.* 1995;1(3):290-310. DOI: <https://doi.org/10.1177/107780049500100302>
10. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União, Brasília, DF.* 2013 jun 13; Seção I:59.
11. Manguiera AA. Organização do processo de trabalho e planejamento de ações das equipes de Atenção Básica no Nordeste: análise do PMAQ – AB [dissertação na Internet]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2016 [acesso em 2025 jun 6]. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/items/5c15458e-8509-4752-8019-72bc96d75690>
12. Pinto HA, Ferla AA, Ceccim RB, et al. Atenção Básica e Educação Permanente em Saúde: cenário apontado pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). *Divulg Saúde debate* [Internet]. 2014 [acesso em 2025 jun 6];(51):145-60. Disponível em: <https://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>
13. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BR). A gestão do trabalho e da educação em saúde [Internet]. Brasília, DF: CONASS; 2011 [acesso em 2020 jul 5]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.9.pdf
14. Flores GMS, Weigelt LD, Rezende MS, et al. Gestão pública no SUS: considerações acerca do PMAQ-AB. *Saúde debate.* 2018;42(116):237-47. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811619>
15. e-Gestor Atenção Básica: Informação e Gestão da Atenção Básica [Internet]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde; [data desconhecida] [acesso em 2024 nov 29]. Disponível em: <https://acesso-egestoraps.saude.gov.br/logi9>
16. Barreto JOM. Pagamento por desempenho em sistemas e serviços de saúde: uma revisão das melhores evidências disponíveis. *Ciênc saúde coletiva.* 2015;20(5):1497-514. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015205.01652014>
17. Sampaio J, Moraes MN, Marcolino EC, et al. PMAQ-AB: a experiência local para a qualificação do Programa Nacional. *Rev Enferm UFPE On Line.* 2016;10(supl5):4318-28. DOI: <https://doi.org/10.5205/reuol.9284-81146-1-SM.1005sup201620>
18. Vieira-Meyer APGF, Morais APP, Guimarães JMX, et al. Infrastructure and work process in primary health care: PMAQ in Ceará. *Rev Saúde Pública.* 2024;54:62. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001878>
19. Feitosa RMM, Paulino A, Lima Júnior JOS, et al. Mudanças ofertadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *Saúde Soc.* 2016;25(3). DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016151514>

Recebido em 13/03/2025

Aprovado em 15/07/2025

Disponibilidade de dados: Os dados de pesquisa não podem ser disponibilizados publicamente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Raquel Abrantes Pêgo

Gestão do cuidado em saúde mental no hospital geral: uma abordagem psicossocial das internações clínicas

Management of mental health care in general hospitals: A psychosocial perspective on clinical hospitalizations

Simone Cleide Rodrigues de Jesus¹, Paulette Cavalcanti de Albuquerque², Naíde Teodósio Valois Santos²

DOI: 10.1590/2358-289820251469883P

RESUMO O artigo analisa a gestão do cuidado em saúde mental em hospital geral a partir da experiência de internações clínicas com demandas psicossociais. Trata-se de pesquisa quali-quantitativa, de caráter descritivo e exploratório, baseada nas diretrizes da triangulação de métodos, realizada em hospital geral universitário do estado de Alagoas que não dispõe de leitos de saúde mental. Foram analisados 549 atendimentos em saúde mental a partir de 406 prontuários de pacientes internados entre 2016 e 2019 com registros de atendimento pela equipe de saúde mental, além de dois grupos focais com profissionais e residentes (n = 18) e três entrevistas individuais. Os dados qualitativos foram analisados pela metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo. Os resultados revelam fragilidades na abordagem das demandas em saúde mental, associadas à ausência de estrutura adequada, à formação profissional fragmentada das equipes e à frágil articulação com a Rede de Atenção Psicossocial (Raps). O estudo reafirma a importância de práticas de gestão do cuidado em saúde mental em hospital geral, orientadas por uma perspectiva psicossocial, integradas à Raps e fundamentadas nos princípios do Sistema Único de Saúde e da Reforma Psiquiátrica brasileira.

PALAVRAS-CHAVE Saúde mental. Hospitalização. Atenção psicossocial. Hospitais gerais. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT *The article analyzes the management of mental health care in general hospitals based on the experience of clinical hospitalizations involving psychosocial demands. This is a qualitative and quantitative study, descriptive and exploratory in nature, based on the guidelines of methodological triangulation, conducted in a university general hospital in the state of Alagoas, which does not have psychiatric beds. The study analyzed 406 medical records of patients hospitalized between 2016 and 2019 with referrals to the mental health team, as well as two focus groups with professionals and residents (n = 18) and three individual interviews. Qualitative data were examined using the Collective Subject Discourse methodology. The results reveal weaknesses in addressing mental health demands, related to the absence of specialized infrastructure, the fragmented professional training of teams, and weak integration with the Psychosocial Care Network (RAPS). The study reaffirms the importance of managing mental health care in general hospitals from a psychosocial perspective, integrated with RAPS and grounded in the principles of Brazil's Unified Health System and the Psychiatric Reform.*

¹Universidade Federal de Alagoas (Ufal) - Maceió (AL), Brasil.

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz PE), Instituto Aggeu Magalhães (IAM) - Recife (PE), Brasil.
naide.valois@fiocruz.br

KEYWORDS *Mental health. Hospitalization. Psychosocial care. Hospitals general. Unified Health System.*



Introdução

A hospitalização por condições clínicas representa, para muitos sujeitos, uma experiência de crise e vulnerabilidade na qual aspectos físicos e psíquicos se entrelaçam. Estudos demonstram que cerca de 30% dos pacientes internados em hospitais gerais fazem uso de substâncias psicoativas ou apresentam comorbidades associadas à dependência química e a transtornos mentais¹⁻⁴. Estima-se ainda que até 60% dos pacientes internados em unidades de emergência e enfermarias clínicas apresentem algum transtorno psiquiátrico^{1,2,4}.

Apesar dessa prevalência significativa, observa-se escassa preparação dos hospitais gerais para lidar com essas demandas. Em geral, não há estrutura adequada nem profissionais capacitados para o manejo do sofrimento psíquico, o que acentua a fragmentação entre o cuidado clínico e a atenção em saúde mental^{2,4}. A desarticulação entre os dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) e os hospitais de média e alta complexidade revela desafios persistentes à integralidade do cuidado, dificultando a superação de modelos centrados exclusivamente no diagnóstico e na intervenção biológica³⁻⁵.

A Lei nº 10.216/2001 e a criação da Raps representaram avanços importantes no redirecionamento da assistência psiquiátrica no Brasil, propondo um modelo comunitário e interdisciplinar de cuidado. Nesse contexto, o hospital geral foi inserido como ponto de atenção para o cuidado em saúde mental, com papel estratégico no acolhimento de comorbidades clínicas e psíquicas³⁻⁵. Entretanto, ainda predomina uma lógica organizacional centrada em especialidades médicas e em tecnologias duras e leve-duras, o que dificulta o reconhecimento e a abordagem do sofrimento mental no cotidiano hospitalar.

Estudos recentes ressaltam a importância de compreender as percepções dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado em saúde mental em hospital geral, evidenciando a necessidade de qualificação e de suporte especializado para

o manejo adequado desses pacientes^{5,6}. Contudo, poucos estudos abordam a percepção de outros profissionais da equipe de saúde⁷.

O cuidado a pacientes com transtornos mentais internados em hospitais gerais apresenta desafios adicionais quando comparado ao atendimento de outras condições clínicas, devido tanto às especificidades desses casos quanto à postura das equipes de saúde diante deles. Frequentemente, os profissionais não se sentem preparados para oferecer uma assistência que considere, de forma integrada, as demandas clínicas e as dimensões psicossociais envolvidas. Estudos indicam dificuldades das equipes hospitalares em lidar com tais complexidades, o que resulta, muitas vezes, em abordagens centradas apenas nos aspectos físico-biológicos da doença. Com isso, as necessidades psicossociais tendem a ser negligenciadas, comprometendo a integralidade do cuidado e a efetividade das intervenções em saúde mental no contexto hospitalar^{3,5,7}.

O hospital estudado é uma instituição universitária com gestão plena para o Sistema Único de Saúde (SUS), voltada ao ensino e à assistência de média e alta complexidade. Importa destacar que se trata de um hospital geral que não dispõe de leitos em saúde mental nem de enfermarias psiquiátricas. As demandas de natureza psíquica são acolhidas nas enfermarias clínicas e cirúrgicas, por meio de interconsultas realizadas pela psicologia e psiquiatria, com os profissionais da equipe assistencial e das residências médica e multiprofissional⁴.

Nesse cenário, destaca-se a singularidade do hospital universitário como locus da pesquisa, não apenas por sua inserção na rede pública de saúde, mas também por seu papel na formação de profissionais para atuação tanto na saúde e quanto na atenção psicossocial em contexto hospitalar, em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica.

Diante dessa complexidade, este estudo teve como objetivo analisar o perfil dos pacientes internados por morbidade clínica em hospital geral universitário que apresentaram

demandas de saúde mental, bem como compreender a percepção dos profissionais da equipe assistencial sobre a atenção a esses casos⁴. A investigação partiu da concepção de gestão como prática compartilhada, vivida nos processos de trabalho e nas relações entre sujeitos, tecnologias e instituições, com vistas à qualificação do cuidado e à articulação entre a Raps e os demais níveis de atenção.

Material e métodos

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, de caráter descritivo e exploratório, realizado em um hospital geral universitário da rede pública do estado de Alagoas. O estudo articulou duas estratégias metodológicas complementares: a análise documental de prontuários de pacientes internados, com recorte temporal de 1º de janeiro de 2016 a 30 de novembro de 2019; e a investigação qualitativa com profissionais da equipe assistencial. A escolha desse período deveu-se ao início da utilização de prontuários eletrônicos nas unidades de internação, o que garantiu maior disponibilidade e completude dos dados no Sistema de Gerenciamento de Internações. A estrutura metodológica seguiu as diretrizes da triangulação de métodos como estratégia para apreender a complexidade do objeto de estudo⁸. Dessa maneira, a coleta de dados foi realizada por meio de três estratégias complementares:

1. Solicitação de planilha à Unidade de Tecnologia da Informação do hospital estudado contendo variáveis coletadas no Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) referentes às internações com atendimento por psiquiatria e psicologia no período estudado: sexo, idade, escolaridade, cidade de moradia, dias de internação.
2. Realização de grupos focais com trabalhadores da equipe multiprofissional envolvidos no cuidado direto às pessoas internadas.

3. Entrevistas com integrantes da equipe assistencial que não puderam participar dos grupos focais.

O universo de 549 registros de atendimento pela equipe de saúde mental (psiquiatria e psicologia) em internações por morbidade clínica corresponde a 406 prontuários. A análise estatística descritiva dos dados quantitativos foi realizada com apoio do *software* Microsoft Excel®, com cálculo de frequências absolutas e relativas⁴.

Já a etapa qualitativa baseou-se em dois grupos focais (com 18 participantes) e três entrevistas individuais com profissionais que não puderam comparecer aos grupos. A revisão de dados qualitativos no PEP foi feita a partir de um quadro-síntese para registro das informações encontradas nas evoluções presentes na planilha de atendimentos e da transcrição na íntegra dos grupos focais e entrevistas⁴.

O recorte apresentado neste artigo corresponde à análise dos dados relativos ao perfil sociodemográfico e clínico das internações (dados quantitativos) e às narrativas dos profissionais obtidas nos grupos focais e entrevistas (dados qualitativos).

Os sujeitos da pesquisa foram convidados a participar de dois grupos focais, compostos por até 12 integrantes, entre profissionais, por residentes de medicina e das residências multiprofissionais envolvidos na assistência a pessoas internadas nas unidades estudadas. Ao todo, participaram 18 pessoas: 11 profissionais e 7 residentes. Os grupos foram realizados em duas datas distintas, no mês de novembro de 2019. O primeiro grupo contou com 13 participantes, e o segundo, com 5. Outros 3 participantes contribuíram com o estudo por meio de entrevistas individuais⁴.

A construção e a análise do material qualitativo seguiram a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que permite visualizar pensamentos coletivos retratados nos depoimentos e nas opiniões individuais⁹. Para tanto, utilizaram-se perguntas norteadoras

que versavam sobre: percepção da demanda e abordagem em saúde mental; dificuldades na assistência a pessoas com sofrimento psíquico; estratégias para enfrentamento das lacunas da rede.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) do Instituto Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz (IAM/Fiocruz Pernambuco), em cumprimento às Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido desenvolvida após aprovação do projeto e dos instrumentos pelo CEP, com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 19561519.3.0000.5190. O parecer de aprovação nº 3.646.740 foi apresentado à Gerência de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes da Universidade Federal de Alagoas (HUPAA-Ufal) para a obtenção da Carta de Anuência⁴.

Resultados e discussão

Os dados obtidos na pesquisa foram organizados conforme a natureza dos instrumentos utilizados. A seguir, apresentam-se os resultados quantitativos referentes ao perfil dos pacientes internados com demandas em saúde mental, seguidos da análise qualitativa das percepções dos profissionais da equipe assistencial sobre os desafios do cuidado em saúde mental no hospital geral.

Resultados quantitativos: perfil dos pacientes internados

A análise de 406 prontuários de pacientes internados por morbidade clínica em hospital geral revelou que a maioria era do sexo feminino (80%), com faixa etária predominante entre 30 e 59 anos (50%) e procedência majoritária da zona urbana (capital do estado), representando 54% dos casos, conforme *tabela 1*⁴.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico resumido das pessoas internadas nas clínicas selecionadas que apresentaram demandas em saúde mental no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, Universidade Federal de Alagoas, Maceió (AL), 1/1/2016 a 30/11/2019

Características	Clínica Médica (n / %)	Oncologia (n / %)	Cirurgia (n / %)	Ginec./Obst. (n / %)	Total (n / %)
Sexo					
Masculino	41 / 46	20 / 51	19 / 40	0 / 0	80 / 20
Feminino	48 / 54	19 / 49	28 / 60	238 / 100	326 / 80
Procedência					
Maceió	55 / 62	18 / 46	25 / 53	119 / 52	217 / 54
Outros mun. AL	34 / 38	21 / 54	22 / 47	112 / 48	189 / 46
Faixa etária (agrupada)					
< 30 anos	17 / 19	4 / 10	4 / 9	129 / 56	154 / 38
30-59 anos	47 / 53	24 / 62	29 / 62	102 / 44	202 / 50
≥ 60 anos	25 / 28	11 / 28	14 / 30	0 / 0	50 / 12

Fonte: elaboração própria, 2019.

A prevalência de transtornos mentais nas mulheres é uma preocupação significativa de saúde pública, com taxas variáveis relatadas

em diferentes populações e contextos. Estudos indicam que as mulheres são mais suscetíveis a transtornos mentais do que os homens, com

fatores como *status* socioeconômico, maternidade e eventos de vida desempenhando papéis cruciais. As taxas de prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) entre as mulheres variam amplamente, influenciadas por fatores demográficos, sociais e econômicos¹⁰⁻¹².

No que se refere à procedência das pessoas internadas, dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 apontam que, de um total de 16,3 milhões de pessoas que apresentam algum transtorno mental, a maioria se concentra em áreas urbanas e encontra-se na faixa entre 45 e 59 anos de idade, sendo a maior proporção de pessoas do sexo feminino¹³.

No entanto, a opção metodológica por utilizar exclusivamente os dados disponíveis no PEP impôs algumas limitações à caracterização sociodemográfica, notadamente a ausência de variáveis como estado civil, ocupação, renda, condição previdenciária e raça, que não são coletadas sistematicamente no momento da internação. Essa limitação decorre do fato de o formulário de internação não exigir o preenchimento dessas informações, o que dificulta análises mais amplas do perfil sociodemográfico⁴. Destaca-se, por exemplo, a variável raça, cujo registro passou a ser obrigatório, desde 2017, em instrumentos de coleta de dados utilizados pelos serviços públicos de saúde, como prontuários, formulários e cadastros, visando possibilitar estudos mais completos sobre o perfil epidemiológico segundo critérios étnico-raciais e subsidiar o planejamento de políticas públicas voltadas a diferentes grupos populacionais¹⁴, porém ainda não constava nos registros do hospital.

A análise do perfil sociodemográfico dos pacientes internados por morbidades clínicas que apresentaram demandas relacionadas com a saúde mental permite refletir sobre padrões recorrentes na literatura, embora os estudos disponíveis demonstrem abordagens e metodologias distintas. No presente estudo, optou-se por utilizar a Classificação Internacional de Doenças

(CID-10) como critério de categorização dos transtornos mentais por ser esta a referência utilizada pela psiquiatria do hospital em suas evoluções⁴. Das 281 interconsultas psiquiátricas realizadas, 73% confirmaram diagnóstico de transtorno mental, de acordo com a CID-10. Observou-se maior frequência de transtornos de humor, em especial episódios depressivos moderados (F32.1) e graves (F32.2), presentes em 26% dos casos, seguidos pelos transtornos de ansiedade (F41), com 15%, e pelos transtornos mentais orgânicos, como o delírium (F05), com 10%. A distribuição por unidades de internação evidenciou que os transtornos depressivos foram mais prevalentes na clínica médica (23%), cirurgia geral e especialidades (20%) e ginecologia-obstetrícia (33%). Na unidade de oncologia, destacaram-se os transtornos mentais orgânicos, representando 36% das interconsultas⁴.

Por fim, destaca-se a escassez de estudos recentes e sistematizados sobre o atendimento em saúde mental em hospitais gerais na região Nordeste, o que dificulta comparações mais robustas, mas, ao mesmo tempo, evidencia a importância e atualidade do presente estudo. Os dados aqui apresentados contribuem para ampliar a compreensão sobre as demandas de saúde mental identificadas no contexto hospitalar e podem subsidiar ações de formação, melhoria dos registros clínicos e fortalecimento de dispositivos da Raps, particularmente no eixo da articulação entre atenção hospitalar e atenção psicossocial.

No período estudado, janeiro/2016 a novembro/2019, foram realizadas 28.682 internações entre as unidades de clínica médica, oncologia, cirurgia geral e especialidades e ginecológica-obstetrícia, sendo identificados 549 atendimentos em interconsulta de psiquiatria e psicologia. Esse número representa um universo de 1,9% para atendimentos em saúde mental, contudo retrata um número subnotificado, considerando que o início do uso do prontuário eletrônico não foi igual em todas as unidades (*tabela 2*)⁴.

Tabela 2. Distribuição das internações nas unidades selecionadas e percentual de internações com interconsultas em saúde mental registradas no Sistema de Gerenciamento de Internação. Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, Universidade Federal de Alagoas, Maceió (AL), 1/1/2016 a 30/11/2019

Unidade de Internação	Internações (n)	Interconsulta		Interconsulta		Total de	
		Psiquiatria (n)	(%)	Psicologia (n)	(%)	Interconsultas (n)	(%)
Ginecologia/Obstet.	14.555	133	0,9	184	1,3	317	2,2
Cirurgia	10.733	49	0,5	22	0,2	71	0,7
Clínica Médica	2.042	73	3,6	38	1,9	111	5,4
Oncologia	1.352	28	2,1	22	1,6	50	3,7
Total geral	28.682	283	1,0	266	0,9	549	1,9

Fonte: elaboração própria, 2019.

O total de 549 interconsultas psiquiátrica ou psicológica destacaram entre os registros qualitativos episódios de agitação psicomotora, crises de ansiedade, tentativas de suicídio, uso abusivo de substâncias psicoativas e situações de sofrimento psíquico decorrente de fatores sociais⁴.

A análise dos 549 encaminhamentos à equipe de Saúde Mental revelou que a maioria foi realizada por profissionais da equipe

médica, responsáveis por 47% dos registros. Em seguida, destacam-se os encaminhamentos feitos pela equipe de enfermagem (29%) e pelo serviço social (16%). Em menor proporção, identificou-se que, em 8% dos casos, o acionamento partiu da própria equipe de Saúde Mental, o que pode indicar a atuação proativa da residência multiprofissional em que a psicologia participa de forma rotineira em visitas nas enfermarias, conforme *tabela 3*⁴.

Tabela 3. Profissionais responsáveis por identificar e encaminhar demandas à equipe de Saúde Mental no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, Universidade Federal de Alagoas, Maceió (AL), 1/1/2016 a 30/11/2019

Profissionais responsáveis pelo encaminhamento	N = 549/Frequência (%)
Equipe médica	47
Equipe de enfermagem	29
Serviço Social	16
Equipe de saúde mental	8
Total geral	100

Fonte: elaboração própria, 2019.

A distribuição dos encaminhamentos registrados evidencia o papel central da equipe médica na identificação das demandas em saúde mental no hospital geral, seguida pela atuação significativa da enfermagem e do serviço social. Esses dados quantitativos, ao evidenciar os fluxos de

acionamento e os atores envolvidos, contribuem para contextualizar os achados qualitativos apresentados a seguir, os quais aprofundam a compreensão sobre como os profissionais percebem e enfrentam os desafios da assistência em saúde mental no hospital geral.

Resultados qualitativos: percepção dos profissionais sobre a assistência em saúde mental

As internações clínicas e cirúrgicas em hospital geral são recursos assistenciais para o restabelecimento de saúde da pessoa. Nesse sentido, os profissionais precisam estar preparados para as diversas alterações impostas pelo adoecimento físico e mental de pacientes assistidos, buscando ofertar o cuidado necessário à condição apresentada.

A análise qualitativa evidenciou três ideias centrais construídas a partir dos DSC: 1) percepção da demanda e abordagem em saúde mental; 2) dificuldades na assistência a pessoas com sofrimento psíquico; e 3) estratégias para a atenção em saúde mental em hospital geral⁴.

Acerca do DSC1, a primeira Ideia Central (IC) descreve que a percepção dos participantes sobre a abordagem feita às pessoas em sofrimento psíquico é aquela relacionada com as tecnologias leves. A segunda IC exhibe o atendimento em situação de crise psíquica da pessoa internada, e a terceira IC mostra como acontecem a organização e o processo de trabalho da equipe de saúde mental no HUPAA-Ufal⁴. Essas percepções podem ser verificadas nos discursos que seguem:

1. Percepção da demanda e abordagem em saúde mental

DSC1A - Muitos pacientes internados por condições clínicas apresentam sofrimento psíquico, às vezes sem diagnóstico prévio. Em nossa prática diária, utilizamos a escuta ativa, realizamos entrevistas sociais e contamos com o apoio da psicologia e do serviço social para compreender melhor as necessidades desses pacientes. A visita multiprofissional de residentes nas clínicas e as discussões de casos nos ajudam a identificar sinais de depressão ou delírio, permitindo intervenções mais adequadas. Quando necessário, solicitamos pareceres especializados para garantir a continuidade do cuidado em saúde mental. (Sujeitos: F06, F20, TE25, RP11, E07, AS02, P05, TE8, RP23, RM14, 2019).

DSC1B - A maioria dos casos se revolve aqui no hospital, mas já teve situação de surto psicótico e agitação psicomotora e não tinha psiquiatria no dia daí foi levada para o hospital especializado e depois. Uma puérpera quebrou o box de vidro no banheiro da enfermaria e se cortou, teve caso de abstinência e a paciente queria fumar, senão iria causar, e a enfermeira atendeu ao pedido, mas foi criticada pelos colegas. Às vezes chama o médico psiquiatra, mas cabe ao médico clínico tirar a pessoa do surto naquele momento. No meu ponto de vista, o hospital psiquiátrico, seria a última opção, mas nossas enfermarias são coletivas e muitas vezes o paciente surta e a enfermaria está cheia. Sobre a terapêutica, na saúde mental ainda está muito relacionado à medicalização, e essa é a proposta do hospital psiquiátrico aliada à contenção e isolamento para não expressar o que gera o transtorno. (Sujeitos: M, MP14, TE25, E07, F06, E24, R01, 2019).

DSC1C - A Unidade Psicossocial conta com 10 psicólogo(a)s e 4 psiquiatras para atender aos ambulatórios e clínicas. Trabalha-se por escala e quando tem alguém em férias, não há substituto, daí o atendimento acontece em até 48 h. Não conseguimos ter rotina de visitas. Atendemos por solicitação da equipe; avaliamos e acompanhamos. A ginecologia e obstetrícia é a clínica que mais solicita por já ter vivenciado um suicídio. Os psiquiatras estão inseridos junto com a equipe da residência médica em psiquiatria. Quando é possível, o caso é discutido com a equipe para integrar os conhecimentos, registra-se no prontuário e deixa-se o contato telefônico com a equipe, além da recomendação de marcação da consulta para o ambulatório. (Sujeitos: P16, P5, MP14, 2019).

O DSC1A evidencia a importância das técnicas relacionais na atenção em saúde, destacando: escuta qualificada, entrevista, visita e supervisões multiprofissionais como recursos importantes para o cuidado em saúde mental. Essa prática, realizada no cotidiano entre profissionais, usuários(as) e familiares, favorece o acolhimento, a construção de vínculo e a identificação de demandas psicossociais,

compondo um arsenal tecnológico leve indispensável à efetivação do cuidado⁴.

As diferentes experiências voltadas à transformação do processo de trabalho em saúde precisam incorporar elementos que considerem as dinâmicas micropolíticas do cotidiano nas práticas de cuidado. As interações entre as dimensões macropolíticas e micropolíticas se manifestam nos espaços de gestão e organização dos serviços de saúde, sendo moldadas fundamentalmente pela presença ativa e criativa do trabalho vivo em ato, ou seja, pela ação concreta dos trabalhadores em suas relações com os usuários¹⁵.

Essa perspectiva ajuda a compreender os discursos apresentados, que revelam como os profissionais atuam de forma sensível e criativa diante das complexidades do sofrimento psíquico em hospital geral. A escuta qualificada, o olhar atento ao cotidiano dos pacientes e o uso de tecnologias leves, como o vínculo e a clínica ampliada, são expressões diretas do trabalho vivo em ato. Mesmo diante de limitações estruturais e da sobrecarga de trabalho, os profissionais procuram reinventar o cuidado no cotidiano das enfermarias, buscando respostas singulares às necessidades em saúde mental.

Esses elementos micropolíticos, evidenciados nos discursos, revelam que a efetivação do cuidado não depende apenas de diretrizes ou protocolos institucionais (dimensão macropolítica), mas se concretiza nos pequenos gestos, nas decisões clínicas compartilhadas, no acolhimento sensível e na articulação interprofissional, que conformam o processo real de trabalho. Assim, os discursos reforçam a importância de fortalecer espaços que valorizem a escuta, o diálogo e o protagonismo dos trabalhadores da saúde na produção do cuidado.

Apesar de reconhecida como essencial, a escuta qualificada exige tempo e postura empática, o que nem sempre é viável, especialmente para a enfermagem, cuja rotina é marcada por sobrecarga e cumprimento de protocolos. Como consequência, a equipe

transfere essa demanda à psicologia, aguardando posterior orientação para o manejo do caso. Esse movimento evidencia a rigidez das rotinas hospitalares, que, por vezes, limitam a aproximação entre profissional e paciente⁴. Além da escuta, a entrevista é apontada como ferramenta estratégica utilizada por enfermeiros, médicos, enfermeiros e assistentes sociais para captar a realidade do paciente, suas necessidades de saúde, contexto socioeconômico, vínculos sociais e rede de apoio. Esse instrumento pode assumir diferentes finalidades conforme a formação profissional, sendo central no trabalho em saúde mental².

A prática da visita diária realizada pela residência multiprofissional e a discussão semanal de casos, com a participação da preceptoria, contribuem para o processo de formação em serviço. Essas ações se ancoram nos princípios da Clínica Ampliada, permitindo compreender o processo saúde-doença em sua dimensão psicossocial e favorecer a construção compartilhada do cuidado, além de fortalecer a articulação interprofissional⁴.

Quanto às demandas em saúde mental, a psicologia é referida de forma positiva como suporte importante para a equipe. No entanto, o discurso coletivo também revela limitações: o trabalho interprofissional ainda não se efetiva plenamente em todas as unidades, seja pela fragmentação dos processos de cuidado, seja pela insuficiência de profissionais em determinadas áreas, o que obriga a atuação em múltiplas clínicas, sem vínculo regular com as equipes⁴.

Os resultados qualitativos dos DSC1B e DSC1C evidenciam a complexidade do cuidado em saúde mental em hospital geral, particularmente no que se refere à percepção, à abordagem e ao enfrentamento das situações de sofrimento psíquico em pacientes internados por condições clínicas e cirúrgicas. Os discursos coletivos revelam representações sociais marcadas por ambivalência, medo, estigma, despreparo e resistência ao mesmo tempo que apontam possibilidades concretas de avanço, como o fortalecimento do trabalho

multiprofissional e a integração com a rede de serviços⁴.

O DSC1C expressa a condição cada vez mais comum de precarização do trabalho, representada na redução de profissionais para o desenvolvimento do trabalho trazendo limites ao desenvolvimento da atenção em saúde mental, considerando que a ausência de psiquiatras em dias ou horários da semana pode gerar o deslocamento do usuário em situação de crise para um hospital psiquiátrico, bem como que o número reduzido de psicólogos não permite antecipação às solicitações, resultando em atendimentos apenas por demanda. A agilidade na resposta às solicitações é importante, pois, muitas vezes, os casos já chegam à equipe com maior comprometimento psíquico. No entanto, essa recomendação nem sempre se concretiza devido à sobrecarga de trabalho e dificulta a função pedagógica da interconsulta diante do número reduzido de profissionais, o que compromete a possibilidade de encontros com a equipe para qualificação do cuidado⁴.

Sobre as dificuldades encontradas na assistência a pessoas com sofrimento psíquico, os DSC2 descrevem a percepção coletiva acerca do medo e da resistência por parte da equipe de saúde. As outras duas ideias centrais apresentam a mesma frequência de expressões-chave (21 – 32%), sendo a segunda relativa ao sentimento de despreparo da equipe para o cuidado em saúde mental e a terceira referente à organização hospitalar inadequada a esse tipo de cuidado.

2. Dificuldades na assistência a pessoas com sofrimento psíquico:

DSC2A - Tenho medo de lidar com pacientes psiquiátricos, porque não sei como agir. A gente pensa logo que alguém com depressão pode ter um surto. Há uma crença de que qualquer comportamento diferente é coisa do psiquiatra. Às vezes, a paciente sofreu um aborto e está chorando, e já querem chamar a psiquiatria, mas o que ela precisa mesmo é acolhimento. A gente não sabe diferenciar o sofrimento emocional do transtorno. Já fiquei muito

angustiado com uma paciente que quebrou os vidros do banheiro. Ninguém sabia como intervir, e aquilo paralisou a equipe. Ficamos torcendo para que saísse logo, porque parece que o hospital inteiro para diante de uma crise. (Sujeitos: P18, P16, P20, R11, P05, P07, P08, MP14, P25, P24).

DSC2B - Não me sinto preparada para cuidar de pacientes com sofrimento psíquico, nunca tive formação para isso, mas precisamos estar, porque pessoas com transtornos mentais também precisam de atendimentos clínicos e cirúrgicos e poderão ser atendidos aqui. A maioria de nós estudou para lidar com doenças orgânicas, não com o que é subjetivo. Falta capacitação, e o hospital não incentiva. Já vi puérperas falando em pular da janela, e ninguém sabia o que fazer. O sofrimento mental trava o nosso cuidado. (Sujeitos: R23, E02, P20, R09, P25, P24, P18, P08).

DSC2C - O hospital não está estruturado para atender pacientes com transtornos mentais. Quando esses pacientes chegam, ficamos inseguros, porque faltam meios, falta gente, faltam condições. As janelas não têm grades, os vidros são perigosos. Já tivemos caso de suicídio. A equipe fica sobrecarregada. A rede lá fora também não funciona. O posto não tem psicólogo, psiquiatra demora seis meses para atender. A gente encaminha porque conhece alguém. Mas isso não é rede. (Sujeitos: M, MP14, TE25, E07, F06, E24, R01).

O DSC2A mostra como a presença de estigmas associados ao sofrimento mental permanece fortemente enraizada no cotidiano hospitalar. Como mostram os discursos, a figura do ‘paciente psiquiátrico’ ainda é associada à imprevisibilidade, agressividade e desorganização, reforçando estereótipos históricos da loucura como ameaça¹⁶⁻¹⁹. O estigma em torno da saúde mental ainda influencia negativamente a atuação dos profissionais, favorecendo práticas obsoletas, resistência ao cuidado psicossocial e baixa qualificação. Essa influência reforça a adoção do modelo biomédico e, somada à desarticulação da Raps, compromete a continuidade do tratamento e a

efetividade das intervenções²⁰. São representações que alimentam o medo dos profissionais e que se traduzem em atitudes de rejeição e encaminhamento precoce para a psiquiatria.

O sentimento de despreparo, referenciado no DSC2B, é resultado direto de uma formação centrada no modelo biomédico, voltado para a doença orgânica e para intervenções técnico-científicas de base curativa^{20,21}. Como afirmam os participantes, a ausência de formação específica para lidar com o sofrimento psíquico os leva a agir por ‘tentativa e erro’, agravando o sofrimento tanto dos pacientes quanto da equipe. Outrossim, a manutenção do modelo biomédico e a rejeição à perspectiva psicossocial representam obstáculos à desinstitucionalização e à consolidação de um cuidado mais amplo e integral^{22,23}.

As dificuldades estruturais do hospital para lidar com as demandas em saúde mental, descritas no DSC2C, são barreiras a serem resolvidas para viabilizarem um cuidado integral com segurança. A ausência de leitos específicos, a insegurança arquitetônica, a sobrecarga das equipes e a falta de protocolos operacionais dificultam o acolhimento de situações complexas. Além disso, a frágil articulação com a Raps e com os serviços da atenção básica reforça o isolamento do hospital no cuidado à saúde mental^{4,20}. As condições de infraestrutura inadequada dos hospitais gerais acrescidas da falta de comunicação intersetorial colaboram para a fragmentação do cuidado, a falta de qualidade do atendimento e dificulta a construção de uma rede de atenção eficaz²⁴.

3. Estratégias para a atenção em saúde mental em hospital geral:

DSC3A - Vejo que o trabalho multiprofissional faz diferença. Quando a gente discute o caso com outros profissionais, a abordagem melhora muito. Os residentes de psiquiatria ajudam, e a psicologia também dá um suporte importante. Também é necessário incluir a família na discussão dos casos, mas nem todo mundo tem esse apoio. A luta antimanicomial não é só para fechar hospital

psiquiátrico, é para ampliar os serviços que acolhem essas pessoas. O CAPS é uma referência importante. Então vamos procurando essas redes de serviços. É importante fortalecer a rede porque seja no hospital geral ou em hospital psiquiátrico chegará o momento em que a pessoa voltará para casa. Tendo ampliação da rede melhoram as condições [...] eu acho que o trabalho do CAPS é um trabalho muito importante, porque é multiprofissional e mais próximo da residência. (Sujeitos: P5, F20, TE08, RP11, RM15, P16, AS18).

DSC3B - O hospital precisa investir em capacitação em saúde mental. Essa área é transversal. Já tentamos oferecer capacitações, mas a adesão é pequena. Falta incentivo, especialmente entre os médicos. Acho que deveríamos começar pelos residentes. Se não dá pra mudar quem está há muito tempo, que ao menos a nova geração se forme com outra visão. (Sujeitos: P16, MP14, E7, P5, AS18).

Apesar das dificuldades, os discursos também revelam possibilidades de avanço. A prática da clínica ampliada, o uso de tecnologias leves, como a escuta e o vínculo, e a realização de visitas multiprofissionais e discussões de casos aparecem como estratégias efetivas para integrar o cuidado em saúde mental ao cotidiano hospitalar^{4,22}.

Os profissionais apontaram a necessidade de capacitação em saúde mental como estratégia prioritária para a transformação das práticas. No entanto, a capacitação isolada é insuficiente. É preciso articulá-la a processos de educação permanente, construídos com base nas experiências concretas dos trabalhadores, capazes de produzir reflexão crítica, problematização e mudança efetiva nos modos de cuidar. Estudos sugerem o investimento em capacitações interprofissionais, rotinas de discussão de casos, suporte técnico alinhado ao modelo psicossocial e ações voltadas à saúde mental dos trabalhadores, visando fortalecer o cuidado integral e subsidiar o planejamento de leitos integrais no hospital^{4,20,22}.

As transformações conceituais ocorridas na gestão da educação na saúde impõem desafios a profissionais, gestores e instituições formadoras, exigindo a formulação de novas abordagens teórico-conceituais que favoreçam uma prática mais crítica e reflexiva sobre a realidade e os processos de trabalho nos serviços de saúde. Isso implica romper com visões que dissociam teoria e prática na formação profissional, além de requerer uma mudança na forma como os trabalhadores são compreendidos: de executores de tarefas para sujeitos capazes de analisar criticamente o contexto em que atuam e as dinâmicas de sua prática profissional²⁵.

Transformar os processos de formação profissional tornou-se uma exigência social, visando à preparação de trabalhadores com formação ampla, capazes de oferecer um cuidado integral e humanizado. Para isso, é essencial que desenvolvam habilidades para o trabalho em equipe e para a tomada de decisões que considerem não apenas a condição clínica individual, mas também o contexto social do paciente, os recursos disponíveis e as estratégias mais adequadas de intervenção²⁶.

A predominância de uma formação profissional em saúde pautada no tecnicismo conteudista leva à fragmentação precoce dos sujeitos em especialidades, o que acaba por fortalecer práticas conservadoras no cuidado. Essa lógica desconsidera propostas de ensino superior que priorizam métodos problematizadores e estimulam o protagonismo discente na construção do conhecimento²⁷.

No âmbito do SUS, a educação permanente representa estratégia potente de transformação das práticas de formação, de atenção, de participação popular, entre outras. O hospital onde se deu o estudo é instituição universitária formadora de profissionais para a saúde no contexto do SUS e, portanto, possui o grande desafio de pensar na atenção em saúde mental em todas as suas unidades. Sendo assim, requer estar em sintonia com as necessidades dos sujeitos que buscam o serviço, as demandas apresentadas, alinhada à reflexão da prática e

dos encontros entre usuários e trabalhadores nela produzidos⁴.

Considerações finais

A análise das internações por comorbidade clínica associada a demandas em saúde mental, conduzida em um hospital geral universitário, revelou um contexto marcado por desafios significativos à integralidade do cuidado no SUS.

O presente estudo evidenciou que as pessoas internadas por morbidade clínica em hospital geral universitário apresentam um perfil marcado por vulnerabilidades sociais e quadros de sofrimento psíquico frequentemente associados ao uso de substâncias psicoativas e a transtornos mentais, como ansiedade e depressão. Tal constatação confirma a relevância da articulação entre saúde mental e atenção hospitalar, sobretudo em um hospital escola, que reúne potencialidades formativas e assistenciais no âmbito do SUS.

A análise qualitativa permitiu compreender, a partir da perspectiva dos trabalhadores da equipe assistencial, os limites institucionais e organizacionais que dificultam a efetivação de um cuidado integral em saúde mental nesse espaço. Dentre os principais desafios, destacam-se a ausência de processos sistemáticos de educação permanente, a frágil articulação com os serviços da Raps e a hegemonia de um modelo biomédico centrado na doença, que invisibiliza as dimensões subjetivas e sociais do sofrimento.

Apesar disso, também se observaram iniciativas de cuidado construídas cotidianamente pelos profissionais, com base na escuta, no acolhimento e na mediação interprofissional, revelando potências instituintes para a produção de cuidado em liberdade mesmo diante das adversidades. O estudo reafirma, assim, a importância de fortalecer políticas públicas que promovam

a integração da saúde mental à rede hospitalar, a valorização do trabalho em equipe, o apoio matricial e a formação crítica dos profissionais de saúde.

Dada a complexidade das demandas apresentadas pelas pessoas com sofrimento psíquico internadas por comorbidade clínica, é fundamental que o hospital geral seja reconhecido como espaço estratégico para o cuidado em saúde mental no SUS. Isso implica investir em ações de gestão do trabalho e da educação em saúde que contribuam para a

transformação dos modelos tecnoassistenciais, em defesa do cuidado integral, da vida e dos direitos humanos.

Colaboradoras

Jesus SCR (0009-0003-8890-0889)*, Albuquerque PC (0000-0001-8283-5041)* e Santos NTV (0000-0002-5290-092X)* contribuíram igualmente para elaboração do manuscrito. ■

Referências

- Giandinoto J, Edward K. The phenomenon of comorbid physical and mental illness in acute medical care: the lived experience of Australian health professionals. *BMC Res Notes*. 2015;8:295. DOI:10.1186/s13104-015-1264-z.
- Botega NJ, organizador. *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2012. 718 p.
- Moll MF, Silva LC, Magalhães FHL, et al. Profissionais de enfermagem e a internação psiquiátrica em hospital geral: percepções e capacitação profissional. *Cogitare Enferm*. 2017;22(2). DOI: <https://doi.org/10.5380/ce.v22i2.49933>
- Jesus SCR. *Atenção à saúde mental de pessoas internadas por morbidade clínica em hospital geral universitário [dissertação]*. Recife: Fiocruz-PE; 2020.
- Hildebrant LM, Marcolan JF. Saúde mental e internação hospitalar: desafios para o cuidado. *Rev Rene*. 2016;17(3). DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2016000300011>
- Paes MR, Silva AC, Kowalski ICL, et al. Mental health in a general hospital: perception of the nursing team. 2021;13:1460-1466. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.10130>
- Prado MF, Sá MC, Miranda L. O paciente com transtorno mental grave no hospital geral: uma revisão bibliográfica. *Saúde debate [Internet]*. 2015 [acesso em 2025 jul 4];39(esp):320-37. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406344165027>.
- Minayo MC, Assis SG, Souza ER. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.
- Lefèvre F, Lefèvre AMC. *Pesquisa de representação social: um enfoque qualiquantitativo: a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo*. 2ª ed. Brasília, DF: Liberlivro Editora; 2012.
- Sapkota D, Ogilvie J, Dennison S, et al. Prevalence of mental disorders among Australian females: comparison according to motherhood status using Australian birth cohort data. *Arch Womens Ment Health*. 2024;27(4):625-35. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00737-024-01444-2>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

11. Bezerra HS, Alves RM, Nunes AD, et al. Prevalence and associated factors of common mental disorders in women: a systematic review. *Public Health Rev.* 2021;42:1604234. DOI: <https://doi.org/10.3389/phrs.2021.1604234>
12. Cunha EO. Prevalência de transtorno mental comum em pacientes internados num hospital universitário [monografia]. Aracaju (SE): Universidade Federal de Sergipe; 2017.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde: 2019: ciclos de vida: Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2021. 139 p.
14. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. *Diário Oficial da União* [Internet]. 2017 fev 2 [acesso em 2025 jun 8]; Seção 1:62. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=62&data=02/02/2017>
15. Merhy EE. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Ver-SUS Brasil: caderno de textos*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004. p. 108-137.
16. Bonadiman CSC, Passos VMZ, Mooney M, et al. The burden of disease attributable to mental and substance use disorders in Brazil: Global Burden of Disease Study, 1990 and 2015. *Rev Bras Epidemiol.* 2017;20(supl1). DOI: <https://doi.org/10.3389/phrs.2021.160423410.1590/1980-5497201700050016>
17. Zanardo GLP, Silveira LHC, Rocha CMF, et al. Internações e reinternações psiquiátricas em um hospital geral de Porto Alegre: características sociodemográficas, clínicas e do uso da Rede de Atenção Psicossocial. *Rev Bras Epidemiol.* 2017;20(3). DOI: <https://doi.org/10.3389/phrs.2021.160423410.1590/1980-5497201700030009>
18. Zolnierek CD. Non-psychiatric hospitalization of people with mental illness: systematic review. *J Adv Nurs.* 2009;65(8):1570-83. DOI: <https://doi.org/10.3389/phrs.2021.160423410.1111/j.1365-2648.2009.05044.x>
19. Chikaodiri AN. Attitude of health workers to the care of psychiatric patients. *Ann Gen Psychiatry.* 2009;8:19. DOI: <https://doi.org/10.3389/phrs.2021.160423410.1186/1744-859X-8-19>
20. Guerroué CCL, Prudente MRA, Andrade FR, et al. Cuidado em saúde mental nos Hospitais Gerais do Brasil: uma revisão das condições atuais sob a perspectiva da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS. *CLCS* [Internet]. 2025 [acesso em 2025 jul 4];18(2):e15397. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/15397>.
21. Paes MR, Maftum MA, Felix JVC, et al. Caracterização de pacientes com transtornos mentais de um hospital geral e de ensino. *Cogitare Enferm.* 2018;23(2):e54874. DOI: <https://doi.org/10.3389/phrs.2021.160423410.5380/ce.v23i2.54874>
22. Sampaio ML, Branco ABAC. Cuidado em saúde mental no hospital geral: trabalho em equipe e em rede. *Id On Line Rev Psicol.* 2023;17(65):190-202. DOI: <https://doi.org/10.3389/phrs.2021.160423410.14295/idonline.v17i65.3549>
23. Echebarrena RC, Silva PRF. Leitos de saúde mental em hospitais gerais: o caso do Rio de Janeiro. *Saúde debate.* 2020;44(3):223-34. DOI: <https://doi.org/10.3389/phrs.2021.160423410.1590/0103-11042020e319>
24. Pereira LP, Duarte MLC, Eslabão AD. O cuidado à pessoa com comorbidade psiquiátrica em emergência geral: visão dos enfermeiros. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019;40:e20180076. DOI: <https://doi.org/10.3389/phrs.2021.160423410.1590/1983-1447.2019.20180076>
25. Macêdo NB, Albuquerque PC, Medeiros KR. O desafio da implementação da educação permanente na gestão da educação na saúde. *Trab Educ Saúde.* 2014;12(2):379-401. DOI: <https://doi.org/10.3389/phrs.2021.160423410.1590/S1981-77462014000200010>

26. Feuerwerker L. Estratégias para a mudança da formação dos profissionais de saúde. *Cadernos CE*. 2001;2(4):11-23.
27. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O desafio da implementação da educação permanente na gestão da educação na saúde. *Trab Educ Saúde*. 2014;12(2):363-84. DOI: <https://doi.org/10.3389/phrs.2021.160423410.1590/S1981-77462014000200010>

Recebido em 13/10/2024

Aprovado em 13/03/2025

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa não podem ser disponibilizados publicamente

Suporte financeiro: não houve

Editores responsáveis: Maria Lucia Frizon Rizzotto

Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011-2022: quais metas foram alcançadas?

Plan for Combating Non-Communicable Chronic Diseases in Brazil, 2011-2022: What goals were achieved?

Deborah Carvalho Malta¹, Crizian Saar Gomes², Alanna Gomes da Silva¹, Évelin Angélica Herculano de Moraes³, Filipe Malta dos Santos⁴, Guilherme Augusto Veloso⁵, Otaliba Libanio de Moraes Neto⁶

DOI: 10.1590/2358-2898202514610274P

RESUMO O Brasil firmou compromisso para a redução das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) mediante a implementação do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT (2011–2022), que estabeleceu metas específicas de controle e prevenção. Objetivou-se avaliar o cumprimento das metas e projetar a redução da mortalidade por DCNT até 2030. Estudo avaliativo com dados provenientes da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para DCNT por Inquérito Telefônico e do estudo Carga Global de Doenças. Analisaram-se as taxas de mortalidade por DCNT e a prevalência de fatores de risco e proteção. Entre os indicadores monitorados, não foram atingidas as metas relativas à contenção do crescimento da obesidade (aumento de 15,1% em 2010 para 24,3% em 2023), à cobertura do exame preventivo de câncer do colo do útero (queda de 82,2% para 76,8%) e à redução da mortalidade por DCNT (queda anual média de apenas 1,4%). Todavia, observou-se aumento de 9,7% no consumo de frutas e hortaliças, com alcance das metas relativas à prática de atividade física, à redução do tabagismo e à realização de mamografias. As prevalências dos fatores de risco oscilaram ao longo do tempo, evidenciando a necessidade de monitoramento contínuo e ajustes nas estratégias de enfrentamento.

PALAVRAS-CHAVE Indicadores de doenças crônicas. Desenvolvimento sustentável. Avaliação em saúde.

ABSTRACT *Brazil has made a commitment to reducing Noncommunicable Diseases (NCDs) by implementing the Strategic Action Plan to Tackle NCDs (2011-2022), which established specific targets for control and prevention. This study aimed to assess the achievement of these targets and to project the reduction in NCD mortality by 2030. It is an evaluative study using data from the Surveillance of Risk and Protective Factors for NCDs by Telephone Interviews and the Global Burden of Disease study. Mortality rates from NCDs and the prevalence of risk and protective factors were analyzed. Among the indicators monitored, the targets for curbing the growth of obesity (an increase from 15.1% in 2010 to 24.3% in 2023), for cervical cancer screening coverage (a drop from 82.2% to 76.8%), and for reducing mortality from NCDs (an average annual decrease of just 1.4%) were not achieved. However, there was a 9.7% increase in fruit and vegetable consumption, and the targets for physical activity, tobacco use reduction, and mammograms were met. The prevalence of risk factors fluctuated over time, highlighting the need for continuous monitoring and adjustments in NCD prevention strategies.*

KEYWORDS *Chronic disease indicators. Sustainable development. Health evaluation.*

¹Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Escola de Enfermagem (EE), Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública (Demisp) - Belo Horizonte (MG), Brasil.
dcmalta@uol.com.br

²Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Faculdade de Medicina (FM), Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública (PPGSP) - Belo Horizonte (MG), Brasil.

³Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Escola de Enfermagem (EE), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGE) - Belo Horizonte (MG), Brasil.

⁴Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG) - Belo Horizonte (MG), Brasil.

⁵Universidade Federal Fluminense (UFF), Instituto de Matemática e Estatística (IME) - Niterói (RJ), Brasil.

⁶Universidade Federal de Goiás (UFG) - Goiânia (GO), Brasil.



Introdução

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são responsáveis pela maior parte das mortes no mundo, além de causarem mortes prematuras, incapacidades, longos períodos de tratamento, elevado número de hospitalizações e queda na produtividade dos indivíduos acometidos¹.

As DCNT podem ser prevenidas por meio de um plano de ação abrangente, que envolva ações integradas e intersetoriais. Ao longo das duas últimas décadas, iniciativas foram realizadas com o objetivo de controlar a ocorrência e reduzir o impacto dessas doenças sobre a carga global de morbimortalidade. Na seara internacional, destaca-se a Reunião de Alto Nível sobre DCNT, promovida pela Organização da Nações Unidas (ONU), em setembro de 2011, que avançou sobre o plano de ação 2008-2013, com o intuito de dar continuidade ao debate dos desafios relacionados com essas doenças e seus fatores de risco, bem como de estabelecer novos compromissos globais¹. Como resultado, os países participantes aprovaram uma declaração política na qual se comprometeram a adotar medidas para deter o crescimento das DCNT, priorizando a prevenção de seus principais fatores de risco e garantindo a promoção de cuidados de saúde adequados². A reunião consolidou o apoio dos chefes de Estado ao tema, além de dar origem à aprovação de planos globais e regionais para o controle e a prevenção das DCNT e seus fatores de risco³.

Nessa mesma reunião, o Brasil apresentou o 'Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022', fundamentado em três eixos: vigilância, informação, avaliação e monitoramento; promoção da saúde e adoção de modos de vida saudáveis; e cuidado integral^{4,5}. Por sua vez, esse plano havia resultado de parcerias envolvendo representantes da sociedade civil, de instituições de ensino e pesquisa, de todas as secretarias do Ministério da Saúde e de mais de

20 setores de governo, com ampla participação multissetorial⁵.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou o 'Plano de Ação Global para Prevenção e Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis 2013-2020' em 2013¹. O plano reconheceu o papel e a responsabilidade primordiais dos governos na resposta ao desafio de controlar essas doenças, assim como enfatizou a relevância da cooperação internacional no apoio aos esforços nacionais para seu enfrentamento¹. O objetivo principal desse plano consistia em reduzir a carga evitável dos fatores de risco, da morbimortalidade e das incapacidades decorrentes das DCNT por meio de cooperação multissetorial nas escalas nacional, regional e global¹. Desse modo, o documento visava que as populações alcançassem o mais alto padrão de saúde e produtividade em todas as idades, sem que as DCNT obstaculizassem seu bem-estar nem o desenvolvimento socioeconômico de seus países¹.

Em 2015, a ONU estabeleceu, entre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), a meta de reduzir em 30% a mortalidade por DCNT. Essa meta está sendo monitorada e será acompanhada até 2030 pelos países-membros².

Em 2021, o Ministério da Saúde do Brasil lançou o 'Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil 2021-2030' (Plano de Dant), que estendeu o prazo do Plano anterior até 2030 e incluiu as metas para o enfrentamento das causas externas⁶.

O monitoramento das DCNT e seus fatores de risco são fundamentais para avaliação dos progressos alcançados e revisão das estratégias adotadas quando necessário. Nesse sentido, após mais de uma década desde a implementação do plano Nacional de DCNT, torna-se essencial avaliar quais metas foram alcançadas, identificando avanços, desafios e lacunas na implementação das ações previstas. Essa análise é fundamental para subsidiar políticas públicas futuras, aprimorar

estratégias de prevenção e controle e garantir a continuidade das iniciativas voltadas para a redução dos fatores de risco e a melhoria da qualidade de vida da população. Além disso, compreender os impactos do plano se faz ainda mais relevante no contexto pós-pandemia da covid-19, que trouxe desafios adicionais para o enfrentamento das DCNT. Assim, este estudo contribui para a avaliação crítica das políticas públicas voltadas para o enfrentamento das DCNT no Brasil, fornecendo subsídios para o aprimoramento das estratégias futuras.

Nesse sentido, os objetivos deste estudo foram: avaliar o alcance das metas do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil, 2011-2022, referentes aos indicadores de mortalidade, fatores de risco e proteção; e realizar projeções das metas de redução da mortalidade até 2030.

Material e métodos

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo avaliativo, com dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) de 2010 a 2023 e do estudo Carga Global de Doenças (Global Burden of Disease – GBD) de 2000 a 2021, do Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME).

Cenário

O Vigitel é um inquérito telefônico de base populacional, realizado anualmente pelo Ministério da Saúde, no qual são coletadas informações sobre as DCNT e os principais fatores de risco e de proteção para essas doenças, como alimentação, tabaco, atividade física, exames preventivos de câncer e doenças autorreferidas, além de peso e altura.

O público-alvo dessa pesquisa é constituído por adultos com 18 anos ou mais de idade, de ambos os sexos, moradores das capitais

brasileiras e do Distrito Federal e que possuem em seu domicílio pelo menos uma linha telefônica fixa. São realizadas aproximadamente 2 mil entrevistas em cada capital, totalizando cerca de 54 mil entrevistas por ano⁷. Em razão de questões operacionais, em 2020 e 2021, o número de entrevistas foi reduzido para cerca de mil entrevistas por capital; e em 2023, para cerca de 800. Neste último ano, foram incluídas entrevistas por celular. O Vigitel utiliza um peso pós-estratificação que objetiva a inferência estatística dos resultados para a população⁸.

O GBD teve início em 1990 sob a coordenação do IHME, da Universidade de Washington. Esse instituto produz e aprimora um conjunto de estimativas de indicadores de saúde regionais e globais consistentes e comparáveis entre as distintas regiões do planeta⁹. Para os dados de mortalidade, utilizou-se a base de dados do estudo GBD. As estimativas de mortalidade do IHME são obtidas a partir de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade¹⁰ (SIM) do Ministério da Saúde, com ajuste para códigos garbage, conforme algoritmos de redistribuição para causas básicas de morte segundo idade-sexo-ano¹¹⁻¹³.

Variáveis

- Fatores de Risco e de proteção para as DCNT: foram analisados os dados do Vigitel e considerados os seguintes indicadores e metas:
 - a. Uso do tabaco (referir fumar, independentemente da quantidade). Meta: reduzir a prevalência de tabagismo em adultos em 30%.
 - b. Obesidade (Índice de Massa Corporal \geq 30 kg/m²). Meta: deter o crescimento.
 - c. Atividade física no tempo livre (indivíduos que praticam pelo menos 150 minutos semanais de atividade física de intensidade moderada ou pelo menos 75 minutos semanais de intensidade vigorosa). Meta: aumentar a prática de atividade física em 10%.

d. Consumo recomendado de frutas e hortaliças (cinco ou mais porções diárias em cinco ou mais dias da semana). Meta: aumentar o consumo de frutas e hortaliças em 10%.

e. Consumo abusivo de bebidas alcoólicas (cinco ou mais doses para homens e quatro ou mais doses para mulheres em uma mesma ocasião nos últimos 30 dias). Meta: reduzir as prevalências de consumo nocivo de álcool em 10%.

f. Realização de mamografia (em mulheres de 50 a 69 anos nos últimos dois anos). Meta: aumentar a cobertura de mamografia em mulheres entre 50 e 69 anos para 70%.

g. Exame preventivo de câncer do colo do útero (para mulheres de 25 a 64 anos nos últimos três anos). Meta: ampliar a cobertura de exame preventivo de câncer de colo uterino em mulheres de 25 a 64 anos para 85%.

- Mortalidade: Foram utilizadas as estimativas produzidas no estudo GBD referentes aos anos de 2000 a 2021, último ano disponível do GBD. Considerou as seguintes DCNT: doenças cardiovasculares (I00-I99), doenças respiratórias crônicas (J30-J98), neoplasias (C00-C97), diabetes *mellitus* (E10-E14) e o total destas DCNT. Meta: reduzir a taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por DCNT em 2% ao ano.

Análises estatísticas

Para a análise dos fatores de risco e proteção relacionados com as DCNT, foi considerado o período de 2010 a 2023, tendo em conta o período de 2010 – ano definido como linha de base do Plano – a 2023, uma vez que, em 2022, não houve coleta de dados pelo Vigitel. Utilizou-se regressão linear para estimar a variação média anual dos indicadores, identificando tendências de aumento, estabilidade ou redução. Considerou-se significativa a tendência cujo coeficiente angular (β) foi

estatisticamente diferente de zero, com valor de $p \leq 0,05$. Além disso, calculou-se o percentual de mudança no período, comparando-o às metas estabelecidas no Plano, com o objetivo de avaliar o progresso em relação aos compromissos assumidos.

Para os dados de mortalidade, foram calculadas as taxas e analisadas as variações anuais no período de 2001 a 2021, abrangendo tanto o período pré-Plano quanto o período de sua vigência. Também foi calculada a média das taxas entre 2010 e 2021, intervalo correspondente à vigência do Plano, considerando-se a meta de redução de 2% ao ano. A análise teve como ponto de partida o ano de 2010, definido como linha de base do Plano, estendendo-se até 2021, último ano com dados disponíveis de mortalidade fornecidos pelo IHME. Adicionalmente, foram calculadas projeções das taxas de mortalidade por meio de modelo de regressão linear, considerando a meta de redução de 30% estabelecida pela Agenda 2030 dos ODS. Para isso, utilizaram-se as taxas observadas entre 2015 e 2021.

Utilizou-se o programa Data Analysis and Statistical Software (Stata) versão 16¹⁴.

Aspectos éticos

As estimativas e os dados utilizados são oriundos de bases secundárias, com informações agregadas e de acesso e de domínio públicos. Dessa forma, o presente trabalho não necessita de apreciação pelo sistema composto pelos Comitês de Ética em Pesquisa coordenados pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – Sistema CEP/Conep, conforme estabelecido pela Resolução nº 674, de 6 de maio de 2022, do Conselho Nacional de Saúde¹⁵.

Resultados

A *tabela 1* apresenta os indicadores de fatores de risco e proteção para as DCNT definidos no ‘Plano de Enfrentamento das DCNT no Brasil 2011-2022’, bem como o *status* de alcance das

metas estabelecidas. A prevalência de tabagismo entre adultos nas capitais brasileiras foi reduzida em 34%, passando de 14,1% em 2010 para 9,3% em 2023, o que indica que a meta foi atingida. Em contrapartida, o consumo abusivo de bebidas alcoólicas aumentou 14% no mesmo período, de 18,1% para 20,8%, não alcançando a meta de redução de 10%. Já a prevalência de obesidade apresentou um crescimento expressivo de 62%, subindo de 15,1% em 2010 para 24,3% em 2023, o que também indica que a meta não foi cumprida (*tabela 1*).

O consumo de frutas e hortaliças demonstrou um aumento de 9,7%, passando de

19,5% em 2010 para 21,4% em 2023, ficando próximo da meta de crescimento de 10%. A meta de aumento da prevalência de atividade física no tempo livre em 10% foi superada, uma vez que o indicador passou de 30,1% em 2010 para 40,6% em 2023, representando um acréscimo de 34%. Em relação à cobertura de mamografia, todos os anos da série mantiveram índices acima de 70%, atingindo assim a meta estabelecida. Por outro lado, a cobertura do exame preventivo para câncer do colo do útero diminuiu, passando de 82,2% em 2010 para 76,8% em 2023, o que indica que a meta de 85% não foi alcançada (*tabela 1*).

Tabela 1. Evolução dos indicadores relacionados com os fatores de risco e proteção para as DCNT e avaliação do alcance das metas no Brasil. Vigite! 2010-2023

Meta	2010 (linha de base)	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2023	Inclinação	Percentual de mudança
Uso do tabaco	14,1	13,4	12,1	11,3	10,8	10,4	10,2	10,1	9,3	9,8	9,5	9,1	9,3	-0,359*	-34%
Consumo de bebidas alcoólicas	18,1	16,5	18,4	16,4	16,5	17,2	19,1	19,1	17,9	18,8	20,9	18,3	20,8	0,254*	14%
Consumo de frutas, legumes e verduras	19,5	21,9	22,7	23,6	24,1	25,2	24,4	23,7	23,1	22,9	22,5	22,1	21,4	0,023	9,7
Atividade Física no Tempo Livre	30,1	31,6	33,5	33,8	35,3	37,6	37,6	37	38,1	39	36,8	36,7	40,6	0,651*	34
Obesidade	15,1	16	17,4	17,5	17,9	18,9	18,9	18,9	19,8	20,3	21,5	22,4	24,3	0,621*	62
Mamografia	73,4	74,4	77,4	78	77,8	78,1	78,2	78,5	78	76,9	78	72,8	73,1	-0,068	-0,13
Exame preventivo	82,2	81,8	82,3	82,9	81,4	81	82	82,8	81,7	81,5	80,1	77,2	76,8	-0,36*	-6,6

Fonte: elaboração própria.

* Valor-p < 0,05: coeficiente estatisticamente significativo

Verde: resultado positivo para o alcance das metas

Amarelo: não alcançado, mas com valores próximos

Vermelho: resultado negativo para o alcance das metas.

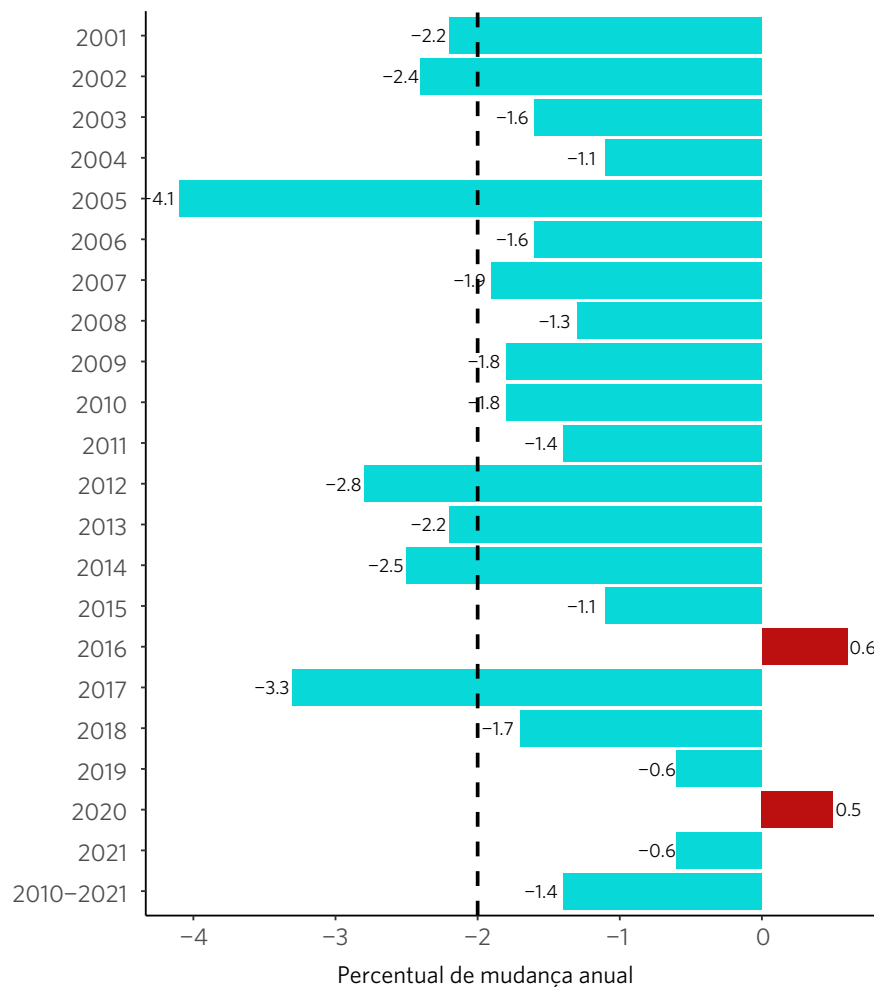
O gráfico 1 apresenta a variação percentual anual das taxas de mortalidade entre 2001 e 2021. Antes da vigência do Plano, observaram-se quedas nas taxas, com destaque para o ano de 2005, que registrou a maior redução no

período (- 4,1%). No entanto, na maioria dos anos anteriores ao Plano, as reduções foram inferiores a 2%. Durante a implementação do Plano, ocorreram reduções expressivas entre 2012 e 2014, todas superiores a 2% ao ano.

Por outro lado, foram registrados aumentos nas taxas em 2016 (+ 0,6%) e 2020 (+ 0,5%). Considerando todo o período de vigência do Plano (2010 a 2021), a média anual de redução

foi de - 1,4%, o que indica uma tendência de queda, embora abaixo da meta estabelecida (*gráfico 1*).

Gráfico 1. Variação percentual das taxas de mortalidade prematura por DCNT padronizadas por idade, por 100 mil habitantes no Brasil, GDB, 2001-2021

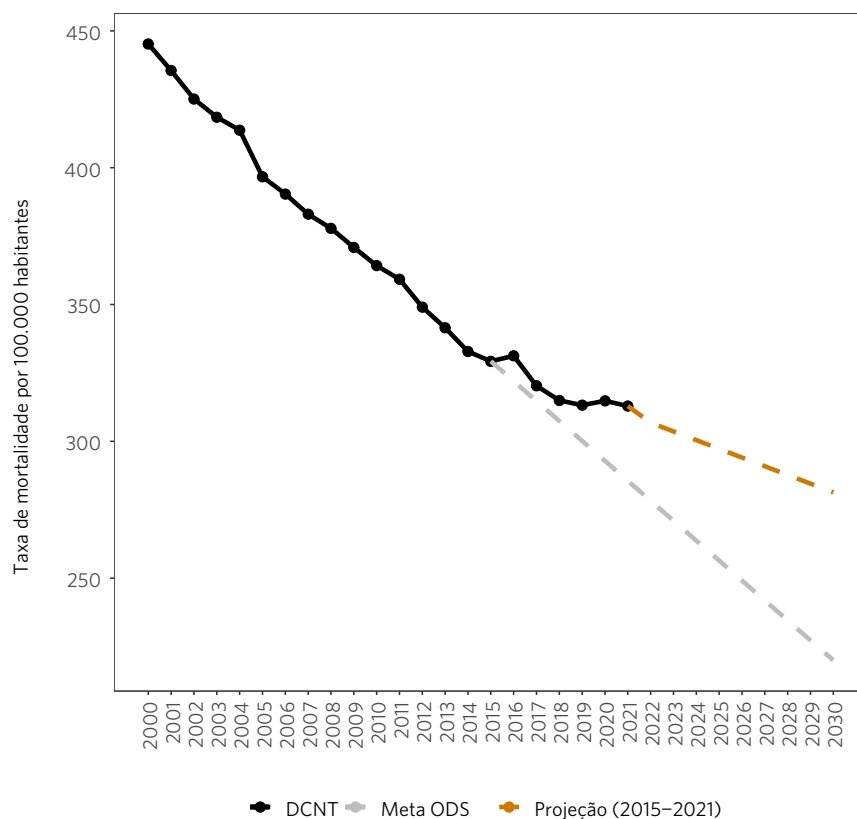


Fonte: elaboração própria.

Considerando a nova meta de redução de 30% na mortalidade por DCNT entre 2015 e 2030, as projeções com base nos dados de

2015 a 2021 indicam que essa meta também não será alcançada (*gráfico 2*).

Gráfico 2. Tendências da taxa de mortalidade prematura por DCNT padronizada por idade, por 100 mil habitantes e projeções para 2030 no Brasil, GBD 2000 e 2021



Fonte: elaboração própria.

Discussão

A mortalidade prematura por DCNT apresentou uma redução média de 1,4% ao ano, embora tenha havido aumentos nas taxas nos anos de 2016 e 2020. As metas relacionadas com os fatores de risco foram alcançadas para consumo de tabaco, prática de atividade física, ingestão de frutas e hortaliças e realização de mamografias. Por outro lado, as metas não foram atingidas para consumo abusivo de bebidas alcoólicas, obesidade e cobertura do exame preventivo para o câncer do colo do útero.

Entre os Estados-Membros da ONU, o Brasil foi pioneiro ao lançar, em 2011, o ‘Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil 2011-2022’, demonstrando

a centralidade do tema na agenda governamental daquele período⁴. Em 2021, um novo plano foi instituído, incorporando metas relativas a acidentes e violências, além de estender o horizonte de atuação até 2030⁶.

Entretanto, nem todas as metas foram alcançadas, o que torna necessário buscar explicações que ajudem a compreender esses resultados. Para isso, a análise será dividida em dois períodos distintos: a primeira etapa do plano (2010 a 2015) e a segunda etapa (2016 a 2022). Nos anos iniciais, logo após a implementação do plano, observou-se um desempenho mais favorável, com redução da mortalidade prematura por DCNT e diminuição de diversos fatores de risco. Em contrapartida, a partir de 2016, os indicadores apresentaram piora em relação aos anos anteriores, resultado que

pode estar associado às políticas de austeridade fiscal adotadas no período, bem como aos impactos da pandemia da covid-19¹⁶.

A melhoria dos indicadores até 2015 está associada a um contexto político-econômico favorável, que possibilitou maiores investimentos na área da saúde, com aumento do financiamento público destinado ao Sistema Único de Saúde (SUS). Esse cenário contribuiu significativamente para o fortalecimento da capacidade de resposta do sistema no enfrentamento das DCNT. Nesse período, o Ministério da Saúde implementou diversas políticas, programas e estratégias, destacando-se a estruturação da Vigilância das DCNT e de seus fatores de risco⁵, além da realização de inquéritos populacionais (domiciliares, por telefone e em escolas)¹⁷. Além disso, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) definiu como ações prioritárias a promoção de uma alimentação saudável, a prática regular de atividades físicas e a prevenção de fatores de risco à saúde¹⁷. A ampliação da Atenção Primária à Saúde (APS) e da assistência farmacêutica, por meio do Programa Farmácia Popular, também desempenhou papel essencial na melhoria dos indicadores. Todas essas iniciativas integraram o conjunto de ações do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT (2011-2021), em consonância com o Plano Global e os objetivos da Agenda 2030^{2-5,18}.

A partir de 2016, o Brasil enfrentou uma conjuntura marcada por crise econômica e instabilidade política, que resultou na adoção de políticas de austeridade. Essas medidas contribuíram para a redução do Produto Interno Bruto (PIB), o aumento do desemprego e o agravamento das desigualdades sociais, afetando diretamente a oferta e a qualidade dos serviços de saúde. É amplamente reconhecido que as escolhas políticas diante de crises econômicas geram impactos significativos – muitas vezes imprevistos – sobre a saúde pública. Fatores como o desemprego elevado, a inflação, os cortes orçamentários e o rigor fiscal estão associados a consequências

negativas persistentes nos indicadores de saúde, incluindo o aumento da mortalidade em adultos, da morbimortalidade infantil e a desaceleração no progresso rumo às metas dos ODS^{16,19,20}.

Nos anos de 2020 e 2021, a pandemia da covid-19 gerou impactos significativos não apenas na mortalidade diretamente atribuída ao vírus, mas também em diversos aspectos relacionados com os estilos de vida e com o cuidado com as DCNT. Observou-se redução na prática de atividade física, aumento no consumo de alimentos ultraprocessados, maior uso de produtos derivados do tabaco e elevação no consumo de bebidas alcoólicas²¹. Além disso, houve prejuízos no acompanhamento contínuo de pacientes com DCNT e redução no acesso aos serviços de saúde²². Esses fatores contribuíram para o aumento da mortalidade por DCNT, com destaque para as doenças cardiovasculares²³.

A redução da prevalência de fumantes no Brasil está associada ao avanço das medidas regulatórias, como a ratificação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco em 2006; o decreto presidencial que regulamentou a Lei dos Ambientes Livres de Tabaco em 2014; a definição de preço mínimo para comercialização de produtos derivados do tabaco em 2011; além da proibição da promoção, do patrocínio, da venda a menores de 18 anos e da propaganda comercial de produtos fumígenos também em 2014¹⁷. No entanto, observa-se um enfraquecimento do papel regulador do Estado nos últimos anos, evidenciado, por exemplo, pela manutenção dos preços dos produtos do tabaco praticamente inalterados, o que representa um retrocesso e compromete a continuidade da tendência de redução do consumo, verificada até 2014²⁴. Adicionalmente, destaca-se o crescimento do uso de cigarros eletrônicos e narguilé entre jovens e adolescentes²⁵. Nesse contexto, a pressão exercida pela indústria para a liberação da comercialização de cigarros eletrônicos representa uma ameaça concreta à sustentabilidade das políticas de controle do tabagismo no País²⁶.

De forma semelhante, o aumento do consumo de frutas e hortaliças foi crescente, até 2015, devido, em parte, a um cenário mais favorável para a promoção da alimentação saudável no Brasil, pelas ações do governo federal para a segurança alimentar e nutricional, como o Programa de Aquisição de Alimentos, o Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, e o Guia Alimentar para a População Brasileira²⁷. Fatores econômicos, como aumento da renda familiar e melhor preço dos alimentos, também influenciaram positivamente naquele período^{27,28}.

As crises econômicas ocorridas no Brasil poderiam explicar o decréscimo desse consumo após 2016, haja vista ter havido elevação dos preços dos alimentos, diminuição da renda e aumento do desemprego em razão da crise econômica no País²⁷. Essa situação foi agravada com a pandemia da covid-19 em 2020 e 2021, resultando em aumento da fome, que chegou a alcançar mais de 33 milhões de habitantes, e da insegurança alimentar em algum grau – leve, moderado ou grave (fome) – que atingiu mais da metade da população brasileira²⁹. Tal situação favoreceu hábitos de vida não saudáveis, como consumir alimentos ultraprocessados e bebidas açucaradas, por terem um menor custo para o consumidor, sendo causa relevante para o aumento constante da obesidade no País, que se apresenta em crescimento constante ao longo dos anos³⁰.

Destaca-se a importância de um maior rigor na implementação de medidas regulatórias voltadas à promoção da segurança alimentar, como a taxação de bebidas açucaradas, a concessão de subsídios para o consumo de alimentos saudáveis e a proibição do *marketing* de alimentos direcionado ao público infantil. Além disso, é fundamental que as políticas macroeconômicas, especialmente aquelas direcionadas à geração de emprego e renda, atuem de forma articulada com as políticas sociais, de modo a contribuir para a superação das desigualdades e da pobreza – inclusive no que se refere à garantia do direito à alimentação adequada e saudável^{18,31}.

No que se refere a prática de atividade física, em 2011, foi implantado, no âmbito do SUS, o Programa Academia da Saúde (PAS), com o objetivo de ampliar o acesso e promover a prática de atividade física para toda a população, inclusive os grupos mais vulneráveis³². Essa iniciativa contribuiu para a melhoria dos indicadores referentes à prática de atividade física e à promoção da saúde no Brasil¹⁶, com impactos positivos no enfrentamento das DCNT. Com a pandemia da covid-19, no entanto, houve uma piora nos indicadores de atividade física no tempo livre, acompanhada de um aumento nos comportamentos sedentários²¹. Apesar disso, em 2023, foi observada uma melhora nesse indicador.

O consumo de bebidas alcoólicas é também uma importante causa de morte prematura no Brasil, sendo responsável por cerca de 10% de todas as mortes no mundo entre indivíduos de 15 a 49 anos^{33,34}. Além disso, constitui um fator de risco para diversas doenças e agravos à saúde. Uma revisão sistemática indicou que crises econômicas podem influenciar o consumo de bebidas alcoólicas, especialmente por meio do aumento do desemprego e da redução da renda entre as populações mais vulneráveis³⁵. No Brasil, o consumo abusivo de bebidas alcoólicas aumentou entre as mulheres e registrou crescimento durante a pandemia³⁶. Diante desse cenário, é fundamental avançar na adoção de medidas regulatórias mais rigorosas, incluindo a proibição ou a restrição mais ampla da propaganda de bebidas alcoólicas nos meios de comunicação, a limitação dos horários e locais de venda, além da revisão da Lei nº 9.294/1996, que atualmente classifica como bebidas alcoólicas apenas aquelas com teor alcoólico superior a 13º Gay-Lussac, para incluir também cervejas e outras bebidas³⁶.

Por fim, é relevante destacar a importância da renovação do compromisso brasileiro com a agenda de enfrentamento das DCNT a partir da aprovação do Plano de Dant 2021-2030, em alinhamento com as metas globais do Plano de Ação da OMS e dos ODS. O Plano representa um avanço ao estabelecer metas claras para a

redução das DCNT e de seus fatores de risco. Para isso, é necessário investir em políticas custo-efetivas, ampliar o acesso à promoção, prevenção e vigilância em saúde, e combater as iniquidades, garantindo acesso às tecnologias em saúde para toda a população, especialmente para os grupos mais vulneráveis

As políticas de austeridade, em especial os cortes resultantes da Emenda Constitucional nº 95, sancionada em 2016 e vigente de 2017 a 2022, foram agravadas com a pandemia da covid-19, ampliaram desigualdades e podem impactar negativamente os indicadores das DCNT. O enfrentamento das DCNT exige políticas intersetoriais e regulatórias sustentáveis, imunes a descontinuidades de governos transitórios. Destaca-se a retomada da PNPS e a importância de adotar ações baseadas em dados e evidências para melhores resultados à população.

Este estudo apresenta algumas limitações que merecem ser destacadas: 1) a utilização de dados autorreferidos pode levar à sub ou superestimação das prevalências, comprometendo a precisão e a validade das estimativas – no entanto, estudos de validação do questionário do Vigitel indicam boa reprodutibilidade e validade dos dados; 2) a amostra do Vigitel – até 2021 composta exclusivamente por adultos residentes nas capitais e no Distrito Federal com telefone fixo – pode limitar a representatividade dos resultados. Esse viés, porém, é parcialmente corrigido pelo uso de fatores de ponderação aplicados pelo método *rake*. Adicionalmente, alterações no plano amostral ao longo das edições do Vigitel podem impactar a comparabilidade temporal dos dados, exigindo cautela na análise de tendências e recomendando-se a realização de estudos específicos para avaliar o efeito dessas mudanças.

Conclusões

Os resultados deste estudo indicam uma tendência geral de redução da mortalidade prematura por DCNT, com uma queda média

anual de 1,4%. No entanto, considerando as tendências atuais, é pouco provável que as metas de redução da mortalidade prematura por DCNT sejam alcançadas. O cumprimento das metas relacionadas com os fatores de risco evidencia avanços importantes em áreas como controle do tabagismo, promoção da atividade física, alimentação saudável e rastreamento do câncer de mama. No entanto, o não atingimento de metas cruciais – como redução do consumo abusivo de álcool, controle da obesidade e ampliação da cobertura do exame preventivo para câncer do colo do útero – aponta para a necessidade de reforçar políticas públicas, especialmente em promoção da saúde, regulação do ambiente alimentar e ampliação do acesso a serviços preventivos.

O cenário demanda estratégias mais integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para garantir a continuidade dos progressos e superar os desafios persistentes. É imprescindível promover a integração de políticas públicas intersetoriais voltadas à redução das desigualdades sociais, ampliar o acesso aos serviços de saúde para prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, além de fortalecer as ações de proteção e promoção da saúde, com investimentos prioritários na APS. Paralelamente, as metas devem ser continuamente monitoradas em âmbito nacional, estadual e municipal, uma vez que esse acompanhamento contribui para a reorientação dos serviços e dos processos de trabalho conforme as prioridades de saúde. Além disso, o monitoramento é fundamental para subsidiar a revisão de estratégias de prevenção, enfrentamento e controle das DCNT, especialmente em um contexto de crise econômica e de políticas de austeridade que podem comprometer os resultados e os indicadores de saúde. Dessa forma, o monitoramento deve ser incorporado de forma permanente à gestão, garantindo o acompanhamento constante dos avanços relativos às novas metas propostas no Plano de Ações para o Enfrentamento das DCNT no Brasil.

Colaboradores

Malta DC (0000-0002-8214-5734)* contribuiu para concepção e desenho do trabalho, interpretação dos dados, redação, revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito. Veloso GA (0000-0002-5348-3793)* contribuiu para análise e interpretação dos dados, revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito. Morais Neto OL

(0000-0002-3786-318X)* contribuiu para concepção e desenho do trabalho, revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito. Gomes CS (0000-0001-6586-4561)*, Silva AG (0000-0003-2587-5658)*, Morais EAH (0000-0003-0156-3449)* e Santos FM (0000-0002-0522-0374)* contribuíram para interpretação dos dados, redação, revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases, 2013-2020 [Internet]. Geneva: WHO; 2013 [acesso em 2025 fev 24]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236>
2. United Nations. Resolução A/RES/66/2, de 19 de setembro de 2011. Declaração Política da Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral sobre a Prevenção e o Controle de Doenças Não Transmissíveis. New York, NY: United Nations; 2012.
3. Bonita R, Magnusson R, Bovet P, et al. Country actions to meet UN commitments on non-communicable diseases: a stepwise approach. *Lancet*. 2013;381(9866):575-84. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61993-x](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61993-x)
4. Ministério da Saúde (BR). 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 2025 fev 24]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf
5. Malta DC, Morais Neto OL, Silva Junior JB. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiol Serv Saude*. 2011;20(4):425-38. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742011000400002>
6. Ministério da Saúde (BR). 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 [acesso em 2025 fev 24]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/plano_enfrentamento_doencas_cronicas_agravos_2021_2030.pdf
7. Ministério da Saúde (BR). *Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019* [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020 [acesso em 2025 fev 24]. Disponível em: <https://www.gov.br/sau/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/cartilhas/2019/vigitel-brasil-2019-vigilancia-fatores-risco-pdf>
8. Ministério da Saúde (BR). *Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas ca-*

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- pitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2023 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2023 [acesso em 2025 fev 24]. 131 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2023-vigilancia-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doenças-cronicas-por-inquerito-telefonico/view>
9. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease (GBD) [Internet]. Seattle (WA): Institute for Health Metrics and Evaluation; [data desconhecida] [acesso em 2025 fev 24]. Disponível em: <https://www.healthdata.org>
 10. Ministério da Saúde (BR). Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) [Internet]. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde; [data desconhecida] [acesso em 2025 fev 24]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/sistemas-de-informacao/sim>
 11. Malta DC, Teixeira RA, Cardoso LSM, et al. Premature mortality due to noncommunicable diseases in Brazilian capitals: redistribution of garbage causes and evolution by social deprivation strata. *Rev Bras Epidemiol.* 2023;26(Supl 1):e230002. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720230002.supl.1>
 12. Teixeira RA, Ishitani LH, Marinho F, et al. Methodological proposal for the redistribution of deaths due to garbage codes in mortality estimates for Noncommunicable Chronic Diseases. *Rev Bras Epidemiol.* 2021;24(Supl 1):e210004. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210004.supl.1>
 13. Naghavi M, Ong KL, Aali A, et al. Global burden of 288 causes of death and life expectancy decomposition in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet.* 2024;403(10440):2100–32. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)00367-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00367-2)
 14. StataCorp [Internet]. Versão 16. College Station, TX: StataCorp LLC; 2019 [acesso em 2025 fev 24]. Disponível em: <https://www.stata.com/>
 15. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 674, de 6 de maio de 2022. Dispõe sobre a tipificação da pesquisa e a tramitação dos protocolos de pesquisa no Sistema CEP/Conep. *Diário Oficial da União, Brasília, DF.* 2022 out 25; Edição 203; Seção I:65.
 16. Malta DC, Duncan BB, Barros MBA, et al. Medidas de austeridade fiscal comprometem metas de controle de doenças não transmissíveis no Brasil. *Ciênc saúde coletiva.* 2018;23(10):3115–22. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.25222018>
 17. Malta DC, Silva MMA, Moura L, et al. A implantação do Sistema de Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2003 a 2015: alcances e desafios. *Rev Bras Epidemiol.* 2017;20(4):661–75. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700040009>
 18. Rasella D, Basu S, Hone T, et al. Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: A nationwide microsimulation study. *PLoS Med.* 2018;15(5):e1002570. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002570>
 20. Souza LEPP, Barros RD, Barreto ML, et al. The potential impact of austerity on attainment of the Sustainable Development Goals in Brazil. *BMJ Glob Health.* 2019;4(5):e001661. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001661>
 21. Malta DC, Gomes CS, Barros MBA, et al. Distanciamento social, sentimento de tristeza e estilos de vida da população brasileira durante a pandemia de Covid-19. *Saude debate.* 2021;44:177–90. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E411>
 22. Malta DC, Pinheiro PC, Andrade FMD, et al. População com risco cardiovascular elevado em uso de medicamento e aconselhamento: a situação do Brasil em relação à meta mundial, 2014–2015. *Epidemiol Serv Saude.* 2021;30(2):e2020369. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742021000200016>
 23. Brant LCC, Nascimento BR, Teixeira RA, et al. Excess of cardiovascular deaths during the COVID-19 pandemic in Brazilian capital cities. *He-*

- art. 2020;106(24):1898-905. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/heartjnl-2020-317663>
24. Souza LE, Rasella D, Barros R, et al. Smoking prevalence and economic crisis in Brazil. *Rev Saude Publica*. 2021;55:1-10. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002768>
 25. Malta DC, Morais ÉAH, Silva AG, et al. Mudanças no uso do tabaco entre adolescentes brasileiros e fatores associados: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar. *Ciênc saúde coletiva*. 2024;29(9):e08252023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024299.08252023>
 26. Scholz JR, Malta DC, Fagundes AAP, et al. Posicionamento da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre o Uso de Dispositivos Eletrônicos para Fumar – 2024. *Arq Bras Cardiol*. 2024;121(2). DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20240063>
 27. Silva LES, Claro RM. Tendências temporais do consumo de frutas e hortaliças entre adultos nas capitais brasileiras e Distrito Federal, 2008-2016. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(5):e00023618. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00023618>
 28. Claro RM, Monteiro CA. Renda familiar, preço de alimentos e aquisição domiciliar de frutas e hortaliças no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2010;44(6):1014-20. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000600005>
 29. Rede PENSSAN. II VIGISAN – Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil: suplemento I – Insegurança Alimentar nos estados [Internet]. Brasília, DF: Rede PENSSAN; 2022 [acesso em 2025 fev 24]. Disponível em: <https://olheparaafome.com.br/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-II-VIGISAN-2022.pdf>
 30. Malta DC, Gomes CS, Felisbino-Mendes MS, et al. Undernutrition, and overweight and obesity: the two faces of malnutrition in Brazil, analysis of the Global Burden of Disease, 1990 to 2019. *Public Health*. 2024;229:176-84. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2023.12.037>
 31. Neder H, Alves Filho N, Souza S. Acesso à renda e inflação de preços de alimentos no Brasil: análise dos efeitos do programa Bolsa Família. *Rev Econ Sociol Rural*. 2015;53(1):51-70. DOI: <https://doi.org/10.1590/1234-56781806-9479005301003>
 32. Sá GBAR, Dornelles GC, Cruz KG, et al. O Programa Academia da Saúde como estratégia de promoção da saúde e modos de vida saudáveis: cenário nacional de implementação. *Ciênc saúde coletiva*. 2016;21(6):1849-60. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.09562016>
 33. Machado Í, Monteiro M, Monteiro R, et al. Trends in mortality rates where alcohol was a necessary cause of death in Brazil, 2000-2013. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e9. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.9>
 34. Griswold MG, Fullman N, Hawley C, et al. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2018;392(10152):1015-35. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31310-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31310-2)
 35. Goeij MCM, Suhrcke M, Toffolutti V, et al. How economic crises affect alcohol consumption and alcohol-related health problems: A realist systematic review. *Soc Sci Med*. 2015;131:131-46. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.02.025>
 36. Malta DC, Silva AG, Prates EJS, et al. Convergence in alcohol abuse in Brazilian capitals between genders, 2006 to 2019: what population surveys show. *Rev Bras Epidemiol*. 2021;24:e210022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210022.supl.1>

Recebido em 28/02/2025

Aprovado em 04/07/2025

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais – Fapemig, chamada 011/2022 (APQ-03788-22); Ministério da Saúde/Fundo Nacional de Saúde (TED 67/2023); Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Bolsa de Produtividade em Pesquisa de Deborah Carvalho Malta

Editora responsável: Jamilli Silva Santos

Ciclo gravídico-puerperal de pessoas transmasculinas: atravessamentos e potencialidades

Pregnancy-puerperal cycle of transmasculine people: Crossings and potentialities

Brida Luísa Torres Duque¹, Jandesson Mendes Coqueiro¹

DOI: 10.1590/2358-2898202514610280P

RESUMO Durante o ciclo gravídico-puerperal, que abrange a gestação, o trabalho de parto e o puerpério, aquele que gesta enfrenta modificações físicas, hormonais e sociais que exigem uma rede de assistência adequada. Para pessoas transmasculinas ou não binárias, esse período pode ser mais desafiador, devido aos obstáculos impostos pela transfobia e pelas relações sociais. O presente estudo propõe discutir, seguindo o referencial teórico da Análise Institucional Socioanalítica, os atravessamentos e as potencialidades vivenciados por pessoas transmasculinas durante o ciclo gravídico-puerperal. Para a produção do material, foram realizadas entrevistas projetivas com cinco sujeitos a partir de uma representação gráfica, além das ponderações do diário de campo, estruturado pelos pesquisadores. Este estudo apontou como atravessamentos a transfobia, a disforia de gênero, dificuldades financeiras e a falta de rede de apoio. Quanto às potencialidades, destaca-se a rede de apoio positiva e o atendimento acolhedor por parte dos profissionais, reforçando a relevância das relações sociais. Fica evidente que os desafios enfrentados pelos sujeitos são amplos, sendo assim, recomenda-se que novos trabalhos acadêmicos voltados às especificações da saúde reprodutiva sejam desenvolvidos, para que haja um aumento na discussão sobre a temática, a partir de novos olhares e de realidades distintas das colocadas neste estudo.

PALAVRAS-CHAVE Pessoas transgênero. Gravidez. Trabalho de parto. Período pós-parto. Análise Institucional.

ABSTRACT *During the pregnancy-puerperal cycle, which includes pregnancy, labor and the puerperium, the pregnant person faces physical, hormonal and social changes that require an adequate care network. For transmasculine or non-binary people, this period can be more challenging, due to the obstacles imposed by transphobia and social relations. This study proposes to discuss, following the theoretical framework of Socioanalytic Institutional Analysis, the crossings and potentialities experienced by transmasculine people during the pregnancy-puerperal cycle. To produce the material, projective interviews were carried out with five subjects based on a graphic representation, in addition to the considerations in the field diary structured by the researchers. This study pointed out transphobia, gender dysphoria, financial difficulties and the lack of a support network as crossing points. As for the potential, the positive support network and the welcoming service provided by professionals stand out, reinforcing the importance of social relationships. It is clear that the challenges faced by the subjects are broad, therefore, it is recommended that new academic works, focused on the specifications of reproductive health, be developed, so that there is an increase in the discussion on the subject, based on new perspectives and realities different from those presented in this study.*

KEYWORDS *Transgender persons. Pregnancy. Labor, obstetric. Postpartum period. Institutional Analysis.*

¹ Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) – Vitória (ES), Brasil.
bridaluísa@gmail.com



Introdução

O ciclo gravídico-puerperal inicia-se no momento em que ocorre a fecundação, ou seja, a gestação, perpassa o trabalho de parto e se encerra após a finalização do puerpério¹. Todo esse período é entrelaçado por distintos sentimentos, como dúvidas, inseguranças e ansiedade, além de modificações físicas resultantes do desenvolvimento fetal². Esse ciclo, sob a perspectiva das transmasculinidades, pode apresentar entraves relacionados ao senso de si mesmo e às regras sociais, que estabelecem a pessoa gestante e parturiente como mulher cisgênero (cis) e mãe³.

Apesar de não haver um mapeamento por parte dos órgãos governamentais, o Instituto Brasileiro de Transmasculinidades (Ibrat), que mobiliza diversas pesquisas sobre essa população, mapeou 900 pessoas transmasculinas e identificou que 32 (3,2%) relataram ter vivenciado uma ou mais gestações⁴. Dessa maneira, a gestação transmasculina é uma realidade que precisa ser mais explorada, principalmente ao levar em consideração que os trabalhos elaborados sobre gestação, parto e puerpério, majoritariamente, retratam vivências de mulheres cis⁵.

Sendo assim, este estudo tem como objetivo discutir, a partir do referencial teórico da Análise Institucional Socioanalítica, os atravessamentos e as potencialidades vivenciados por pessoas transmasculinas durante o ciclo gravídico-puerperal.

Material e métodos

O estudo segue uma abordagem qualitativa, tendo como referencial teórico-metodológico a socioanálise, uma das vertentes da Análise Institucional.

A socioanálise surgiu no contexto da Análise Institucional – uma das vertentes do Movimento Institucionalista –, sendo desenvolvida por René Lourau em 1970, na França. Trata-se de um referencial teórico com método

de intervenção em situações sociais, que busca compreender as relações estabelecidas entre os diversos atores envolvidos e os sistemas institucionais (instituição), tanto em seus aspectos visíveis quanto ocultos⁶⁻⁹.

Sobre as instituições – um dos conceitos trabalhados na socioanálise –, é importante ressaltar que são concebidas como estruturas de decisões lógicas que orientam e regulam as ações humanas, delimitando o que é permitido, proibido ou indiferente. Elas são analisadas a partir de um movimento dinâmico composto por três dimensões: o instituinte (movimento que gera a instituição), o instituído (resultado do processo) e a institucionalização (processo de consolidação). Para exercer, de forma concreta, a sua função reguladora, as instituições se manifestam por meio de organizações ou estabelecimentos¹⁰, como os serviços de saúde.

Através da socioanálise, os pesquisadores – chamados de socioanalistas – fornecem instrumentos que possibilitam aos participantes de uma organização (ou de uma pesquisa) refletir sobre suas próprias relações, normas, comportamentos e práticas cotidianas. Para isso, são empregados os chamados ‘dispositivos analisadores’, que consistem em materiais ou estratégias capazes de estimular o diálogo e provocar a reflexão crítica, com a finalidade de que surja aquilo que está velado (os não ditos)¹¹.

Assim posto, acrescenta-se que a pesquisa socioanalítica dá ênfase aos particulares instituintes, buscando compreender a dinâmica social que dá origem e sustentação às estruturas, mais do que apenas analisá-las isoladamente. Trata-se de uma prática teórica e política que não se limita à coleta aleatória de casos concretos, mas que se fundamenta em uma articulação entre diversas teorias: a do sujeito (psicanálise), a do social (materialismo dialético), a da instituição (análise institucional) e uma posição política assumida (autogestão). Em vez de se apoiar em um freudo-marxismo já estabelecido – se é que tal síntese pode ser considerada concluída –, essa abordagem constrói suas próprias elaborações

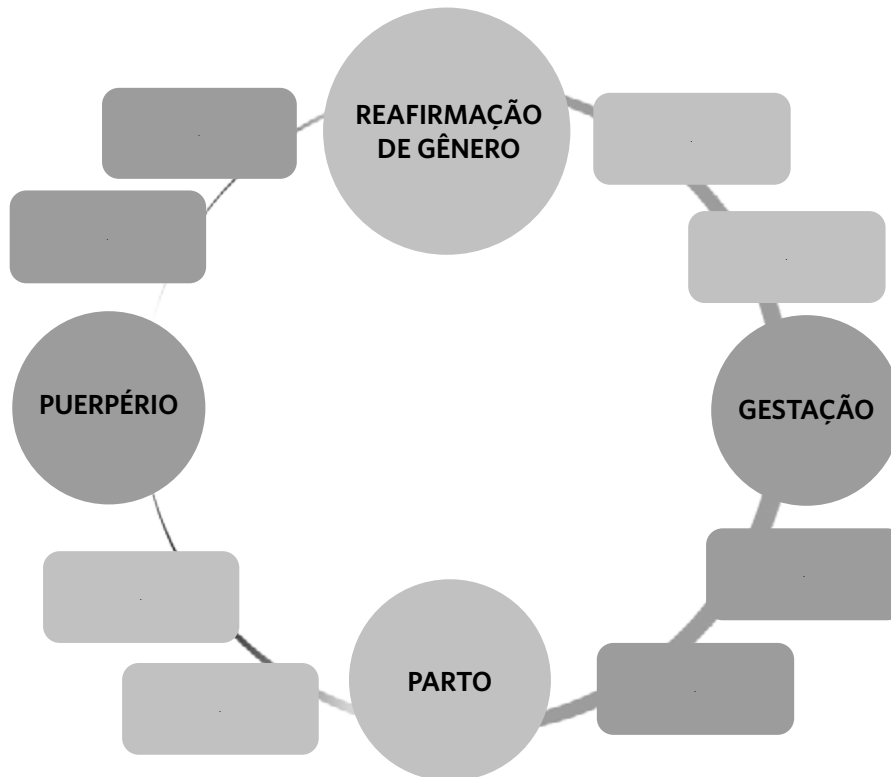
teóricas no processo vivo da pesquisa e da transformação social¹².

Este estudo foi formado por cinco sujeitos que passaram pela vivência do ciclo gravídico-puerperal, em cumprimento aos seguintes critérios de inclusão: 1) ser maior de 18 anos; 2) ser homem trans, pessoa não binária e/ou estar dentro dos espectros das transmasculinidades; e 3) ter a experiência da gestação, parto e puerpério após a reafirmação de gênero.

Os instrumentos de produção de material se deram por intermédio de entrevista projetiva e das ponderações do diário de campo estruturado pelos pesquisadores. Segundo Goldenberg¹³, a entrevista projetiva é aquela

em que o pesquisador emprega o uso de artifícios visuais, como quadros, pinturas, mural de reportagens, para estimular o diálogo e as respostas do entrevistado. Neste estudo, foi utilizada uma representação gráfica de um ciclo gravídico-puerperal (figura 1) com as palavras: reafirmação de gênero; gestação; parto e puerpério; o que se configurou como dispositivo analisador¹⁴. Os participantes eram convidados a preencher a representação gráfica com duas palavras que representassem os momentos citados, tendo autonomia para realizar as modificações que achassem convenientes.

Figura 1. Representação visual do dispositivo analisador



Fonte: elaboração própria.

O trabalho de campo foi executado nos meses de agosto a outubro de 2024 e foi dividido em duas etapas. Inicialmente, foi

desenvolvido um banco de dados com o contato de *e-mail* e/ou redes sociais dos possíveis participantes, descobertos a partir de:

reportagens encontradas na aba notícias do Google, utilizando-se o descritor ‘Gravidez masculina’; publicações no Instagram e no Tiktok relacionadas aos termos ‘Gestação trans’ e ‘Trans grávido’; e checagem de publicações em perfis relacionados à comunidade trans, como coletivos, ambulatórios e Organizações Não Governamentais (ONGs). O levantamento resultou em 19 sujeitos que passaram pelo ciclo gravídico-puerperal.

Na segunda etapa, os pesquisadores entraram em contato com todas as pessoas do banco de dados anteriormente mencionado, através do Instagram, Tiktok, *e-mail* e telefone, mas apenas 4 sujeitos aceitaram participar da entrevista. Logo após, buscando a inserção de mais pessoas no estudo, foi proposta a técnica bola de neve, que consiste na indicação pelo próprio entrevistado de uma outra pessoa para participar da pesquisa, dentro dos critérios de inclusão, e assim sucessivamente¹⁵, o que resultou no aceite de um homem trans, totalizando, assim, um universo de 5 participantes.

A todos, foi enviado por e-mail o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com o intuito esclarecer sobre a pesquisa. Após a assinatura do sujeito, os encontros aconteceram em dias e horários escolhidos pelos participantes através da plataforma Google Meet, que é um dispositivo que permite o envio de mensagens instantâneas e comunicação através de chamada com voz e vídeo.

A duração dos encontros variou entre 59 minutos e 107 minutos. Com o consentimento dos participantes, os pesquisadores utilizaram o recurso de gravação de voz da chamada, sendo assim, o discurso de cada entrevistado foi transcrito e, posteriormente, realizou-se a leitura meticulosa de todo o material.

Com o *corpus* discursivo elaborado, pôde-se iniciar a análise, a partir dos conceitos trabalhados pela socioanálise, como, por exemplo, analisador, potencialidade e atravessamentos, a fim de acompanhar o fluxo que se formou, com o intuito de seguir os caminhos traçados ao longo das entrevistas. Revelaram-se, assim, círculos, que posteriormente se desintegraram

em ‘Da gestação ao puerpério nas transmasculinidades: reflexões’.

O estudo foi realizado por intermédio da anuência do Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Federal do Espírito Santo (CEP/Ufes), sob o registro CAAE 7815214.4.0000.5060, parecer número 6.756.512, em abril de 2024, com base nos termos dispostos na Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012¹⁶. Com a intenção de manter o sigilo dos participantes, cada um dos entrevistados foi identificado pela letra ‘E’, seguida de um número cardinal, de acordo com a ordem de realização dos encontros.

Resultados e discussão

Caracterização dos sujeitos

Participaram do estudo cinco sujeitos, sendo três homens trans, uma pessoa transmasculina e uma pessoa não binária transmasculina. A idade variou entre 22 e 34 anos. Quanto às características étnico-raciais, todos se auto-declararam brancos. A respeito da orientação afetivo-sexual, um sujeito relatou ser pansexual, e os outros quatro bissexuais. Em se tratando do uso atual da testosterona, três sujeitos relataram fazer o uso, enquanto dois possuem o interesse em (re)iniciar a hormonização após finalizar o período de amamentação.

Com relação ao estado civil, um sujeito declarou-se separado, e quatro declararam estar em um relacionamento sério. No que se refere à localização, dois sujeitos vivem na região Sudeste, dois na região Nordeste e um na região Sul. Acerca da escolaridade, dois participantes finalizaram o ensino superior e três possuem o ensino médio completo.

Da gestação ao puerpério nas transmasculinidades: reflexões

Apesar da gestação por fertilização natural ser uma possibilidade para diversos homens

trans ou pessoas transmasculinas, encontra-se uma gama de discursos que julgam inaceitável a parentalidade trans, ocasionando a “zona de abjeção, que leva a uma esterilização simbólica dessa população”¹⁷⁽²⁶⁷⁾. Esses discursos são nutridos pela cis-heteronormatividade, que representa ações que marginalizam, repreendem e perseguem aquilo que se difere da cisgeneridade e da heterossexualidade em corpos cis¹⁸.

Em conjunto, o que se tem institucionalizado no Brasil acerca dos cuidados de saúde relacionados à gestação, ao parto e ao puerpério é direcionado a mulheres cis, como o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento¹⁹ e o ‘Caderno de Atenção Básica – Atenção ao pré-natal de baixo risco’²⁰. Da mesma maneira, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT+) não menciona a possibilidade de gestação por pessoas transmasculinas²¹.

Para aqueles que vivenciam o ciclo gravídico-puerperal, romper esses discursos e exclusões é apenas um dos desafios experienciados. Dessa forma, o processo de gestação e o fato de ser uma pessoa transmasculina na sociedade podem ser entremeados por não ditos, ou seja, por alguma omissão ou distorção perceptível durante as falas, atitudes e outras maneiras de se expressar. Pode-se apresentar como uma atitude sutil, aparentemente involuntária e inconsciente, porém, causadora de conflitos¹⁰.

A descoberta de uma gravidez ocasiona no sujeito mudanças físicas, emocionais e sociais que ocorrem com o intuito de gerar um filho²². Essas alterações podem ser interpretadas, na perspectiva da socioanálise, como um acontecimento, ou seja, o período de surgimento da diferença, do novo absoluto, da singularidade; que leva a mudanças de pequeno ou grande porte que remodelam a história em todos os níveis¹⁰.

Sobre esse acontecimento, um participante do estudo relatou as seguintes questões:

[...] Quando a gente viu o positivo, é muito louco... Eu peguei o resultado e, nossa... caramba, eu realmente engravidei! Mas é engraçado que a ficha

só caiu no primeiro ultrassom. Eu fiz as primeiras semanas do pré-natal meio que descrente. Eu só fui acreditar quando fiz o ultrassom. Eu ouvi o coraçãozinho e pensei: ‘caraca, tô grávido mesmo!’. Mas aquilo se materializou naquele momento, pois você está vendo e ouvindo os batimentos. (E2).

Considerando o relato do participante E2, que descreve a consciência gestacional como algo que surge apenas após ouvir os batimentos fetais no ultrassom, uma metassíntese desenvolvida a partir da análise de 21 artigos demonstrou que essa percepção não é um fato isolado²³. Com o objetivo de identificar o potencial transformador de uma gestação na vida do parturiente e sua rede familiar, Mota et al.²³ evidenciam que a percepção da existência do feto não ocorre, necessariamente, no momento da descoberta da gestação, podendo ocorrer no momento em que o bebê expressa sua individualidade.

A partir do dispositivo utilizado nos encontros com os participantes desta pesquisa, foi percebida a presença de alguns analisadores no ciclo gravídico-puerperal. Um analisador é considerado por Lourau²⁴ como aquilo que possibilita expor a estrutura de uma organização, estimula e a obriga a falar. Perante o analisador, o sujeito é conduzido a um posicionamento relativo à maneira como explicita seu modo de agir e as implicações disso nas instituições²⁵. A partir da perspectiva socioanalítica, nesta pesquisa, foram identificados como analisadores a transfobia e a disforia de gênero.

Com relação à transfobia, destacam-se as seguintes falas dos participantes durante o ciclo gravídico-puerperal:

A dificuldade grande foi as pessoas de fora, como no transporte público. As pessoas não respeitam, então você precisa se impor, você precisa dizer. No começo, quando a barriga estava pequena, eu tinha uma leitura de homem na rua, nas filas preferenciais, todo mundo ficava olhando feio e comentando. Aconteceu várias coisas que foram difíceis. Algumas pessoas começaram a me chamar

de mãe, pessoas que sempre me tratavam no masculino a vida toda, e me chamando de mãe e me tratando no feminino. (E1).

[...] na família, já é um pouco mais complicado. Porque a minha família ainda não caiu a ficha da minha transição, então ainda me tratam pelo meu nome morto, como a filha, neta, sobrinha. Ficaram felizes, só que eu sempre fui tratado como mãe, e demorou muito para conseguir fazer essa conta pelo menos, né? (E2).

[...] a moça me perguntou o que eu ia fazer, e eu disse que era ultrassom, e ela: - Ultrassom do quê? Eu estou grávido e vou fazer ultrassom para ver se está tudo certo. Aí ela olhou prontuário, olhou outra coisa, e eu fiquei vendo a cara de confusa dela. Aí ela me perguntou: - Qual é seu nome? Respondi meu nome; aí ela olhou de novo no prontuário: - Mas seu nome aqui é [nome morto]? Não, meu nome é 'E4', não é esse e mesmo se eu não tivesse sido retificado, meu nome aí estaria o mesmo, pois seria o nome social. É 'E4', não é [nome morto]. Então, sabe, forçando ali, o discurso de ter que ser mulher, sabe? Foi uma coisa meio complicada. (E4).

[...] a todo tempo, ele [genitor do filho] falava meu nome morto no áudio [para a mãe do entrevistado], tudo altamente transfóbico, então eu peguei esses áudios todos e fui na delegacia e dei parte de transfobia dele, e coloquei minha mãe como a testemunha. E tudo isso no meio de um puerpério. (E5).

Nos relatos, é perceptível que a transfobia pode surgir em distintas relações, seja com profissionais de saúde, familiares, parcerias e pessoas desconhecidas. Com relação à transfobia por parte da família, um estudo com o objetivo de entender o universo dos homens transsexuais, realizado em João Pessoa, com 242 participantes, considerou em seus resultados que o sofrimento mental desses sujeitos se expande ao identificarem a falta de assistência, acolhimento, resguardo e amor vindo de seus familiares²⁶.

O uso de nomes que não condizem com a identidade de gênero do sujeito, abordado

pelos participantes como 'nome morto', pode ser considerado, conforme posto por Matsuno et al.²⁷, uma microagressão. Mesmo que o agressor relate ter dito de modo não intencional, essa atitude repercute negativamente, causando angústia associada à disforia de gênero.

Mesmo que a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde²⁸ garanta o uso do nome social, há relatos que demonstram o não cumprimento associado ao desrespeito à sua identidade de gênero. Atitudes cometidas por profissionais dos serviços de saúde. A transfobia nos serviços, estabelecimentos ou organizações ocasiona a exclusão da população transexual dos atendimentos relacionados à saúde, pois, além do desrespeito à sua identidade de gênero e dos questionamentos inadequados, eles se deparam com profissionais despreparados para atender às suas demandas, o que leva à impossibilidade de acessar a saúde de maneira integral²⁹.

Cabe ressaltar que, apesar desses participantes sofrerem transfobia, esse grupo pode ser denominado como um grupo sujeito, ou seja, constitui-se como uma utopia ativa (que se orienta por processos produtivo-desejante-revolucionários) capaz de constituir a si mesmo durante todo o processo (como o ciclo gravídico-puerperal). Isso pode ser visualizado quando o sujeito E5, por exemplo, faz uma denúncia contra seu ex-parceiro por transfobia. Assim, há um afastamento da conjuntura de um grupo sujeito, isto é, alienado em procedimentos, objetivos e normas que lhe são impostas¹⁰, como, por exemplo, aceitar passivamente ser chamado pelo nome morto.

Sobre o analisador disforia de gênero, destaca-se que esse termo é usado ao ser identificado um sofrimento em razão da discordância entre o sexo que foi atribuído a um indivíduo no nascimento, a partir dos seus órgãos genitais, e a sua identidade de gênero³⁰. Esse analisador pode estar relacionado a diferentes contextos, como identificado nas seguintes falas:

[...] Eu quero voltar fazer testosterona, inclusive esse é um motivo que eu não quero engravidar de novo, pois eu iria querer amamentar, e ia ser mais muito tempo sem usar [...] queria voltar a usar a testosterona porque é isso, ocupo o lugar de mulher o tempo todo, tanto na hétero como na cis, né? (E1).

Depois que ele [o filho] desmamar, eu já vou no endócrino para começar o tratamento hormonal, porque, nossa, é outro inferno na minha vida. Todo mundo me tratando no feminino, mesmo eu já tendo falado que era masculino. Acho que, depois de tantas experiências ruins na minha gravidez, eu cansei de tanto corrigir. Eu simplesmente olho com a cara de paisagem e me retiro, então eu prefiro me hormonizar logo. (E2).

Eu pensava que nem em todos esses anos tanta gente viu meu peito como naqueles dias. Um monte de gente [...] minha autoestima, até hoje, está extremamente abalada por todas as mudanças físicas que eu tive, principalmente no aumento do seio, pois antes eu conseguia disfarçar bem, usava a fita micropore. [...] nossa, horrível, horrível assim, sabe? A sensação péssima. É duas pedras, eu ia tomar banho, tomava banho 7 vezes no dia, banho quente, massageava, e eu sou o tipo de pessoa que tem muita disforia com o meu peito. Eu não tenho contato nem físico nem visual com ele. E aqueles dias foram torturantes, pois eu tinha que ficar olhando, apertando e massageando. Isso pra mim foi muito ruim. Então, essa parte da amamentação, pra mim, o que define foi angústia. (E4).

Como visto no relato do participante E4, a amamentação de maneira fisiológica, que normalmente é considerada exclusiva para mulheres cis, é uma possibilidade para pessoas transmasculinas que desejam amamentar. Entretanto, essa decisão pode acarretar desconfortos físicos, relacionados ao aumento das mamas, dores, sensibilidade e ingurgitamento, levando ao sofrimento relacionado à disforia de gênero³¹.

No caso dos participantes E1 e E2, a disforia de gênero está relacionada ao fato de serem reconhecidos e tratados como mulheres

perante a sociedade. Ainda que as transformações corporais, por meio da hormonização com testosterona, não sejam o desejo de todos os homens trans e transmasculinos³², ambos os participantes veem a hormonização como uma estratégia para amenizar a disforia. Contudo, precisam aguardar o desmame, visto que aqueles que gestam e/ou amamentam não devem utilizar a testosterona³¹.

A interrupção, mesmo que temporária, do uso da hormonização, pode ocasionar a reversão de algumas modificações corporais, como: crescimento das mamas, redução dos pelos faciais, mudanças relacionadas à distribuição da gordura corporal, entre outras alterações que influenciam na sua passabilidade perante a sociedade, conforme os relatos anteriores³¹. Segundo Porto, Silva e Gugelmin³³, a passabilidade pode ser compreendida como a aspiração de transitar na sociedade sem ser caracterizado como uma pessoa trans, e, sim, como uma pessoa com o gênero de identificação.

É importante ressaltar que a transfobia e a disforia também podem ser entendidas como um atravessamento durante o ciclo gravídico-puerperal, que, segundo Barembliitt¹⁰, representa uma interpenetração, um entrelaçamento e articulação de interesses conservadores, que servem de mistificação, dominação e exploração, demonstradas como necessárias e benéficas.

Assim, foi verificado neste estudo que, além da transfobia e da disforia, alguns participantes citaram como atravessamento a falta de condições financeiras durante a gestação ou o puerpério, conforme os seguintes relatos.

No começo de tudo, ficamos bem assustado, pois estávamos com uma questão financeira muito ruim na gravidez. Eu morava de favor nesse lugar isolado, enfim, só que depois as coisas foram se ajeitando, então, graças a Deus, apesar de parecer que ia piorar, eu tive muita ajuda e recebi muita doação, muito presente. Não precisei comprar quase nada no começo, então as coisas foram se ajeitando, mas foi um choque. (E1).

A gente divide a guarda, mas ela [a criança] mora com o meu ex, porque, como eu estou morando num lugar improvisado, eu fiquei num abrigo de moradores de rua. [...] Agora eu já tenho a minha casa, eu estou em uma kitnet. Estou aqui com meu colchãozinho, meu sofá, minhas roupas, meu ventilador, está tudo aqui. Com o tempo eu vou montando melhor a casa. Aí eu vou botar uma geladeira, o meu fogão vai ser maior, e aí eu vou poder receber a minha bebê em casa. Porque ela precisa, pois, como ela é muito pequenininha, eu preciso de um fogão, geladeira, para fazer comida. (E3).

Nesses relatos, é possível perceber a dificuldade financeira presente no período gestacional (E1) e no puerpério (E3), que, neste segundo caso, levou à consequência da mudança do local de moradia da criança, que deixou de residir no mesmo ambiente que o pai que a pariu. A questão financeira é algo que atravessa as pessoas que gestam devido aos gastos com itens essenciais para o cuidado de um novo ser, como higiene, roupas, alimentação e saúde. Além disso, inclui as mudanças na rotina, como a necessidade de abdicar de suas carreiras por falta de rede de apoio. Em um estudo realizado por Morais³⁴, que contou com a narrativa de nove mães universitárias em Fortaleza, foi identificado que, para aquelas com condições financeiras melhores, o que era considerado fardo (gravidez não planejada) tornou-se mais ameno.

Outro atravessamento identificado foi a falta da rede de apoio durante a gestação, parto e/ou puerpério, conforme o relato a seguir:

[...] depois que o meu companheiro voltou a trabalhar, parece que todo mundo julgou que eu conseguiria fazer tudo sozinho. Uma semana após o parto, ainda de fralda, sangrando, com dor, pressão baixa, com um bebê que eu não sabia o que ele queria, eu estava com fome e ele não despendurava do meu peito, ninguém me ajudou... Quando eu percebi que ninguém estava lá para me ajudar, só estavam para dar uma olhadinha, dar uma brincada com ele e seguir sua vida normalmente [...] eu estava morrendo de fome, eu tava morrendo de

dor, eu precisava tomar banho e precisava fazer tudo sozinho. Então, ajuda que todo mundo falou que ia me dar, eu não tive. (E2).

A fala do sujeito E2 demonstra como o puerpério é um momento desafiador na vida do parturiente, pois, além de lidar com as suas próprias necessidades, modificações físicas e emocionais, espera-se que ele dedique integralmente seu tempo e atenção ao recém-nascido e às suas demandas, como os cuidados de higiene, sono e alimentação. O suporte familiar ou de outros indivíduos é essencial para que esse momento seja menos conflituoso, e a falta dessa rede de apoio pode levar a uma sobrecarga física e emocional no parturiente^{35,36}.

As complexidades e as consequências da falta de rede de apoio podem ser intensificadas quando envolvem o genitor, como se percebe nos relatos:

Ele [ex-companheiro] me julgava, ele me tratava mal, chegou um momento que me esgotei, aí eu precisei sair de casa. Passei um mês e meio em um abrigo de moradores de rua. (E3).

Ele [genitor do filho] não me ajudava em nada financeiramente. Já precisei ir de um bairro ao outro caminhando para buscar um remédio que ele comprou, pois ele disse que ia comprar, mas eu teria que ir na casa dele buscar. (E5).

Conforme o relato dos participantes, é perceptível uma relação conturbada com o genitor de seu filho, que, ao invés de ser uma rede de apoio, comportava-se de maneira conflituosa e não cumpria com seus deveres. A falta de apoio do companheiro ou do genitor tem um papel relevante para a pessoa que gesta e seu filho, pois está relacionado ao fortalecimento do vínculo entre parturiente e bebê, e ao encorajamento e sucesso da amamentação³⁷.

Ademais, Arrais, Araujo e Schiavo³⁸, Moll et al.³⁹ e Lima et al.⁴⁰ relatam que tanto a gestação não planejada quanto a ausência de apoio vinda do pai podem estar associadas ao desenvolvimento de depressão pós-parto. A

fragilidade emocional pode ser identificada no seguinte trecho:

Eu tinha que tomar um posicionamento forte, sendo que eu estava fraco, abalado [...] eu tenho quase certeza que eu tive uma depressão, uma coisa assim. Eu não parava de chorar, tudo que eu falava, podia ser coisa feliz ou triste, eu sentia tristeza, tudo. Foi um período bem difícil, e a pancada foi cuidar do neném, cuidar de mim, ter todas as dificuldades do genitor e do puerpério. (E5).

Apesar disso, uma rede de apoio fortalecida pode ser considerada uma potencialidade que, segundo Baremlitt¹⁰, refere-se aos atributos efetivos de produção, invenção e transformações. São forças capazes de gerar o novo. Embora alguns participantes tenham relatado as fragilidades na rede de apoio, outros participantes ressaltaram que a tiveram e que foi essencial:

Quando a gente estava lá no hospital, os padrinhos do meu filho, que também são pessoas trans, ficaram aqui com meus pets, cuidando deles. E quando a gente precisa de um tempinho, eles ficam também aqui com o nosso filho. São pessoas ótimas. E minha mãe também, maravilhosa, esses dias o pegou [filho], saiu para a casa do avô. Ter uma rede de apoio é ótimo e, graças a Deus, temos. (E4).

Eu acredito que é assim para a maioria das pessoas que gestam. A gente precisa muito de rede de apoio. Às vezes, só precisamos de alguém para conversar de algo que não seja gestação, que seja de outro assunto. Eu tenho um melhor amigo, e a gente sempre se encontrava para conversar e ele me levava salgado e Coca-Cola, porque coca é a coisa que eu mais gosto no mundo [...] mas é isso, uma coisa tão simples, que ele talvez nem se lembre, mas que fazia toda a diferença. (E5).

Os relatos acima evidenciam a importância de ter pessoas que se dispõem a auxiliar nos mais diversos contextos, tornando-se a rede de apoio desses parturientes. Thiengo et al.³⁴ realizaram um estudo com o objetivo de investigar

a relação entre o apoio social na gestação e a prevalência de depressão, que contou com a participação de 100 gestantes que realizavam o pré-natal em uma Unidade de Saúde no município de Nova Iguaçu. O resultado reforçou a importância das interações sociais que levam a momentos de entretenimento, pois estes evitam o isolamento, diminuem a chance de depressão ou a piora de um quadro depressivo preexistente.

Essas redes podem ser vistas, na perspectiva da socioanálise, como uma comunidade, ou seja, um conjunto de sujeitos que compartilham alguma característica ou atribuição, que, neste caso, pode se tratar de vínculo familiar, amizade ou sentimentos mútuos. O imprescindível é que confere uma singularidade e/ou identidade entre os participantes, o que os leva à solidariedade e à coesão¹⁰.

Uma outra potencialidade identificada nas falas dos participantes é o acolhimento adequado dos profissionais de saúde. Apesar de estes terem sido citados anteriormente dentro do analisador transfobia, existiram aqueles que cumpriram seu papel de assistir adequadamente, e, assim, marcaram a trajetória durante o ciclo gravídico-puerperal dos seguintes participantes:

[...] teve uma única vez, a enfermeira que fez a coleta em mim, ela falou assim: - Como é o seu nome? Eu falei, e ela disse que era bonito [...] ela simplesmente foi a única pessoa que perguntou como me tratar, e ela mesmo disse que isso deveria ser uma coisa que todo mundo deveria fazer. Eu senti, no meio de todo caos, um único tratamento diferenciado. Isso foi muito importante para mim. (E2).

[...] a supervisora da equipe [durante a internação para o parto] chegou em mim e falou que era a primeira vez que eles recebiam um homem trans, mas que queriam que eu me sentisse confortável, que qualquer problema poderia avisar. Então isso me deixou muito calmo, saber dessa preocupação que ela teve. Na hora que ele nasceu [o filho do entrevistado], colocaram ele naquela parte que tem o vidro, aí colocaram nas informações o nome da

mãe, o nome da minha companheira, eles tiveram esse cuidado de colocar e fez muita diferença. Ela ficou muito feliz com isso, ela se emocionou. Foi assim [pausa] muito bom. (E4).

O relato do participante E4 mostra como atitudes positivas por parte do profissional de saúde podem se tornar marcantes para o parturiente e ajudar a diminuir sentimentos como a ansiedade e a insegurança. A ação realizada pela equipe de sinalizar que a mãe do bebê é a companheira, uma mulher trans que não gestou, demonstra que os profissionais compreenderam a realidade do casal e adequaram as normas e condutas da instituição para que fosse possível proporcionar um melhor acolhimento.

Com o intuito de garantir à população trans uma assistência ao ciclo gravídico-puerperal, seguindo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) – integralidade, universalidade e equidade –, faz-se necessária a implementação de ações em distintas esferas⁴². Entre elas, destaca-se o combate mais eficaz contra os crimes de ódio e transfobia⁴³, sobretudo quando o perpetrador da violência é um profissional de atendimento à saúde; e propostas de educação continuada sobre a saúde da população trans⁴².

Conclusões

A gestação transmasculina ergue-se em meio ao entendimento que considera norma corpos cis femininos gerarem, parirem e constituírem um núcleo familiar. Em concordância com isso, as políticas relacionadas à atenção aos direitos sexuais e reprodutivos substanciam um modelo familiar cis-heteronormativo, fomentando uma assistência por intermédio da iniquidade.

Neste estudo, fica evidente que os desafios enfrentados pelos sujeitos são amplos,

ocorrendo um entrelaçamento de atravessamentos e potencialidades ao longo do ciclo gravídico-puerperal, produzidos a partir das relações entre familiares, sociedade e profissionais de saúde. Considerando o referencial teórico-metodológico da Análise Institucional, a socioanálise, foram apontados como atravessamentos a transfobia, a disforia de gênero, as dificuldades financeiras e a falta de rede de apoio; e, como potencialidades, a presença de uma rede de apoio positiva e o atendimento acolhedor por parte dos profissionais, reforçando a relevância das relações sociais. A partir do que foi discutido nesta pesquisa, recomenda-se que novos trabalhos acadêmicos, voltados às especificações da saúde reprodutiva nas transmasculinidades, sejam desenvolvidos, para que haja um aumento na discussão sobre a temática, a partir de novos olhares e realidades distintas das postas neste estudo.

Colaboradores

Duque BLT (0000-0002-2153-9334)* contribuiu para aquisição, análise e interpretação de dados para o trabalho; redação e revisão crítica do conteúdo intelectual importante; e aprovação final da versão a ser publicada; e concordou em ser responsável por todos os aspectos do trabalho, garantindo que as questões relacionadas à precisão e integridade de qualquer parte do trabalho sejam adequadamente investigadas e resolvidas. Coqueiro JM (0000-0002-5321-5174)* contribuiu para a concepção e *design* do trabalho; revisão crítica do conteúdo intelectual importante; e concordou em ser responsável por todos os aspectos do trabalho, garantindo que as questões relacionadas à precisão e integridade de qualquer parte do trabalho sejam adequadamente investigadas e resolvidas. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Dias BP. Atendimento da mulher brasiguaiia no ciclo gravídico-puerperal: Percepções de gestores brasileiros em tríplice fronteira [dissertação]. Foz do Iguaçu: Universidade Estadual do Oeste do Paraná; 2024. 89 p.
2. Cavalcanti LMDB, Sousa MNAD. Educação em saúde na Atenção Primária no ciclo gravídico puerperal: uma revisão integrativa. *Res Soc Dev.* 2021;10(5):1-11. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i5.14662>
3. Boffi LC, Santos MA. Gestação e parentalidade transmasculina: posicionando a literatura científica. In: 13^o Seminário Internacional Fazendo Gênero [Internet]; 2024 jul-ago 29-2; Florianópolis. Florianópolis: UFSC; 2024 [acesso em 2025 jan 15]. p. 1-12. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/383789904_GESTACAO_E_PARENTALIDADE_TRANSMASCULINA_POSICIONANDO_A_LITERATURA_CIENTIFICA
4. Pfeil CL, Lemos DK, Gomes E, et al. Gravidez, Aborto e Parentalidade nas Transmasculinidades: Um estudo de caso das políticas, práticas e experiências discursivas. *REBEH.* 2023;6(19):7-31. DOI: <https://doi.org/10.31560/2595-3206.2023.19.15503>
5. Rioux C, Weedon S, London-Nadeau K, et al. Gender-inclusive writing for epidemiological research on pregnancy. *J Epidemiol Community Health.* 2022;76(9):823-7. DOI: <https://doi.org/10.1136/jech-2022-219172>
6. L'Abbate S. Análise institucional e intervenção: breve referência   g nese social e histórica de uma articulação e sua aplicação   Saúde Coletiva. *Mnemosine.* 2012;8(1):194-219.
7. Figueiredo TAM. A Análise Institucional na formação acad mica da Pós-Graduação em Saúde Coletiva no Espírito Santo. In: L'Abbate S, Mourão ML, Pezzato LM, organizadoras. *Análise institucional e Saúde Coletiva.* São Paulo: Hucitec; 2013. p. 607-32.
8. Hess R. O movimento da obra de Lourau (1933-2000). In: Alto  S, organizadora. *Ren  Lourau: analista institucional em tempo integral.* São Paulo: Hucitec; 2004. p. 15-46.
9. Monceau G. Pratique socialanalytiques et sócio-clinique institutionnelle. *L'Harmattan.* 2003;(147):11-33.
10. Baremlitt GF. *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática.* Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari; 2002.
11. Pereira WCC. Movimento institucionalista: principais abordagens. *Estud pesqui Psicol.* 2007;7(1):6-16.
12. Machado MNM. Pesquisa socioanalítica. *R Esc Bibliotecon UFMG.* 1987;16(2):123-9.
13. Goldenberg M. *A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais.* Rio de Janeiro: Record; 2004.
14. Pereira WCC. Movimento institucionalista: principais abordagens. *Estud Pesqui Psicol.* 2007;7(1):6-16.
15. 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>
15. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução n  466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União, Brasília, DF.* 2013 jun 13; Seção I:59.
16. Angonese M, Lago MCDS. Direitos e saúde reprodutiva para a população de travestis e transexuais: abjeção e esterilidade simbólica. *Saúde soc.* 2017;26(1):256-70. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017157712>
17. Rosa EBPR. Cisheteronormatividade como instituição total. *PETFILO.* 2020;18(2). DOI: <https://doi.org/10.5380/petfilo.v18i2.68171>

18. Ministério da Saúde (BR). Portaria no 569, de 1o de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2000 jun 1 [acesso em 2025 jan 10]; 110-E; Seção 1:4-6. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=08/06/2000&jornal=1&pagina=4&totalArquivos=74>
19. Ministério da Saúde (BR). Atenção ao pré-natal de baixo risco. [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012 [acesso em 2025 jun 24]. 318 p. (Série A - Normas e Manuais Técnicos, nº 32 Cadernos de Atenção Básica). Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf
20. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 2025 fev 5]. 32 p. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf
21. Pereira DMR. Representações sociais da gestação entre homens trans [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2022. 117 p.
22. Mota ZMM, Anjos SDJSBD, Freitas ASFD, et al. O potencial transformador da gestação e do parto na vida das mulheres através de evidências qualitativas. *Rev baiana enferm.* 2019;33:1-13. DOI: <https://doi.org/10.18471/rbe.v33.28286>
23. Lourau R. A análise institucional. Petrópolis: Vozes; 2014. p. 294.
24. Dobies DV, L'Abbate S. A resistência como analisador da saúde mental em Campinas (SP): contribuições da análise Institucional. *Saúde debate.* 2016;40(110):120-33. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611009>
25. Bezerra DS, Bezerra AK, Souza RCMD, et al. Homens transexuais: invisibilidade social e saúde mental. *Temas Saúde.* 2018 [acesso em 2025 fev 5]; 18(1):428-44. Disponível em: <https://temasensaude.com/wp-content/uploads/2018/04/18122.pdf>
26. Matsuno E, Bricker NL, Collazo EN, et al. "The default is just going to be getting misgendered": Minority stress experiences among nonbinary adults. *PSOGD.* 2022;11(2):202-14. DOI: <https://doi.org/10.1037/sgd0000607>
27. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Carta dos direitos dos usuários de saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011 [acesso em 2025 jan 10]. 28 p. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_direitos_usuarios_saude_3ed.pdf
28. Gomes MDS, Sousa FJGD, Fraga FA, et al. Homens transexuais e o acesso aos serviços de saúde: revisão integrativa. *Res, Soc Dev.* 2021;10(2):1-13. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i1.12018>
29. Rodrigues CA, Marguilho M, Ferreira B, et al. Gender Dysphoria: Concepts, Diagnosis and Clinical Management. *Acta Med Port.* 2024;37(5):379-85. DOI: <https://doi.org/10.20344/amp.21057>
30. Garcia-Acosta JM, Juan-Valdivia RMS, Fernández-Martínez AD, et al. Trans* Pregnancy and Lactation: A Literature Review from a Nursing Perspective. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(1):44. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17010044>
31. Lima F. Biotecnologias, modos de subjetivação e práticas de si nos processos de hormonização entre homens transexuais. In: Lima F, organizadora. *Corpos, gêneros, sexualidades: políticas de subjetivação-textos reunidos.* Porto Alegre: Rede Unida; 2014. p. 111-30.
32. Porto RKD, Silva MAD, Gugelmin S. Narrativas de passabilidade e a segurança para transitar: transmasculinidades e saúde. *Rev ACENO.* 2021;8(16):219-30. DOI: <https://doi.org/10.48074/aceno.v8i16.12039>
33. Moraes AEDD. Pedagogia da maternagem: narrativas das mães do Curso de Pedagogia da UFC no período da gestação e puerpério [monografia]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2023. 47 p.
34. Ribeiro KCA, Santos MMDD, Carreiro MDA, et al. Puerpério: os desafios da chegada de um bebê.

- R Pró-Uni. 2024;15(3):148-53. DOI: <https://doi.org/10.21727/rpu.v15iEspecial.3869>
35. Ribeiro DHF, Lunardi VL, Gomes GC, et al. Vivências de cuidado da mulher: a voz das puérperas. *Rev enferm UFPE online*. 2014;8(4). DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v8i4a9748p820-826-2014>
36. Jesus AMD, Robles EVDN, Tavares JM, et al. A falha na rede de apoio na amamentação [Monografia na internet]. Mongaguá: Etec Adolpho Berezin; 2023 [acesso em 2025 jan 10]. 76 p. Disponível em: <https://ric.cps.sp.gov.br/handle/123456789/13741>
37. Arrais ADR, Araujo TCCFD, Schiavo RDA. Fatores de Risco e Proteção Associados à Depressão Pós-Parto no Pré-Natal Psicológico. *Psicol scienc prof*. 2018;38(4):711-29. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003342016>
38. Moll MF, Matos A, Rodrigues TDA, et al. Rastreando a depressão pós-parto em mulheres jovens. *Rev Enferm UFPE on line*. 2019;13(5):1338-44. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i05a239289p1338-1344-2019>
39. Lima MDOP, Tsunechiro MA, Bonadio IC, et al. Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal. *Acta Paul Enferm*. 2017;30(1):39-46. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700007>
40. Thiengo DL, Santos JFC, Fonseca DL, et al. Depressão durante a gestação: um estudo sobre a associação entre fatores de risco e de apoio social entre gestantes. *Cad Saúde Colet*. 2012;20(4):416-26.
41. Lopez ASQ, Lopatiuk CE, Santos EEDC, et al. Atenção ao pré-natal para homens trans: desafios e estratégias de inclusão no SUS. *Lumen Virtus*. 2025;XVI(XLVII):3113-25. DOI: <https://doi.org/10.56238/levv16n47-013>
42. Moura IB. Transfobia institucional: o caráter contraditório do Estado frente ao acesso à saúde pública por travestis e mulheres transexuais. In: Oliveira FA, Silva R, organizadores. *Corpos em Diálogo: Vivências LGBTQIA+ e os desafios da interseccionalidade*. Foz do Iguaçu: CLAE e-books; 2023. p. 41-55. DOI: <https://doi.org/10.23899/9786589284475.3>

Recebido em 25/02/2025

Aprovado em 26/07/2025

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Raquel Abrantes Pêgo

Entre o conflito e a conciliação: análise da judicialização da saúde em Minas Gerais

Between conflict and conciliation: Analysis of healthcare judicialization in Minas Gerais

Rafaela Gama Reis Marques¹, Eduarda Betiati Menegazzo², Norma Sueli Gonçalves Reche¹, Rodrigo Almeida Bastos³, Cristiane Aparecida Costa Tavares⁴, Luciane Miranda Guerra¹, Jaqueline Vilela Bulgareli²

DOI: 10.1590/2358-2898202514610521P

RESUMO Este estudo teve como objetivo explorar as percepções dos representantes do Sistema de Justiça sobre a judicialização da saúde em Minas Gerais, entendendo os fatores que impulsionam essa prática e as estratégias de cooperação interinstitucional. Adotou-se, para tanto, a metodologia qualitativa, com entrevistas individuais (julho de 2023 a maio de 2024) realizadas com dois juízes, quatro promotores e dois defensores públicos. A análise utilizou a categoria de representação social, com foco no direito sanitário, na sustentabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS), em responsabilidades institucionais e diálogos interinstitucionais. A judicialização foi vista como um ‘cabo de guerra’, refletindo a tensão entre demandas individuais e limitações do sistema público. As decisões judiciais impactam significativamente a alocação de recursos, desafiando a sustentabilidade do SUS, mas também oferecem oportunidades de melhorar o diálogo entre os poderes e com os cidadãos. Estratégias de cooperação, como câmaras de resolução de conflitos e plataformas digitais, são essenciais para mitigar os impactos da judicialização e promover uma gestão mais justa e eficiente. Conclui-se que os achados contribuem para a literatura sobre judicialização de políticas públicas e sugerem uma agenda de pesquisa ampliada, integrando a gestão do sistema de saúde e o judiciário.

PALAVRAS-CHAVE Judicialização da saúde. Sistema Único de Saúde. Alocação de recursos para a atenção à saúde. Direito sanitário. Acesso efetivo aos serviços de saúde.

ABSTRACT *This study aimed to explore the perceptions of justice system representatives regarding the judicialization of healthcare in Minas Gerais, understanding the factors driving this practice and the strategies for interinstitutional cooperation. A qualitative methodology was adopted, with individual interviews (from July 2023 to May 2024) conducted with two judges, four prosecutors, and two public defenders. The analysis used the category of social representation, focusing on health law, the sustainability of the Unified Health System (SUS), institutional responsibilities and interinstitutional dialogues. Judicialization was seen as a ‘tug of war’, reflecting the tension between individual demands and the limitations of the public system. Judicial decisions significantly impact resource allocation, challenging the sustainability of the SUS, but also provide opportunities to improve dialogue between branches of government and with citizens. Cooperation strategies, such as conflict resolution chambers and digital platforms, are essential to mitigating the impacts of judicialization and promoting fairer and more efficient management. It is concluded that the findings contribute to the literature on the judicialization of public policies and suggest an expanded research agenda integrating health system management and the judiciary.*

KEYWORDS *Health’s judicialization. Unified Health System. Health care rationing. Health law. Effective access to health services.*

¹ Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Faculdade de Odontologia – Piracicaba (SP), Brasil.

² Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Faculdade de Odontologia – Uberlândia (MG), Brasil. eduardabetiati@gmail.com

³ Universidade de São Paulo (USP), Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC) – Bauru (SP), Brasil.

⁴ Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais (Cosems – MG) – Belo Horizonte (MG), Brasil.



Introdução

A judicialização da saúde ocorre quando demandas que poderiam ser resolvidas administrativamente são levadas ao Judiciário, para garantir acesso aos serviços de saúde. Nos últimos anos, o número de ações desse tipo tem crescido em grande número nos níveis municipal, estadual e federal^{1,2}. Entre 2009 e 2016, os gastos para atender a essas ações aumentaram quase 13 vezes, ultrapassando 293 milhões³.

O aumento das ações se deve a fatores como maior expectativa de vida, ampliação do acesso à justiça e interpretação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, decisões judiciais, frequentemente, priorizam informações de médicos e pacientes em detrimento das diretrizes da administração pública⁴. Apesar das conquistas que o sistema público de saúde alcançou, o País enfrenta desafios como manter o financiamento público, construir instituições robustas e garantir qualidade equitativa do cuidado⁵.

A judicialização da saúde no SUS tem sido analisada por diferentes abordagens teóricas e metodológicas⁶. A solicitação de acesso gratuito, baseada no princípio da universalidade do direito, é um tema central⁷. Esse processo se consolidou como uma ferramenta para garantir direitos, exigindo que os envolvidos busquem mecanismos institucionais para implementar as políticas de saúde de forma eficaz⁸.

Estudos recentes⁹ destacam a atenção hospitalar e a assistência farmacêutica nesse debate. Em Minas Gerais, entre 1999 e 2009, houve 6.112 ações judiciais relacionadas à saúde, sendo as principais áreas afetadas: reumatologia (568), endocrinologia (377) e psiquiatria (348)¹⁰.

Diversos atores desempenham papéis essenciais, refletindo a complexidade do processo. Juízes sentenciam os casos, promotores de justiça iniciam ações coletivas e defensores públicos oferecem assistência jurídica gratuita. Esses profissionais estão na linha de frente, com experiência prática nas demandas

judiciais, oferecendo uma visão detalhada das causas e dos efeitos da judicialização. A inclusão de diferentes grupos profissionais amplia a análise, trazendo perspectivas complementares sobre o tema e fortalecendo a validade dos resultados^{11,12}.

Embora a literatura venha se expandindo, poucos estudos qualitativos exploram as representações sociais de operadores do direito sobre o fenômeno da judicialização, especialmente em contextos regionais, sobretudo em contextos regionais como Minas Gerais, cuja complexidade territorial espelha o Brasil. Este estudo parte do pressuposto de que a judicialização da saúde no Brasil, ao intensificar os custos e redirecionar recursos públicos para atendimento de demandas individuais¹³, reflete tanto carências na oferta de serviços quanto lacunas no diálogo interinstitucional, necessárias para equilibrar as demandas dos cidadãos com a sustentabilidade do sistema.

Assim, a pesquisa busca preencher essa lacuna ao explorar as percepções dos representantes do Sistema de Justiça sobre a judicialização da saúde em Minas Gerais, buscando compreender os aspectos que impulsionam essas características e as possíveis estratégias de cooperação interinstitucional.

Material e métodos

Trata-se de uma pesquisa qualitativa desenvolvida no estado de Minas Gerais. A pesquisa envolveu juízes de direito, promotores de justiça e defensores públicos de primeira instância.

A organização judiciária do estado, regida pela Lei Complementar nº 59/2001¹⁴, divide-se em comarcas para administração da justiça em primeira instância. Selecionaram-se quatro comarcas baseadas nas similaridades regionais. A seleção das comarcas considerou critérios de diversidade regional e geográfica dentro do estado de Minas Gerais, respeitando a distribuição entre macrorregiões de saúde e

seus contextos sociodemográficos e níveis de judicialização. Foram priorizadas comarcas acessíveis à equipe de pesquisa e composição institucional atuando diretamente com essas demandas.

A amostra foi intencional, com base na saturação teórica dos dados¹⁵. A coleta ocorreu de julho de 2023 a maio de 2024, por meio de entrevistas semiestruturadas remotas, abordando temas como a judicialização da saúde, fatores influenciadores da decisão e o monitoramento do cumprimento de sentenças. As entrevistas ocorreram após confirmação de participação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A análise interpretativa usou a categoria de representação social, refletindo sobre pensamentos e ações com relação à realidade vivida¹⁶. A discussão seguiu a premissa do Direito Sanitário¹⁷, com etapas de edição, leituras flutuantes, construção das unidades de análise com o Grupo de Estudo e Pesquisa Qualitativa – Gepeq (Universidade Estadual de Campinas – Unicamp) e validação dos temas.

À medida que as entrevistas eram realizadas e transcritas, o Gepeq/Unicamp realizava leituras flutuantes e análise preliminar, identificando recorrência de temas e repetição de sentidos. A saturação foi observada após a oitava entrevista, momento em que não emergiram novas categorias analíticas relevantes.

Optou-se por não utilizar fontes documentais ou triangulação metodológica, pois o foco do estudo esteve centrado nas representações sociais dos operadores do direito, e a profundidade alcançada nas entrevistas foi suficiente para atender aos objetivos da pesquisa.

A validação dos dados seguiu o *checklist* do Coreq (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research). O estudo foi conduzido em conformidade com os preceitos éticos estabelecidos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde¹⁸, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unicamp, sob o parecer nº 68408823.9.0000.5418.

Resultados

O estudo incluiu oito representantes do Sistema de Justiça, sendo dois defensores públicos, quatro promotores de justiça e dois juízes de direito. Para garantir o anonimato, os participantes foram identificados por códigos (E01 a E08). Os entrevistados têm idades entre 31 e 58 anos e formação entre os anos de 1992 e 2016. Apenas um possui especialização em Direito Sanitário. A maioria atua há mais de 15 anos, evidenciando vasta experiência no tema, conforme quadro a seguir:

Quadro 1. Detalhamento do perfil dos entrevistados

Identificação	Idade	Possui especialização em Direito Sanitário	Tempo de atuação	Formação	Tempo de experiência em Judicialização da Saúde
Entrevistado 01	31	Não	6 anos e 6 meses	Especialização em Direito Público	6 anos e 6 meses
Entrevistado 02	50	Não	23 anos	Outras especializações	23 anos
Entrevistado 03	45	Não	21 anos	Doutorando em Direito Penal	12 anos
Entrevistado 04	49	Não	22 anos e 8 meses	Sem especialização	21 anos

Quadro 1. Detalhamento do perfil dos entrevistados

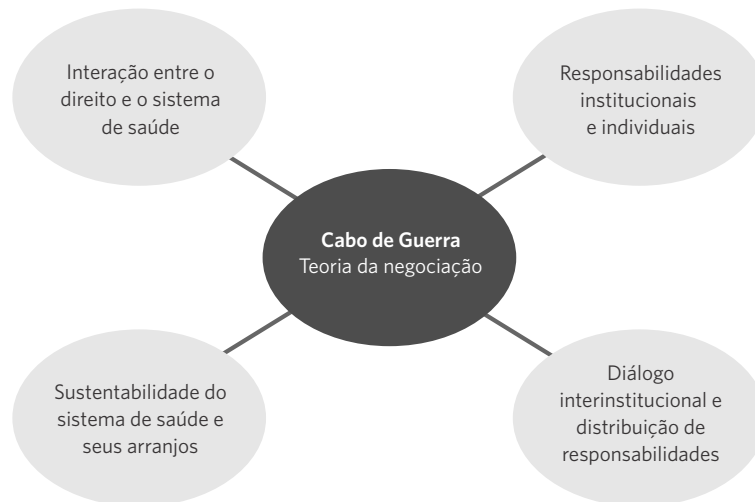
Identificação	Idade	Possui especialização em Direito Sanitário	Tempo de atuação	Formação	Tempo de experiência em Judicialização da Saúde
Entrevistado 05	46	Não	15 anos	Outras especializações	22 anos
Entrevistado 06	43	Sim	19 anos	Doutor em Direito Público Mestre em Saúde Pública	20 anos
Entrevistado 07	58	Não	28 anos	Mestre em Direito Público	35 anos
Entrevistado 08	56	Não	27 anos	Sem especialização	27 anos

Fonte: elaboração própria.

O estudo explorou os significados atribuídos pelos entrevistados à dinâmica de poder e negociação na judicialização da saúde,

destacando a metáfora do Cabo de Guerra e a teoria da negociação. As subcategorias foram identificadas, conforme figura a seguir:

Figura 1. Organograma das subcategorias debatidas no estudo



Fonte: elaboração própria.

Interação entre o direito e o sistema de saúde

A subcategoria incluiu falas dos entrevistados, apresentando as interações entre: as demandas dos cidadãos, que, por vezes, aparentaram ser

egoístas ou individualizadas; as exigências da indústria farmacêutica; e as limitações do sistema de saúde:

Desde que o município começou a publicar uma lista de cirurgias previstas, a transparência trouxe

conforto. Alguns casos que chegam ao judiciário demonstram exceções, como um excesso de egoísmo. (E06).

Havia laudos sucessivos indicando o mesmo medicamento [...]. Tenho preocupações com a indústria farmacêutica, pois sou leiga em saúde e não sei a diferença entre os medicamentos. (E03).

Os entrevistados indicaram que a judicialização da saúde reflete uma tensão entre as demandas individuais e os limites do sistema público de saúde, trazendo prejuízos tanto para os cidadãos quanto para os gestores públicos, evidenciando necessidade de maior transparência e comunicação para mitigar esses impasses.

Esses elementos reforçam a necessidade de estratégias que promovam maior transparência nas filas e protocolos clínicos, além de melhor integração entre os saberes médico, jurídico e administrativo.

Sustentabilidade do sistema de saúde e seus arranjos

A subcategoria reflete, nas falas dos entrevistados, o impacto da judicialização na distribuição de recursos e no equilíbrio entre interesses individuais e coletivos em contextos de recursos limitados.

Fica uma 'discussão financeira irreal', porque o Estado é que deveria. [...]. (E04).

A judicialização permite que indivíduos não identificados nas políticas públicas tragam suas demandas ao conhecimento do Estado, mesmo que seja através do juiz [...]. 'Vejo isso como uma oportunidade de abrir espaço para um diálogo não alcançado extrajudicialmente'. (E07).

As falas ressaltaram o papel do judiciário como guardião dos direitos fundamentais, como o direito à vida. No entanto, destacaram que a garantia esbarra na limitação de recursos estatais, tornando o equilíbrio entre o direito

constitucional e as políticas sociais e econômicas um desafio para os gestores.

Vou seguir esses passos 'e ser o primeiro juiz daquela demanda'. Se o pleito, seja individual ou coletivo, resolve o problema e o medicamento é eficaz, então procedo. (E07).

A atuação judicial, nesse contexto, é ambígua: garante o direito individual, mas pode comprometer a equidade e a sustentabilidade do sistema. Os achados apontam para a necessidade de articulação entre poderes e o fortalecimento de critérios técnicos no processo de decisão judicial em saúde.

'Responsabilidades institucionais e individuais'

As falas dos entrevistados evidenciaram os limites institucionais para lidar com a judicialização em escala individualizada.

'Eu acho que a judicialização [...] empurra o problema'. Eu não consigo fazer, como instituição, o controle dos casos individualizados. A gente consegue fazer o controle quando se trata de uma demanda coletiva, de tutela coletiva. (E05).

Essa percepção reforça a ideia de que, enquanto as ações coletivas permitem algum grau de planejamento institucional, as demandas individuais desorganizam os fluxos e tornam difícil o monitoramento da execução. Um segundo entrevistado destaca:

E, aí, outro problema do processo [...] 'é a microjustiça, que às vezes engana o juiz sobre o impacto financeiro'. Ah, esse deferimento aqui vai ter pouco impacto, principalmente em termos financeiros. (E07).

Microjustiça é um conceito que se refere a decisões judiciais que, embora tratem de casos individuais com aparência de baixo impacto, geram efeitos estruturais negativos quando consideradas em conjunto. A literatura alerta

que esse tipo de decisão compromete a previsibilidade orçamentária e fragmenta as ações de saúde pública^{4,5}.

A análise evidencia que o Sistema Jurídico, ao focar no indivíduo, pode negligenciar os efeitos acumulados sobre o coletivo. Isso demanda respostas institucionais mais coordenadas e mecanismos de monitoramento das decisões judiciais em saúde.

Diálogos interinstitucionais e a distribuição de responsabilidades

Esta categoria explorou as percepções sobre o diálogo entre Judiciário e Executivo, destacando conjuntos de esforços, cooperação e soluções extrajudiciais para reduzir a judicialização por meio de abordagens colaborativas e administrativas.

Impossibilidade de resolver por meio do diálogo, de forma administrativa. [...]. Eu sempre vou ter o meu ouvido para ouvir um lado e o ouvido para ouvir o outro lado, e 'tentar a negociação. Seja a negociação com o poder público, seja a impossibilidade de adequação à política pública'. (E07).

As 'Câmaras de Resolução de Conflitos' acolheriam cidadãos com demandas de saúde, analisariam cada caso e forneceriam soluções adequadas ou encaminhariam para o órgão competente com orientações precisas. (E04).

As falas reforçam o potencial das soluções extrajudiciais, como as Câmaras de Resolução de Conflitos, para reduzir a sobrecarga do Judiciário e promover abordagens colaborativas. Tais instrumentos permitem integrar aspectos técnicos, legais e sociais em uma mesma resposta institucional.

Além disso, os participantes ressaltaram o papel da pesquisa acadêmica na produção de conhecimento crítico e na construção de estratégias de cooperação:

'Considero muito importante a iniciativa de pesquisa acadêmica', pois a função da academia é

epistemológica, trazendo dúvidas para reflexão, sem estabelecer dogmas [...] 'este tipo de abordagem acadêmica é muito interessante e bacana'. (E05).

O reconhecimento da importância do diálogo entre ciência, gestão e justiça reforça a necessidade de investimentos em espaços institucionais intersetoriais que articulem políticas públicas baseadas em evidências com as demandas jurídicas e sociais do cotidiano.

Discussão

A metáfora do 'cabo de guerra' foi mencionada por diversos entrevistados para descrever a judicialização da saúde como uma disputa constante entre gestores públicos e operadores do direito, em que ambos os lados se veem sobrecarregados, e os cidadãos frequentemente permanecem no meio do impasse. Essa imagem ilustra bem a lógica da negociação distributiva — quando os recursos são percebidos como limitados, o ganho de uma parte implica a perda de outra¹⁹. Estudos que corroboram essa percepção²⁰ apontam a necessidade de mecanismos colaborativos e diálogo interinstitucional para minimizar impactos negativos.

Os tipos de negociação podem ser integrativos ou distributivos. A negociação integrativa busca atender aos interesses de ambas as partes, gerando ganhos mútuos. Já a distributiva foca na maximização dos ganhos individuais sobre um recurso fixo, em que o benefício de um ocorre à custa do outro, refletindo a lógica da escassez e a metáfora do 'cabo de guerra'²¹. Isso está diretamente relacionado à subcategoria que aponta a existência de um embate entre os poderes e a judicialização como um campo de tensão permanente.

A metáfora evidencia a disputa por recursos limitados, em que a vitória de um implica a perda do outro²². Esse conflito pode gerar desgastes entre o Legislativo, o Executivo e o Judiciário, afetando a efetividade das

políticas públicas. A judicialização, muitas vezes, desloca responsabilidades entre os poderes sem solução definitiva, gerando desafios no sistema de saúde²³.

A relação entre o direito e a saúde pode ser permeada por interesses específicos. Um dos entrevistados relatou preocupação específica com a indústria farmacêutica, o que dialoga com estudos que indicam a influência do mercado na formulação e judicialização de demandas, muitas vezes, em detrimento do interesse coletivo²⁴. Essa preocupação se conecta à subcategoria referente à atuação da indústria farmacêutica e seus efeitos sobre prescrições e judicializações.

A judicialização da saúde é mais frequente em certas regiões e envolve, sobretudo, medicamentos de alto custo prescritos em consultórios particulares. Em Minas Gerais, poucos advogados e médicos concentram a maioria das ações judiciais sobre medicamentos específicos. Para enfrentar esse problema, a Resolução nº 2.386/2024²⁵ e a Lei Estadual nº 22.921/2018²⁶ aumentam a transparência nas relações entre médicos e a indústria farmacêutica, exigindo a divulgação de pagamentos e benefícios no sistema ‘Declara SUS’.

Nesse contexto, medidas como plataformas digitais para monitorar demandas judiciais e audiências públicas periódicas são apontadas como estratégias que podem fortalecer o diálogo com a população e aumentar a legitimidade institucional. O dilema central permanece: a judicialização corrige desigualdades ou aprofunda assimetrias no acesso à saúde? Sistemas universais enfrentam restrições orçamentárias, e os altos custos agravam as disputas entre os poderes²⁷.

A sustentabilidade do SUS foi um ponto recorrente. Um participante (E04) mencionou que a judicialização pode ser usada como argumento para evitar melhorias no sistema. Embora possa corrigir falhas na distribuição de recursos, também pode reforçar desigualdades ao priorizar interesses individuais⁴. “*Fica uma discussão financeira irreal, porque o Estado é que deveria, mas judicializamos, e o juiz deveria,*

e aí o sistema não funciona” (E05). Essa fala revela a percepção de que a judicialização, em vez de promover mudanças estruturais, tem servido como escape para a ineficiência institucional. Essa fragmentação reforça a lógica da microjustiça – decisões individuais legítimas, mas que, somadas, produzem desequilíbrios sistêmicos²³.

A microjustiça, embora importante para garantir o tratamento equitativo de casos concretos, pode enfraquecer a lógica sistêmica das políticas públicas quando isolada de uma perspectiva estrutural. Estudos indicam que é necessária a incorporação da macrojustiça com um olhar do Judiciário voltado ao impacto agregado das decisões, à sustentabilidade das políticas públicas e à efetividade coletiva do direito fundamental à saúde²⁸. A macrojustiça requer que os magistrados considerem os limites técnico-financeiros do SUS e atuem com base em diretrizes que fortaleçam a equidade, a transparência e a universalidade do sistema, sem perder de vista o caso concreto²⁹.

Durante as entrevistas, (E07) destacou a judicialização como uma oportunidade para fomentar o diálogo em situações sem resolução extrajudicial. Isso é respaldado por estudos que a veem como uma ferramenta para promover diálogos institucionais, contribuindo para abordagens mais colaborativas na gestão de demandas de saúde³⁰. Essa percepção está diretamente relacionada à subcategoria que trata a judicialização como oportunidade para aprimorar a governança.

Segundo o entrevistado (E05), a judicialização transfere a responsabilidade do problema, sendo mais difícil de controlar quando ocorre de forma individualizada e pulverizada. Por outro lado, demandas coletivas permitem maior controle institucional. Essa dificuldade decorre da ausência de mecanismos para monitorar o cumprimento das decisões. Em causas coletivas, o advogado acompanha a execução da sentença, mas, em individuais, isso recai sobre o próprio requerente. Além disso, a fala reforça que “*a microjustiça às vezes*

engana o juiz [...] O deferimento aqui tem pouco impacto, mas o efeito acumulado das decisões é desconhecido". Tal observação está alinhada à literatura, que aponta para o impacto orçamentário cumulativo de decisões isoladas e a necessidade de planejamento público sensível a esse fenômeno²⁴.

O entrevistado (E04) sugere que as Câmaras de Resolução de Conflitos acolheriam demandas de saúde, analisando casos e encaminhando ao órgão competente. Isso destaca a importância de comitês regionais e câmaras institucionais para padronizar procedimentos e resolver conflitos extrajudicialmente, via mediação e conciliação, como já implementado pela Procuradoria-Geral, Ministério Público, Defensoria e gestores públicos³¹. A implementação dessas câmaras se relaciona com a subcategoria que destaca a busca de soluções interinstitucionais.

Em Minas Gerais, o projeto 'Simplificar'³², lançado pelo Ministério Público e o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais (Cosems/MG), propõe uma via administrativa para resolver controvérsias, incluindo as Câmaras de Resolução de Conflitos, promovendo resoluções menos litigiosas. A Lei Estadual nº 23.172/2018³³ e a LC nº 151/2019³⁴ reforçam a atuação da Advocacia-Geral, em consonância com essas medidas.

Na fala do entrevistado (E07), o diálogo interinstitucional entre o judiciário e o executivo foi destacado como essencial para mitigar os efeitos da judicialização sobre o direito à saúde^{35,36}. A judicialização não deve transferir os obstáculos do Executivo e do Legislativo para o Judiciário, criando um ciclo improdutivo para o SUS³⁷. A colaboração entre os poderes permite que a administração pública escute as necessidades dos cidadãos e alinhe suas decisões aos protocolos do SUS, respeitando a equidade e a sustentabilidade do sistema.

Espera-se que os achados contribuam para a literatura sobre judicialização de políticas públicas, incentivando análises comparativas e interdisciplinares sobre a articulação entre os sistemas de justiça e de saúde no Brasil.

Conclusões

Este estudo revela a tensão entre demandas individuais e os limites do SUS, sendo a judicialização percebida como um 'cabo de guerra' que, embora assegure direitos fundamentais, pode comprometer a sustentabilidade do sistema ao priorizar interesses individuais. Apesar dos impactos, os achados indicam que a judicialização também pode abrir espaço para o fortalecimento do diálogo interinstitucional e da governança pública em saúde.

Sugere-se, ainda, que o sistema de justiça invista em formação continuada com base nos protocolos do SUS e amplie o apoio técnico especializado. Na gestão pública, o fortalecimento das ouvidorias e de canais de escuta qualificada pode antecipar demandas e evitar a judicialização.

Por fim, destaca-se a importância de ampliar pesquisas com abordagens inter-regionais e metodologias mistas, considerando os fatores sociais, econômicos e institucionais envolvidos, de modo a subsidiar políticas públicas mais justas e sustentáveis.

Limitações

Este estudo apresenta limitações quanto à abrangência e à metodologia, como a realização em um único estado, a amostra intencional e a coleta remota de dados, o que restringe a generalização e a profundidade das interações. Além disso, o foco em representantes de primeira instância excluiu outras perspectivas institucionais relevantes, como as de instâncias superiores, gestores públicos e profissionais da saúde.

Diante disso, recomenda-se que estudos futuros ampliem o escopo territorial da análise, incluindo diferentes regiões do País, com características diversas quanto à judicialização da saúde. A inclusão de múltiplos atores envolvidos no processo pode oferecer uma compreensão mais abrangente e intersetorial do fenômeno. Além disso, a adoção de metodologias mistas, integrando dados qualitativos

e quantitativos, pode enriquecer a análise e contribuir para a formulação de estratégias mais efetivas de enfrentamento da judicialização no contexto do sistema público de saúde.

Colaboradores

Marques RGR (0000-0003-3154-9760)* contribuiu para a concepção, interpretação, redação e submissão do manuscrito. Menegazzo EB (0000-0002-4379-327X)*

contribuiu para a redação e submissão do manuscrito. Reche NSG (0000-0003-4985-2936)* e Guerra LM (0000-0002-7542-7717)* contribuíram para a redação do manuscrito. Bastos RA (0000-0002-6159-8048)* e Tavares CAC (0000-0003-4732-6238)* contribuíram para análise e interpretação dos dados do manuscrito. Bulgareli JV (0000-0001-7810-0595)* contribuiu para a supervisão do trabalho, análise dos dados e aprovação final do manuscrito. ■

Referências

1. Fundação Getúlio Vargas. A judicialização da saúde suplementar: uma análise quantitativa da jurisprudência de 1ª e 2ª instâncias do Tribunal de Justiça de São Paulo [Internet]. São Paulo: FGV Direito SP; 2023 [acesso em 2024 out 10]. Disponível em: <https://repositorio.fgv.br/server/api/core/bitstreams/c80096a3-58d0-4e21-849d-5342d9121573/content>
2. Machado FLS, Santos DMSS, Lopes LC. Strategies to approach medicines litigation: an action research study in Brazil. *Rev Front Pharmacol*. 2021;22(12):612426. DOI: <https://doi.org/10.3389/fphar.2021.612426>
3. Conselho Nacional de Justiça (BR). Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução [Internet]. Brasília, DF: 2018 [acesso em 2024 out 10]. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2018/01/f74c66d46cfea933bf22005ca50ec915.pdf>
4. Wang DWL. Resposta sofisticada a problema subestimado? [Internet]. [São Paulo]: Valor Econômico; 2018 jul 10 [acesso em 2025 jul 18]. Disponível em: <https://valor.globo.com/noticia/2018/07/10/resposta-sofisticada-a-problema-subestimado.ghml>
5. Social MP, Amon JJ, Biehl J. Right to Medicines Litigation and Universal Health Coverage: Institutional Determinants of the Judicialization of Health in Brazil. *Health Hum Rights* [Internet]. 2020 [acesso em 2025 jul 18]; 22(1):221-235. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32669803/>
6. Pereira JG, Castro CGSO, Ventura M, et al. Assistência farmacêutica e demandas judiciais de medicamentos: desafios teórico-metodológicos. In: Baptista TWF, Azevedo CS, Machado CV, organizadores. Políticas, planejamento e gestão em saúde: abordagens e métodos de pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2015. p. 349-76.
7. Lopes LC, Silveira MSN, Camargo IA, et al. Medicamentos biológicos para o tratamento de psoríase em sistema público de saúde. *Rev Saúde Pública*. 2014;48(4):651-61. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005109>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

8. Biehl J, Socal MP, Amon JJ. Between the courts and the clinic: lawsuits for medicines and the right to health in Brazil. *Health Hum Rights* [Internet]. 2012 [acesso em 2025 jul 18];1(1):36-52. Disponível em: <https://www.hhrjournal.org/2013/08/19/between-the-court-and-the-clinic-lawsuits-for-medicines-and-the-right-to-health-in-brazil/>
9. Alves SMC, Lemos ANL. Judicialização e direito à saúde: o acesso a medicamentos no Brasil. In: Alves SMC, Lemos ANL, organizadoras. *Direito Sanitário: coletânea em homenagem à Profa. Dra Maria Célia Delduque*. Brasília, DF: Matrioska Editora; 2020. p. 125-136.
10. Freitas BC, Fonseca EP, Queluz DP. A Judicialização da saúde nos sistemas público e privado de saúde: uma revisão sistemática. *Interface (Botucatu)*. 2020;24:e190345. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.190345>
11. Silva J, Almeida R, Santos P. Judicialização da saúde no Brasil: uma análise das perspectivas institucionais. *Rev Direito Saúde*. 2019;12(3):45-58. DOI: <https://doi.org/10.1590/2179-8966/2024/86259>
12. Creswell JW, Poth CN. *Inquérito qualitativo e design de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens*. 4ª ed. rev. Thousand Oaks: Sage Publications; 2018.
13. Vieira FS. Judicialização e direito à saúde no Brasil: uma trajetória de encontros e desencontros. *Rev Saúde Pública*. 2022;57(1):1-15. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004579>
14. Minas Gerais. Lei complementar nº 59, de 18 de janeiro de 2001. Contém a organização e a divisão judiciárias do Estado de Minas Gerais [Internet]. Assembleia Legislativa de Minas Gerais. 2001 jan 18 [acesso em 2025 ago 21]. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/texto/LCP/59/2001/?cons=1>
15. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(1):17-27. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>
16. Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 24ª ed. Petrópolis: Vozes; 2022.
17. Bisol J, Rey Filho M. Por que uma teoria geral do direito sanitário? In: Alves SMC, Lemos ANLE, organizadores. *Direito Sanitário: coletânea em homenagem à Profa. Dra. Maria Célia Delduque*. Brasília, DF: Matrioska Editora; 2020. p. 3-20.
18. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Diário Oficial da União. 13 jun 2013 [acesso em 2024 jun 29]. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view>
19. Lewicki RJ, Barry B, Saunders D. *Negotiation: readings, exercises, and cases* [Internet]. 6ª ed. New York: McGraw-Hill Education; 2010 [acesso em 2024 jun 29]. Disponível em: <https://library.uniq.edu.iq/storage/books/file/Negotiation/1668074651neg.pdf>
20. Fisher R, Ury W, Patton B. *Getting to Yes: negotiating agreement without giving in* [Internet]. 2ª ed. Boston: Houghton Mifflin; 1991 [acesso em 2024 abr 16]. Disponível em: https://digitalcommons.usu.edu/unf_research/47/
21. Elgoibar P, Medina FJ, Euwema MC, et al. Increasing Integrative Negotiation in European Organizations Through Trustworthiness and Trust. *Frontiers in Psychology*. 2021;23:12(1). DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.655448>
22. Silva MM, Silva EM, Santana IJ. Judicialização da saúde no Brasil. *Rev Pol Púb*. 2024;13(2):01-11. DOI: <https://doi.org/10.23900/2359-1552v13n2-162-2024>
23. Chieffi AL, Barata RB. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade.

- Cad Saúde Pública. 2009;25(8):1839-49. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000800020>
24. Ramos EMB, Sena JP, Pinheiro RB. O papel do acesso à justiça e das práticas cidadãs para a compreensão da judicialização da política no Brasil. *Rev Quaestio Iuris*. 2020;13(03):1519-3. DOI: <https://doi.org/10.12957/rqi.2020.44588>
 25. Conselho Federal de Medicina (BR). Resolução CFM nº 2.386, de 6 de fevereiro de 2024. Dispõe sobre a prestação de serviços médicos por meio da Telemedicina [Internet]. Brasília, DF: 2024 [acesso em 2025 jul 15]. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2024/2386>
 26. Minas Gerais. Lei nº 22.921, de 12 de janeiro de 2018. Dispõe sobre a obrigatoriedade de as empresas de produtos para a saúde e de interesse da saúde informarem ao órgão estadual competente sobre patrocínio destinado à realização de evento científico [Internet]. Assembleia Legislativa de Minas Gerais. 13 jan 2018 [acesso em 2025 jul 15]. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/LEI/22921/2018/>
 27. Campos Neto OHC, Acúrcio FA, Machado MAA, et al. Médicos, advogados e indústria farmacêutica na judicialização da saúde em Minas Gerais, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(5):784-90. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012000500004>
 28. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Direito à saúde no Brasil: seus contornos, judicialização e a necessidade da macrojustiça. Brasília, DF: Ipea; 2020. (Texto para Discussão, n. 2547).
 29. Lima DCOB, Oliveira DLS, Silva KGS. A importância da macrojustiça para a efetividade do direito fundamental à saúde no Brasil [Internet]. [local desconhecido]; 2023 [acesso em 2025 jul 15];1(2):93-107. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh-intensifica-assistencia-a-distancia-como-estrategia-de-combate-a-covid-19/pt-br/ensino-e-pesquisa/revista-juridica-da-ebserh/numero-atual/artigos-selecionados-do-grupo-de-estudos-2023/a-importancia-da-macrojustica-para-a-efetividade-do-direito-fundamental-a-saude-no-brasil.pdf>
 30. Santos L. Judicialização da saúde: as teses do STF. *Saúde debate*. 2021;45(130):807-818. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113018>
 31. Calixto F, Almeida AP, França LH. Diálogos interinstitucionais na judicialização da saúde como estratégia de sustentabilidade do SUS. *Saúde debate*. 2022;46(135):1015-1029. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213505>
 32. Ministério Público do Estado de Minas Gerais. Projeto SIMPLIFICAR: simplificação de fluxos procedimentais na área da saúde [Internet]. Belo Horizonte: MPMG. 2021 [acesso em 2025 jul 15]. Disponível em: <https://www.mpmg.mp.br/data/files/7E/27/B9/BE/D5D2E810DB-3558D8760849A8/Projeto%20SIMPLIFICAR.pdf>
 33. Minas Gerais. Lei nº 23.172, de 21 de dezembro de 2018. Dispõe sobre o planejamento regionalizado na área da saúde e a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS-MG [Internet]. Diário do Executivo de Minas Gerais. 2018 dez 22 [acesso em 2025 jul 15]. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/LEI/23172/2018/>
 34. Minas Gerais. Lei Complementar nº 151, de 17 de dezembro de 2019. Institui o Plano Estadual de Saúde e o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde no Estado [Internet]. Diário do Executivo de Minas Gerais. 2019 dez 18 [acesso em 2025 jul 15]. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/LCP/151/2019/>
 35. Oliveira YMC, Braga BSF, Farias AD, et al. Judicialization of medicines: effectiveness of rights or break in public policies? *Rev Saúde Pública*. 2020;54:130. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002301>

36. Gotzsche PC. Medicamentos mortais e crime organizado: como a indústria farmacêutica rompeu a assistência médica [Internet]. Porto Alegre: Bookman; 2016 [acesso em 2024 out 4]. Disponível em: https://www.cojusp.com.br/wp-content/uploads/2017/11/Medicamentos-Mortais-e-Crime-Organizado_-Como-a-Ind%C3%BAstria-Farmac%C3%AAutica-Corrompeu-a-Assist%C3%AAncia-M%C3%A9dica.pdf
37. Leite SN, Schaefer C, Fittkau K. Judicial litigations and social welfare: access to medicines in two towns in the Santa Catarina State, Brazil. *Acta Sci Health Sci.* 2012;34(1):295-301. DOI: <https://doi.org/10.4025/actascihealthsci.v34i0.10084>

Recebido em 15/04/2025

Aprovado em 04/06/2025

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Jamilli Silva Santos

Bases de implantação e pilares de sustentação do Acesso Avançado: convite ao debate

Bases for implementation and pillars to support Advanced Access: An invitation to debate

Alexandre Ramiro Pinto¹, Larayne Gallo Farias Oliveira¹, Lislaine Aparecida Fracoli¹, Lúcia Yasuko Izumi Nichiata¹

DOI: 10.1590/2358-2898202514610134P

RESUMO Este ensaio teórico objetiva apresentar e discutir aspectos acerca do modelo de agendamento de consultas conhecido como Acesso Avançado (AA), utilizado para melhorar o atributo acesso na Atenção Primária à Saúde (APS). Dessa forma, discorre sobre os modelos de acesso utilizados no Brasil e no contexto internacional, e apresenta o AA, após 27 anos de sua implantação como uma alternativa potente para facilitar o acesso dos usuários à APS. Os autores defendem o AA ao considerar que o modelo garante o acesso oportuno no momento em que o usuário necessita, aumenta o número de consultas, reduz o não comparecimento, reduz o tempo de espera. Sua eficácia depende de análise prévia, personalização ao ambiente, mudanças organizacionais, estruturais e adaptações dos profissionais em suas funções e rotinas, planejamento cuidadoso envolvendo gestores, profissionais e a população, além de capacitação e liderança comprometida. Conclui-se que sua correta aplicação pode melhorar o atributo acesso no Sistema Único de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE Acesso efetivo aos serviços de saúde. Acesso universal aos serviços de saúde. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT *This theoretical essay aims to present and discuss aspects of the appointment scheduling model known as Advanced Access (AA), used to improve the access attribute in Primary Health Care (PHC). In this way, it discusses the access models used in Brazil and in the international context, and presents AA, after 27 years of its implementation as a powerful alternative to facilitate user's access to PHC. The authors defend AA by considering that the model guarantees timely access at the moment the user needs it, increases the number of appointments, reduces no-shows and reduces waiting times. Its effectiveness depends on prior analysis, customization to the environment, organizational and structural changes and adaptations by professionals in their roles and routines, careful planning involving managers, professionals and the population, as well as training and committed leadership. It is concluded that its correct application can improve the access attribute in the Unified Health System.*

KEYWORDS *Effective access to health services. Universal access to health services. Primary Health Care.*

¹Universidade de São Paulo (USP), Escola de Enfermagem (EE) - São Paulo (SP), Brasil.
alexandreramiro31@hotmail.com



Introdução

Alcançar o equilíbrio entre a elevada procura de atendimento e a disponibilidade de cuidados em saúde tem sido o maior problema a ser superado pelos sistemas de saúde¹. Esse equilíbrio está longe de ser alcançado, configurando um problema que vem se agravando há décadas, decorrente do elevado tempo de espera e dos atrasos, o que desencadeia dificuldade ou falta de acesso aos serviços de saúde^{2,3}.

A falta de acesso gera aumento do tempo de espera e atraso para o atendimento pelo profissional, o que produz filas de espera intermináveis^{2,3}, desistência do atendimento⁴ e aumento da taxa de não comparecimento³. Associadas a esses problemas, a elevação dos custos e a insatisfação dos usuários provocam resultados insatisfatórios nos serviços de saúde⁵.

Diante disso, questiona-se: como acontece o acesso na Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, com uma população de mais de 212,6 milhões de habitantes? A responsabilidade imediata pela organização da APS é dos 5.568 municípios distribuídos em todo o território nacional. Isso significa que, embora haja uma Política Nacional de Atenção Básica, cada município tem o conhecimento das necessidades em saúde de sua população, e, por isso, contando com recursos financeiros advindos do próprio município e das esferas federal e estadual, são responsáveis pela organização de sua APS⁶.

Porém, estudos mostram que há um distanciamento entre o mundo ideal, citado anteriormente, e o que acontece de fato^{7,8}.

Além disso, a falta de acesso é resultado de outros elementos, como a baixa oferta de consultas, associada à dificuldade para realizar os agendamentos e à grande procura de atendimentos⁹. Esses elementos geram uma fila de espera que pode variar entre 30 a 40 dias na APS⁷.

Algumas inovações tecnológicas foram desenvolvidas para melhorar o acesso aos serviços de saúde. No contexto brasileiro, o Acesso Avançado (AA) tem sido implantado em alguns

serviços¹⁰⁻¹⁵. Inicialmente, em Florianópolis (SC), para proporcionar o acesso oportuno¹⁰, assim como em outras cidades, como Fortaleza (CE)¹¹, Recife (PE)¹², Rio de Janeiro (RJ)¹³, São Paulo (SP)¹⁴ e Porto Alegre (RS)¹⁵.

O AA foi idealizado nos Estados Unidos, em 1998, em um dos maiores planos de saúde privados da época, o *Kaiser* Permanente, como sendo uma nova tecnologia de gestão do acesso^{2,3}. Desenvolvido pelo médico Mark Murray e pela enfermeira Catharine Tantau^{2,3,16}, logo foi reconhecido e expandiu-se para a América do Norte¹⁷, Europa^{18,19} e Oceania²⁰.

Desenvolvido, inicialmente, com o propósito de superar o atraso no atendimento e eliminar as filas de espera^{2,3,21}, têm como referencial a engenharia industrial e a teoria das filas²¹. A Teoria das Filas traz três elementos básicos: o cliente (demanda ou procura), a equipe (capacidade de oferta) e a organização da fila de espera (processo). Todos os sistemas possuem oferta e demanda, mas não necessariamente filas de espera. O primeiro elemento considera um padrão temporal de chegada, que, de acordo com os autores, é previsível, o que permite a sua distribuição durante o horário do fluxo. A oferta envolve os recursos necessários para atender à demanda, como os profissionais, o horário de trabalho e a disponibilidade de agenda. Por fim, as filas de espera são organizadas em: a) estocásticas – o aumento da demanda ou a queda da oferta são momentâneos; b) previsíveis – padrão diário; c) perpétuas – constantes. Então, a teoria da modelagem das filas de espera afirma que a solução é eliminar as filas perpétuas e previsíveis, e minimizar a ocorrência de filas estocásticas²².

Para solucionar a espera nos serviços de saúde, o AA intervém no intervalo de tempo entre a procura do serviço (demanda) e a disponibilidade da consulta (oferta), eliminando as filas de espera²¹. Por isso, o modelo é tido como ‘padrão ouro’ para eliminar a fila de espera e os atrasos no agendamento das consultas²³.

Nessa direção, o AA considera: oferta (capacidade) – disponibilidade de horários para agendamento diário, de acordo com os profissionais que integram o serviço (equipe multiprofissional); demanda (procura do serviço de saúde pelos usuários) – não diferencia o tipo de consulta como urgente e não urgente; equilíbrio entre oferta-demanda – processo dinâmico de monitoramento constante de procura e disponibilidade das consultas^{4,16,23}. Além desses elementos, o AA prioriza o cuidado centrado no paciente por meio da relação profissional-paciente^{4,23} e tem como pontos cardinais a acessibilidade e a continuidade do cuidado – possibilidade de o usuário do serviço ser atendido pelo profissional de preferência^{21,23}.

Essas diretrizes permitem que os serviços de saúde com o modelo de agendamento baseado no AA melhorem o acesso oportuno ao oferecerem atendimento para os usuários no mesmo dia, independentemente do motivo da visita, ou em até dois dias úteis. As consultas podem ser agendadas para o futuro, mas essa é uma escolha do usuário. O lema é ‘faça todo trabalho de hoje, hoje’^{21,23}.

A implantação do AA no Sistema Único de Saúde (SUS) tem suscitado questionamentos sobre o quanto o modelo realmente melhora o acesso, e, principalmente, o quanto ele se adequa aos princípios e diretrizes SUS.

Este artigo compõe parte da tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo sob o título ‘Acesso Avançado: uma possibilidade para reorganizar a gestão do Acesso no Sistema Único de Saúde’, 2023.

Marcos teóricos de análise

O desequilíbrio entre a elevada procura de atendimento e a disponibilidade de cuidados em saúde está relacionado à forma de agendamento de consultas^{2,3}. Antes de o AA ser implantado na APS no Brasil, outros modelos de gestão do acesso foram utilizados.

A tecnologia mais conhecida para organizar a gestão do acesso no contexto brasileiro é o ‘modelo tradicional’, que classifica a demanda como urgente – atendimento no mesmo dia; e não urgente – agendamento futuro. Atender à demanda espontânea exige que um médico fique na retaguarda e continue realizando o atendimento das consultas agendadas⁷.

As consultas agendadas são disponibilizadas de acordo com uma agenda com horários programados^{2,3,24}. Nesse modelo, existem dias e horários determinados para as consultas para gestantes, crianças, usuários com doenças crônicas, como diabetes e hipertensão; consulta não agendada; grupos educativos; e na comunidade, com visitas domiciliares aos pacientes restritos ao lar^{7,25}.

Para superar o desequilíbrio entre a oferta e a demanda, esse modelo reduz a oferta (distribuição de senhas²⁶, limite de horário, restrição de dias da semana para o agendamento), e, depois que a agenda já está com todos os horários preenchidos, serão disponibilizados novos horários somente no mês seguinte⁷. Apresenta problemas, como fila de espera²¹, altas taxas de não comparecimento, elevado nível de insatisfação dos usuários, desistência do atendimento, procura de outros serviços para resolver a necessidade em saúde, como o pronto atendimento¹⁵, sobrecarga de trabalho dos profissionais⁷ e, principalmente, limitação do acesso.

Outro modelo de gestão do acesso também utilizado no Brasil é o chamado *carve-out*^{21,26}, que combina duas formas de agendamento: uma pequena parte dos horários é disponibilizada para a marcação de consulta no mesmo dia para os casos urgentes, e outra fica fechada, reservada para consultas pré-agendadas^{7,27}. Esse modelo é considerado um avanço ao disponibilizar horário para a demanda urgente e permitir o planejamento das condições crônicas²¹. Os problemas que esse modelo apresenta envolvem os erros na previsibilidade da demanda que causam desperdício de horários não preenchidos. Ademais, a disponibilidade de vagas para as situações agudas em saúde

aumenta o tempo de espera e pressiona o uso dos horários reservados para agendar outras consultas²⁷.

O AA também possui alguns problemas, como a necessidade de educação continuada, envolvimento da equipe de saúde, preparação prévia de três meses para sua implantação, mudanças estruturais adequadas, considerando a oferta do serviço e a demanda populacional. Ainda, depende de liderança, apoio clínico e administrativo constantes²⁸.

Uma pesquisa que analisou a melhoria do acesso comparando o AA, como modelo tradicional, e o *carve-out* mostra que o AA facilitou mais o acesso em comparação com os outros modelos²⁸.

É importante destacar que o AA, quando utilizado na APS, não pode ser considerado um serviço de atendimento de urgência²⁹, pois os usuários dos serviços são agendados para uma consulta em horário específico. Desse modo, o principal propósito é evitar o atraso e as filas de espera^{2,3}.

Uma pesquisa realizada com médicos, enfermeiros e gestores de Unidades Básicas de Saúde sobre o uso do AA na APS mostra a preocupação desses profissionais com relação à população cadastrada¹⁴. Essa preocupação é relevante, tendo em vista que a viabilidade e a sustentabilidade desse modelo de gestão estão diretamente relacionadas ao equilíbrio entre a oferta e a demanda²¹.

No contexto brasileiro, o tamanho da população cadastrada por equipe na APS deve variar entre 2.000 e 3.500 pessoas⁶, mas, na maioria das vezes, ultrapassa esse número. Há indicação de que a população cadastrada seja de até 2.500 pessoas³. Estudos mostram que essa população varia de 500 a 2.400 pacientes por profissional^{30,31}, porém, não há consenso com relação ao tamanho ideal da população cadastrada. No contexto brasileiro, a população cadastrada em uma equipe sempre será maior que a indicada, fato que pode comprometer a qualidade da assistência prestada, causar insatisfação da equipe devido à sobrecarga de trabalho, provocar o surgimento de doenças

ocupacionais e, ainda, gerar insatisfação dos usuários.

Para evitar o desequilíbrio entre a oferta e a demanda, o AA não deve ser implantado nos serviços de saúde antes da realização de um diagnóstico situacional prévio. Sendo assim, sua implantação não é automática, de modo que são necessários alguns meses de preparação³ a fim de: a) equilibrar oferta e demanda (monitoramento e análise preliminar e aplicação de mudanças necessárias); b) eliminar a fila de espera – ‘backlog’; c) reduzir os tipos de consultas (continuidade do cuidado – com profissional de referência ou outro profissional da equipe, para não agendar consultas para o futuro; e não diferenciar as consultas como urgentes e não urgentes); d) desenvolver plano de contingência (conhecer os períodos sazonais, férias da equipe, considerar possíveis faltas); e) reduzir e organizar as consultas (consulta resolutive, orientação por telefone ou e-mail, atendimento em grupo); f) atendimento multiprofissional (envolvimento da equipe)²¹.

Nos serviços em que o AA foi implantado sem o devido preparo e planejamento, o modelo se tornou inviável e provocou insatisfação, sobrecarga da equipe e insatisfação dos usuários⁵.

Como em todo processo de melhoria, a implantação do AA deve seguir algumas etapas: formar uma equipe para gerenciar as mudanças, estabelecer objetivos, implantar as alterações para alcançar as metas e avaliar os resultados³². Alguns elementos-chave nesse processo estão vinculados à escolha e à formação de uma equipe estratégica, ao estabelecimento de um(a) líder para a equipe, com liderança local forte e apoio da gestão superior³².

Os resultados preliminares de uma revisão³³ revelam que o AA melhora a adesão aos tratamentos e o acesso à Unidade Básica de Saúde^{11,15}, aumenta o número de consultas^{8,10,12,15}, reduz a taxa de não comparecimento^{11,15,34}, reduz o tempo de espera^{11,15,28}, aumenta a satisfação dos profissionais de saúde³⁵ e dos usuários³⁶.

Todavia, outros estudos não identificaram resultados positivos, como melhoria dos resultados clínicos³⁷, diminuição da utilização de outros serviços³⁸ e a longitudinalidade do cuidado^{5,14,39,40}. Corroborando esses achados, uma pesquisa que avaliou os atributos da APS identificou baixo escore médio para a longitudinalidade²⁸. A preocupação dos profissionais com relação ao acompanhamento longitudinal é um elemento importante no cuidado centrado no paciente, principalmente quando se trata de pacientes crônicos, acamados e restritos ao lar.

Entretanto, outros estudos apontam uma melhoria do cuidado longitudinal após a implantação do AA^{15,41} e boa avaliação desse quesito na perspectiva dos usuários⁴².

É importante que sejam realizados estudos com o objetivo de avaliar a qualidade da assistência, a resolutividade, a longitudinalidade do AA no Brasil, na medida em que o SUS é um sistema com princípios e diretrizes bem estabelecidos.

Uma crítica sobre o AA classifica-o como sendo um modelo de gestão ‘gerencialista’, por desconsiderar premissas básicas, como o território e o cuidado integral. Além disso, pode causar sofrimento profissional, reforçar o modelo biomédico e a medicalização social⁴³.

O AA não é um modelo gerencialista. Pelo contrário, têm como foco central a eliminação das filas de espera, a redução do tempo de espera e o atraso, considera o cuidado centrado no paciente ao disponibilizar o acesso no momento em que o usuário identifica uma necessidade^{2,3,21}, e necessita de pouco investimento para sua implantação¹⁷.

A visão ideológica que caracteriza o AA como um modelo ‘gerencialista’ recrimina o estabelecimento de metas (número de consultas mensais), por considerar o ‘trabalhador’ como bem maior do sistema⁴³. Porém, ignora o fato de que a população continua sem ter acesso, enquanto espera uma solução para suas necessidades em saúde, e aguarda nas enormes filas de espera do SUS, que nada faz para diminuir essa iniquidade em saúde.

Essa visão distorcida do AA ignora a premissa da atenção primária, que é oferecer o cuidado centrado na pessoa para empoderar o usuário ao gerir e tomar decisões relacionadas ao seu próprio cuidado de saúde e, assim, decidir o momento de ser atendido por um profissional. Além disso, despreza uma das principais características da APS: a resolutividade que oferece o cuidado oportuno no tempo certo⁶.

Considerações finais

O AA, se implantado seguindo as orientações necessárias, pode melhorar o atributo acesso e se adequar aos princípios e diretrizes do SUS.

O sucesso da implantação do AA depende de vários fatores, como diagnóstico situacional preliminar do serviço de saúde (oferta-demanda, estrutura organizacional e estrutural); planejamento com os envolvidos no processo (gestores, profissionais e a população); realização de mudanças preliminares, como equilibrar oferta e demanda, eliminar a fila de espera, reduzir os tipos de consultas, desenvolver plano de contingência, organização das consultas, atendimento multiprofissional; estabelecimento de uma liderança comprometida; capacitação, envolvimento e dedicação da equipe; divulgação do modelo para a população; apoio dos gestores.

A sustentabilidade do modelo depende muito da liderança, da equipe clínica e da equipe de apoio (administrativo), principalmente em seu início, quando há uma tendência de aumentar a demanda em função da disponibilidade de acesso, e envolvimento micro e macropolítico dos gestores.

O AA não é um produto pronto ou uma ‘solução mágica’ para melhorar o acesso. Não existe tal produto ou solução, existe uma tecnologia baseada em um conjunto de princípios que, para serem aplicados de forma personalizada em cada território, devem considerar a população, os profissionais, a organização e o ambiente em que o AA será implantado.

Apesar de o AA ser uma tecnologia inovadora em expansão e de apresentar excelentes

resultados nesses 27 anos desde a sua criação, nenhum país adotou o modelo de gestão de acesso como política de Estado.

Faz-se necessário o desenvolvimento de pesquisas para analisar o impacto do AA no SUS, assim como sua adequação aos seus princípios e diretrizes, especialmente com relação à resolutividade e à longitudinalidade.

Agradecimentos

Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Universidade de São Paulo pelo apoio financeiro para submissão.

Colaboradores

Pinto AR (0000-0001-8237-7327)* contribuiu para elaboração do conceito e desenho do estudo, obtenção dos dados, análise e interpretação dos dados, elaboração do rascunho, revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual. Oliveira LGF (0000-0002-0031-3846)* e Fracolli LA (0000-0002-0936-4877)* contribuíram para redação do artigo. Nichiata LYI (0000-0001-6515-4404)* contribuiu para revisão crítica e elaboração do conteúdo intelectual. ■

Referências

- Bonfim D, Mafra ACCN, Palacio DC, et al. Assessment of staffing needs for registered nurses and licensed practical nurses at primary care units in Brazil using Workload Indicators of Staffing Need (WISN) method. *Hum Resour Health*. 2022;19(1):1-11. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00674-0>
- Murray M, Tantau C. Must patients wait? *J Qual Improv [Internet]*. 1998 [acesso em 2023 maio 17];24(8):423-5. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/sdfe/pdf/download/eid/1-s2.0-S1070324116303923/first-page-pdf>
- Murray M, Tantau C. Same-day appointments: exploding the access paradigm. *Fam Pract Manag [Internet]*. 2000 [acesso em 2023 maio 17];7(8):45-50. Disponível em: <https://www.aafp.org/pubs/fpm/issues/2000/0900/p45.html>
- Mayer HL. Análise de satisfação com atendimento em Unidade de Saúde: um estudo de caso na UBS Maria do Carmos em Sumé - PB [monografia]. Sumé: Universidade Federal de Campina Grande; 2023 [acesso em 2023 maio 17]. 32 p. Disponível em: <http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/jspui/bitstream/riufcg/29025/1/HENRIQUE%20DE%20LIMA%20MAYER%20-%20ARTIGO%20GEST%c3%83O%20P%c3%9aBLICA%20CDSA%202023.pdf>
- Soares LS, Junqueira MAB. A percepção sobre o acesso avançado em uma unidade-escola de atenção básica à saúde. *Rev bras educ med*. 2022 [acesso em 2023 maio 17];46(1). DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.1-20210115>
- 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 SUS. *Diário Oficial da União*. 2017 set 22; Seção 1:68.
- Cirino FMSB, Schneider Filho DA, Nichiata LYI, et al. O Acesso Avançado como estratégia de organiza-

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- ção da agenda e de ampliação do acesso em uma Unidade Básica de Saúde de Estratégia Saúde da Família, município de Diadema, São Paulo. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2020 [acesso em 2023 maio 17];15(42):2111. Disponível em: <https://docs.bv-salud.org/biblioref/2021/03/1097402/texto-do-artigo-13177-1-10-20200519.pdf>
8. Silva LÁN, Harayama RM, Fernandes FP, et al. Acesso e acolhimento na Atenção Básica da região Oeste do Pará. *Saúde debate*. 2019;43(122):742-54. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912207>
 9. Tesser CD, Norman AH, Vidal TB. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: problemas e estratégias de superação. *Saúde debate*. 2018;42(esp1):361-78. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S125>
 10. Vidal TB. O Acesso Avançado e sua relação com o número de atendimentos médicos em Atenção Primária à Saúde [dissertação na Internet]. Porto Alegre: Programa Pós-Graduação em Epidemiologia Porto Alegre, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013 [acesso em 2023 maio 17]. 87 p. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/87111/000910522.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 11. Cajazeiras AEP, Silva CJ, Forte MPN. Implantação do Acesso Avançado por equipe de saúde de Fortaleza: um relato de experiência. *Caderno ESFP* [Internet]. 2018 [acesso em 2023 maio 17];13(1):105-12. Disponível em: <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/174/168>
 12. Lima RS, Correia IB. Reorganização da agenda e do modelo de acesso em Unidade de Saúde da Família 24 horas. *Rev Bras Med Família e Comunidade*. 2019;14(41):1-10. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)2021](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)2021)
 13. Canuto LE, Silva AFL, Pinheiro LSP, et al. Estudo da demanda de uma equipe da Estratégia Saúde da Família que utiliza o acesso avançado como modelo de organização da agenda. *Rev Bras Med Família e Comunidade*. 2021;16(43):2378. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2378](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2378)
 14. Granja GF, Souza KOC, Soares BH, et al. Implantação do modelo de acesso avançado em unidades de saúde: aceitabilidade, viabilidade e sustentabilidade. *Res Soc Dev*. 2022;11(4):e43611427710. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i4.27710>
 15. Bonilla PPG, Wollmann L. Avaliação da implantação do acesso avançado nos indicadores de qualidade de uma unidade de saúde. *Rev Bras Med Família e Comunidade*. 2020;15(42):2360. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2360](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2360)
 16. Pinto AR. Acesso Avançado: uma possibilidade para reorganizar a gestão do acesso no Sistema Único de Saúde [tese na Internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2023 [acesso em 2025 mar 14]. 60 p. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7143/tde-20122024-165523/publico/Tese_Versao_Simplificada_260523.pdf
 17. Mitchell V. Same-day booking: success in a Canadian Family practice. *Can Fam Physician* [Internet]. 2008 [acesso em 2023 maio 17];54:379-83. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2278355/pdf/0540379.pdf>
 18. Mehrotra A, Keehl-Markowitz L, Ayanian JZ. Implementing open-access scheduling of visits in primary care practices: A cautionary tale. *Ann Intern Med* [Internet]. 2008 [acesso em 2023 maio 17];148(12):915-22. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2587225/pdf/nihms49162.pdf>
 19. Sampson F, Pickin M, O’Cathain A, et al. Impact of same-day appointments on patients satisfactions with general practice appointment systems. *Br J Gen Pract*. 2008;58(554):641-3. DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp08X330780>
 20. Ahluwalia S, Offredy M. A qualitative study of the impact of the implementation of advanced access in primary healthcare on the working lives of general practice staff. *BMC Fam Pract*. 2005;27(6):39. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2296-6-39>
 21. Murray M, Berwick DM. Advanced Access: Reducing Waiting and Delays in Primary Care. *J Am Med Assoc*.

- 2003;289(8):1035-40. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.289.8.1035>
22. Randolph GD, Murray M, Swanson JA, et al. Behind schedule: improving access to care for children one practice at a time. *Pediatrics*. 2004;113(3Pt1):230-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.113.3.e230>
 23. Tantau C. Accessing patient-centered care using the advanced access model. *J Ambul Care Manage*. 2009;32(1):32-43. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.JAC.0000343122.15467.48>
 24. Secretaria Municipal de Saúde (SP). Documento Operativo: Fortalecendo a Atenção Básica no Município de São Paulo. Diretrizes Operacionais – Unidades Básicas de Saúde [Internet]. São Paulo: SMS-SP; 2016 [acesso em 2023 maio 17]. 43 p. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/sms-sp/2016/sms-11049/sms-11049-7894.pdf>
 25. Franco FD. Resolubilidade das Consultas de Enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde com Acesso Avançado [dissertação na Internet]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2022 [acesso em 2025 mar 13]. 70 p. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7144/tde-25102024-155406/publico/DISSERTACA_FABIO_VIDAL_FRANCO.pdf
 26. Silva LÁN, Harayama RM, Fernandes FP, et al. Acesso e acolhimento na Atenção Básica da região Oeste do Pará. *Saúde debate*. 2019;43(122):742-54. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912207>
 27. Knight A, Lembke T. Appointments 101 How to shape a more effective appointment system. *Aust J Gen Pract* [Internet]. 2013 [acesso em 2023 maio 17];42(1):152-6. Disponível em: <https://www.racgp.org.au/afp/2013/march/appointments-101/>
 28. Vidal TB. Modelos de agendamento e sua relação com o desempenho da atenção primária à saúde na percepção dos usuários no município de Florianópolis/SC [dissertação na Internet]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2018 [acesso em 2023 maio 17]. 244 p. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/198838>
 29. Ferreira MCM, Vinagre CGCM, Armond JE. Advanced access and other forms of primary health care access: perception of users in the south region of São Paulo. *Arq Catarin Med*. 2021;50(2):156-69. DOI: <https://doi.org/10.63845/4q8vcv77>
 30. Breton M, Maillet L, Paré I, et al. Perceptions of the first family physicians to adopt advanced access in the province of Quebec, Canada. *Int J Health Plann Manage*. 2016;32(4):e316-32. DOI: <https://doi.org/10.1002/hpm.2380>
 31. Raffoul M, Moore M, Kamerou D, et al. A Primary Care Panel Size of 2500 is Neither Accurate nor Reasonable. *JABFM*. 2016;29(4):496-9. DOI: <https://doi.org/10.3122/jabfm.2016.04.150317>
 32. Meyers ML. Changing business practices for Appointing in Military Outpatient Medical Clinics: The case for a true “Open Access” Appointment Scheme for Primary Care. *J Healthc Manag*. 2003;48(2):125-39. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00115514-200303000-00010>
 33. Pinto AR, Higashi R, Nichiata LYI. Advanced Access in Primary Health Care: A scope review protocol. *Open Sci Fram*. 2021. DOI: <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/B8CE6>
 34. Pires Filho LAS, Azevedo-Marques JM, Duarte NSM, et al. Acesso Avançado em uma Unidade de Saúde da Família do interior do estado de São Paulo: um relato de experiência. *Saúde debate*. 2019;43(121):605-13. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912124>
 35. Camargo DS, Castanheira ERL. Amplifying access: Team embracement as a demand management strategy in primary health care (APS). *Interface Commun Heal Educ*. 2020;24:1-17. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.190600>
 36. Vidal TB, Rocha SA, Harzheim E, et al. Modelos de agendamento e qualidade da atenção primária: estudo transversal multinível. *Rev Saude Publica*. 2019;53(1):38-53. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000940>

37. Gladstone J, Howard M. Effect of Advanced Access scheduling on chronic health care in a Canadian Practice. *Can Fam Physician* [Internet]. 2011 [acesso em 2023 maio 17];57:e21-5. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3024183/pdf/0570e21.pdf>
38. Degani N. Impact of advanced (open) access scheduling on patients with chronic diseases: An evidence-based analysis. *Ont Health Technol Assess Ser* [Internet]. 2013 [acesso em 2023 maio 17];13(7):1-48. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3796762/pdf/ohtas-13-48.pdf>
39. Subramanian U, Ackermann RT, Brizendine EJ, et al. Effect of advanced access scheduling on processes and intermediate outcomes of diabetes care and utilization. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2009 [acesso em 2023 maio 17];24(3):327-33. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2642566/>
40. Solberg LI, Crain AL, Sperl-Hillen JM, et al. Effect of improved primary care access on quality of depression care. *Ann Fam Med*. 2006 [acesso em 2023 maio 17];4(1):69-74. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16449399/>
41. Silva RM, Maeyama MA, Dittrich MG, et al. A reorganização do acesso na Atenção Primária à Saúde em Jaraguá do Sul (SC). *Revista GeSec*. 2023;14(6):10073-86. DOI: <http://doi.org/10.7769/gesec.v14i6.2362>
42. Hermann NO, Perez MK, Pinheiro GBB, et al. O Acesso Avançado como modelo de agendamento e a qualidade da Atenção Primária sob a ótica dos Usuários durante a pandemia de COVID-19. *Rev Científica Saúde e Tecnol*. 2021;1(4):1-7. DOI: <https://doi.org/10.53612/recisatec.v1i4.41>
43. Stelet BP, Modesto AAD, Oliveira Neto A, et al. “Avançado” ou “precipitado”? Sobre o Modelo de Acesso Avançado/Aberto na Atenção Primária à Saúde. *Trab Educ e Saúde*. 2022 [acesso em 2023 maio 17];20:e00588191. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs588>

Recebido em 30/12/2024

Aprovado em 21/03/2025

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: Projeto guarda-chuva 'Implementação do Acesso Avançado em Unidades de Saúde: processos e resultados' financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Diretoria de Ciências Agrárias, Biológicas e de Saúde (DCABS) com enfoque em pesquisas de inovação, sob registro de número 440347/2018-17

Editora responsável: Ana Maria Costa

La transformación del sistema de salud mexicano hacia la atención primaria: la ventana de oportunidad

The transformation of the Mexican health system toward Primary Health Care: The window of opportunity

Amanda Firme Carletto¹

DOI: 10.1590/2358-2898202514610056E

RESUMEN Este ensayo presenta reflexiones sobre la reforma del sistema de salud en México, centrándose en los retos del acceso al Primer Nivel de Atención y las oportunidades para avanzar hacia un modelo integrador de la Atención Primaria de Salud (APS). Para el análisis, se toma en cuenta la literatura científica, complementada con la experiencia académica de la autora en un instituto público de investigación en México. El ensayo argumenta que el país tiene la oportunidad de implementar cambios significativos en favor del fortalecimiento de la democracia por la protección de salud a todos los ciudadanos. En conclusión, el análisis subraya la relevancia de expandir la puerta de entrada, construir de manera conjunta la Política Nacional de APS y realizar otros cambios que favorezcan el modelo MAS-BIENESTAR. Resalta como es crucial que el Estado haga inversiones continuas y que se unan fuerzas entre trabajadores, investigadores, estudiantes, gestores, población y movimientos sociales para que la salud se convierta en un derecho para todas las personas, sin discrepancias por las condiciones laborales.

PALABRAS CLAVE Sistemas públicos de salud. Atención Primaria de Salud. Reforma de la atención de salud.

ABSTRACT *This essay presents reflections on the reform of Mexico's health system, focusing on the challenges of access to the First Level of Care and the opportunities to move toward an integrated Primary Health Care (PHC) model. The analysis draws on scientific literature, complemented by the author's academic experience at a public research institute in Mexico. The essay argues that the country has the opportunity to implement meaningful changes to strengthen democracy by ensuring health protection for all citizens. In conclusion, the analysis emphasizes the importance of expanding the entry point, jointly constructing the National PHC Policy, and implementing additional changes that support the MAS-BIENESTAR model. It emphasizes the critical need for the state to make sustained investments and for collaboration among workers, researchers, students, managers, the population, and social movements to ensure that health becomes a universal right, free from disparities based on employment conditions.*

KEYWORDS *Public health systems. Primary Health Care. Health care reform.*

¹Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro (IMS) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
amandacarletto@gmail.com



Contextualización del tema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reafirmado la Atención Primaria de Salud (APS) como la principal estrategia para el desarrollo de sistemas sostenibles y resilientes y para alcanzar la Cobertura Universal de Salud (CUS) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) relacionados con la salud. Entre las recomendaciones, delimita que la APS esté enfocada en servicios integrados, políticas y acciones multisectoriales, así como en el poder de decisión de las personas y comunidades. Por añadidura, desde 2023, esta misma Organización ha difundido los mecanismos del marco operacional de la APS para apoyar los procesos de transformación de los sistemas de salud titulados de: “mecanismos estratégicos básicos”⁽²⁾ y “mecanismos estratégicos operacionales”⁽²⁾.

Los mecanismos básicos incluyen el compromiso y liderazgo políticos, lineamientos de gobernanza y de políticas, asignación financiera adecuada y la participación de las comunidades. Referente a los mecanismos operacionales, se consideran los modelos de atención, el personal para la APS, la infraestructura física, los fármacos y otros suministros de salud, las tecnologías digitales y las investigaciones orientadas a la APS, entre otros factores¹. Por considerar los marcos de medición e indicadores como respuesta a las frecuentes críticas respecto a la gran amplitud del concepto y de las diferentes formas de implementar la APS, algunos de estos mecanismos propuestos por la OMS serán abordados de forma transversal a lo largo del texto.

El objetivo del artículo es discutir el desafío del acceso a los servicios del Primer Nivel de Atención (PNA) y las posibilidades de avance hacia un modelo integrador de APS y la universalización del derecho a la salud. Distinguiéndose de los enfoques científicos y teóricos convencionales, el formato de ensayo autoriza la apertura a construir análisis auténticos también basados en la

experiencia y en fases transitorias del proceso investigativo, operando “metodológicamente sin método”²⁽³⁰⁾.

Con el interés de contribuir para los debates sobre la reforma del sistema de salud, este texto analítico acerca del PNA de México fue elaborado a considerar la literatura científica y la investigación de campo que incluyó visitas a servicios de salud de diferentes estados, participación en eventos y reuniones con actores clave de diversas instituciones públicas del país. A considerar que las reflexiones fueron proporcionadas por la estancia académica del curso de doctorado en Salud Colectiva en una universidad pública de Brasil por seis meses en el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) de México en Cuernavaca, se puede percibir tonos de la trayectoria salubrista brasileña.

Para fines de esta construcción, los conceptos de APS y de PNA no son utilizados como sinónimos. La APS puede ser considerada una política de salud que debe coordinar la red, prestar atención integral y continuada, garantizar la participación de la sociedad y buscar la articulación con otros sectores, conjuntamente tiene la función de puerta de entrada del sistema. Por otra parte, el PNA se trata esencialmente de un nivel asistencial³.

En sintonía con la Conferencia de Alma Ata, este ensayo reafirma que la APS forma parte del sistema con función central y carácter nuclear para el desarrollo de la comunidad. Como puerta de entrada, engloba el primer contacto con la población al brindar atención lo más cerca posible, constituyendo un componente inicial del proceso que debe continuar de forma coordinada en la red de servicios. El hecho de que el cuidado debe ser ofertado a lo largo del tiempo de vida de las personas, dibuja el carácter continuo. Puesto que debe acoger y referenciar a los usuarios a otros niveles de atención siempre que necesario, así como monitorear y seguir cuidándolos en el primer nivel, la APS asume una función de coordinación de la red de servicios. Por su interacción con las dinámicas sociales, culturales, económicas y políticas del territorio, la

articulación intersectorial con otros sectores se considera fundamental⁴.

Como la APS propone un abordaje que trasciende los signos, los síntomas y la atención fragmentada, y, además, integra la promoción de la salud, acciones preventivas, el tratamiento, la rehabilitación⁴ y los cuidados paliativos⁵, todos conectados en los diferentes niveles del sistema, tiene pacto con la integralidad. El hecho de que debe ofrecer cuidados con prioridad para los ciudadanos que más necesitan, diseña su compromiso con la equidad. Como incluye la participación ciudadana en los procesos de gestión del sistema y la valoración de los recursos locales⁴, debe proporcionar instancias de participación y control social, lo que es mucho más amplio que recibir quejas en los buzones y mantener los comités de salud activos. Con la responsabilidad de actuar de forma integrada al territorio y sus características, la APS debe utilizar el potencial de flexibilidad para valorar y adaptar a las condiciones del área³.

Con esta comprensión de la APS ampliada, seguimos para la segunda parte del ensayo que contextualiza el soporte teórico al escenario mexicano, a empezar por una breve explicación de la actual renovación del sistema de salud que vive el país.

Reflexiones sobre el PNA en la cuarta transformación

Desde hace años, las y los salubristas del país resaltan la necesidad de modificar el sistema de salud. Los puntos en común entre las diferentes vertientes de pensamiento se pueden resumir en la búsqueda por proporcionar servicios de salud a todos los ciudadanos, reducir la fragmentación del sistema e invertir en la APS como estrategia clave para garantizar el acceso y la mejor calidad de los servicios^{6,7}. Estas aspiraciones se justifican porque el sector de salud de México es analizado como complejo y la protección a la salud, desigual e incompleta⁷. El sistema es descripto como

segmentado por la coexistencia de diversos subsistemas y también fragmentado por la falta de integración entre los distintos niveles de atención, contribuyendo a la duplicidad de acciones y a la ineficiencia.

En un contexto marcado por diferencias ideológicas y políticas, que implican distintas concepciones de ciudadanía y de salud⁸, México ha atravesado diversas reformas en su sistema de salud a lo largo del tiempo. Los cambios ocurridos en las dos últimas décadas del siglo XX incluyen el reconocimiento del derecho a la protección de la salud en la Ley General de Salud de 1984, la incorporación de dinámicas del sector privado, el avance de procesos de descentralización y la formulación de paquetes de atención dirigidos a la población sin seguridad social laboral; cambios que no se tradujeron en la garantía del acceso a los servicios⁹. El panorama desfavorable a la universalización se vio aún más amenazado por el creciente alineamiento con el modelo neoliberal^{10,11}, movimiento ascendiente por casi dos décadas del siglo siguiente.

Las modificaciones estructurales implementadas a partir de los años 2000 y orientadas a la población sin seguridad social se resumen en este ensayo en dos marcos. El primero hace referencia a la creación, en 2003, del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), operado por el Seguro Popular de Salud (SPS) desde 2004¹² hasta 2019. El segundo marco corresponde a la creación del Organismo Público Descentralizado (OPD) Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR), en 2022, responsable por prestar atención médica y hospitalaria universal, de calidad y oportuna a las personas¹³. El IMSS-BIENESTAR fue instituido posteriormente a la reforma de la Ley General de Salud, en 2019, cuando se establecieron la universalidad y la gratuidad como criterios para la prestación de los servicios públicos de salud¹⁴.

Se espera que la reestructuración en curso conduzca, de manera progresiva, a la ampliación de la cobertura de los servicios para

garantizar una atención integral; a la gratuidad, eliminando la necesidad de las cuotas de recuperación; al fortalecimiento de un enfoque preventivo y comunitario; y a la planificación centralizada mediante la creación del OPD IMSS-BIENESTAR y del Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR). Asimismo, se busca prescindir de los proveedores privados en el sistema público de salud, rompiendo con los procesos de privatización¹⁵.

Al tomar en cuenta las aparentes similitudes, es importante señalar que existen tres componentes: el Programa IMSS-Bienestar, el OPD IMSS-BIENESTAR y el Modelo de Atención MAS-BIENESTAR. El Programa – creado a finales de los años setenta como parte del IMSS para atender, en aquel período, a la población de la zona rural sin seguro social – fue actualizado al nombre ‘Programa IMSS-Bienestar’. El OPD IMSS-BIENESTAR, que fue concebido tras la finalización del Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi), es una institución autónoma en la gestión y ejecución de los servicios de la Secretaría de Salud (SSa)¹⁶. El Modelo MAS-BIENESTAR, que forma parte del ‘Programa Estratégico de Salud para el Bienestar’, tiene la misión de promover sinergias entre las entidades federativas y de seguridad social, y adopta a la APS como su principal estrategia para transformar el sistema¹⁷.

Para 2024, México se encuentra en una transición gubernamental que representa un panorama político favorable a los cambios estructurales, situación que requiere inversiones transversales y esfuerzos permanentes a largo plazo, además de una apertura para vivir la renovación que, como tal, genera distintos obstáculos y resistencias. Las políticas en curso para una reforma del subsistema de salud para la población sin seguridad social demandan la creciente articulación entre los entes federativos, la interacción entre las instituciones públicas de referencia en el país, la ampliación del horizonte de investigación en APS, la utilización de estrategias operacionales

con el máximo de claridad posible, y sobre todo, solicitan robustecer la defensa social del derecho universal a la salud pública, sin discrepancias por las condiciones laborales. Existe la hipótesis de que el debate entre los salubristas de México afines de la salud colectiva y de la salud pública se une en un objetivo democrático común: integrar el sistema de salud para que pueda ofertar servicios a todos los mexicanos y mexicanas.

En lo que concierne al Primer Nivel de Atención, el documento publicado por la Secretaría de Salud de México en 2021 asume que, a pesar de varios intentos, el país no ha desarrollado un modelo/política de APS. También presenta estrategias de implementación y dificultades para progresar, estas últimas resumidas en seis ejes: conceptual, recursos necesarios, marco regulador y gobernanza, prestación de servicios en red, iniciativa intersectorial y participación comunitaria¹⁸. En complemento, existe literatura que discute la relevancia de ampliar el nivel de organización, el perfil de formación en salud y la inversión financiera para avanzar hacia el modelo integrador de APS. Como ejemplo, se destaca la necesidad de apostar en el potencial de actuación de los profesionales de enfermería¹⁹, aspecto primordial para la coyuntura mexicana donde el cuidado clínico está centrado en los médicos y en la consulta externa. Por añadidura, se hace fundamental considerar el profesional farmacéutico para la gestión de fármacos e insumos, para la dispensación, para la farmacia clínica y la atención farmacéutica en los Centros de Salud. Estos análisis reafirman los desafíos persistentes a lo largo de las trayectorias de las reformas, evidenciando indicios de planes implementados en los últimos años, así como aquellos que aún carecen de atención adecuada.

Inmerso en esta discusión, este ensayo identifica un reto común: la dificultad de garantizar el acceso a los servicios del PNA en los principales subsistemas públicos de salud: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales

para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la Secretaría de Salud. El IMSS y el ISSSTE prestan servicios a población con seguridad social y la SSA es la institución pública que coordina y se organiza con las Secretarías Estatales de Salud para la oferta de servicios de salud la población sin seguridad social. Asimismo, también es coordinadora y supervisora de los servicios de salud operados por el nuevo Organismo Público Descentralizado (OPD) Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)¹³ que, en 2024, alcanza 23 de los 32 estados²⁰.

Las dificultades para acceder a los servicios públicos de PNA, probablemente, han provocado una menor utilización del sistema público en comparación con las prioridades sanitarias locales. En respuesta, se supone que las personas han buscado solución en el sector privado. En este contexto, se ha identificado que la atención ambulatoria de este sector se realiza principalmente en los Consultorios Adyacentes a las Farmacias (CAF), los cuales ofrecen consultas médicas de fácil acceso geográfico, rápidas y de bajo costo²¹ con un conflicto de interés vinculado al mercado farmacológico, ya que están incorporados a las farmacias privadas.

Desde la óptica cuantitativa, una publicación que analizó los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) correspondiente al año de 2022²², señaló el amplio uso de estos servicios privados tanto por personas sin seguridad social, como por derechohabientes de la seguridad social e, incluso, por personas con seguros privados. Los motivos por los cuales los usuarios no acudieron a los servicios públicos se resumen en problemas de acceso (71%) y de calidad (21%). Entre los obstáculos del acceso, están principalmente los largos tiempos de espera para acceder a una consulta (19%), la distancia a la institución (18%) y la ausencia de servicios necesarios (11%). Por estimación, el 28.15% de la población declaró enfrentar alguna barrera económica, geográfica o cultural, para utilizar los servicios de salud con respecto al total de

la población en el año de 2020²³. Sin embargo, estos estudios no ofrecen datos del acceso y de la utilización exclusivamente en los servicios del PNA, horizonte que nos brinda solamente un conocimiento general del sistema.

Desde un enfoque cualitativo exploratorio, los espacios observados durante la estancia académica permitieron identificar que el largo tiempo de espera para acudir a las consultas del PNA en instituciones de la seguridad social es el principal motivo de demanda a los servicios privados. Concerniente a los servicios ofertados en los Centros de Salud para población sin seguridad social, las dificultades de acceso se relacionan principalmente a la accesibilidad geográfica, a la falta de medicamentos básicos y de otros insumos, además de la inadecuada infraestructura. Por consecuencia, estas situaciones generan gastos de bolsillo por necesidades de salud ya en el PNA, incluso para la población expuesta a mayor vulnerabilidad, ampliando las iniquidades en salud.

En sentido contrario a las barreras de acceso al PNA, los sistemas de salud centrados en la APS deben comprometerse con la equidad y la calidad¹ tanto en términos operativos como del diseño de la política, de manera que contribuyan al progreso social y económico, y a la reducción de las desigualdades²⁴. Dado que el Modelo MAS-BIENESTAR se fundamenta en la APS como estrategia para reestructurar el sistema y ofertar la prestación gratuita de servicios a la población sin seguro social¹⁷, se supone que se ha alcanzado un avance normativo, resultando crucial ampliar las inversiones gubernamentales para su ejecución creciente.

Como México tiene al menos dos subsistemas públicos de salud – servicios para la población abierta y de la seguridad social – en los que el Estado aporta, parece coherente que la primera etapa de la reforma esté enfocada en la renovación de los engranajes operados por las entidades federativas, buscando establecer mejor comunicación y cohesión. Según expectativas, la implementación exitosa permitirá la integración de la atención sanitaria colectiva e individual en redes y apoyará la promoción de

la equidad y la mayor eficiencia de los servicios de salud²⁵. Por ende, los actuales y siguientes pasos estarán concentrados en federalizar los servicios con el OPD IMSS-BIENESTAR y cambiar el componente salubrista-multisectorial con el Servicio Nacional de Salud Pública (SNSP) en los niveles federal, estatal y distrital del Sistema Nacional de Salud (SNS) con base en el Modelo MAS-BIENESTAR²⁶.

Como los debates interinstitucionales y participativos son esenciales para el seguimiento de las modificaciones estructurales, se supone que alcanzarán más espacio en las próximas fases. En torno a las nuevas dinámicas organizativas del sistema²³, se prevé que impulsen condiciones para el acceso efectivo al centrarse en la realidad de los servicios y en las necesidades de las personas y sus comunidades. Esto implica aumentar la inversión en la escucha activa de gestores locales, trabajadores y usuarios de los servicios, responsabilidad que probablemente cuente con el protagonismo de los Distritos de Salud para el Bienestar (DSB)²⁶.

Estos propósitos recién mencionados abren cortinas para algunas reflexiones para la atención a la población sin seguridad social: ¿Cómo operar la integración interna a la SSA sin adhesión de todos los estados al OPD IMSS-BIENESTAR? ¿Cómo incentivar la aceptación del Modelo MAS-BIENESTAR para lograr cambios estructurales a nivel nacional? ¿Cómo el SNSP integrará las acciones de salud pública y el cuidado clínico operadas por diferentes instituciones? ¿Cómo trascender los programas verticales del sistema de salud? ¿Es posible reelaborar el proceso de trabajo para que los núcleos básicos interdisciplinarios trabajen en el territorio? ¿Cómo construir las redes de servicios basadas en el cuidado integral con la asistencia enfocada en los médicos? ¿Es factible operar la ampliación del rol de actuación de la enfermería? ¿El trabajo comunitario realizado por las promotoras de salud será expandido? ¿Cuáles son las estrategias para garantizar el acceso gratuito a la salud bucal? ¿Cómo hacer la inclusión de los farmacéuticos en los establecimientos del PNA?

Con estas inquietudes y, mayoritariamente, con expectativas en recuperar la fuerza del potencial de la medicina socializada, seguimos para la tercera parte del ensayo. Esta sección presentará algunas posibles rutas para avanzar en el modelo integrador de la APS, concebido como una ventana de oportunidad que ampara la misión de garantizar el acceso a los servicios de salud para la población sin seguridad social y, más adelante, la universalización del sistema.

A camino de la Política Nacional de Atención Primaria de Salud

Dando pasos para la parte final del ensayo, es posible interpretar que la intención del gobierno de México de federalizar los servicios y consolidar la APS como eje transversal del sistema²⁴ requiere instaurar recomendaciones nacionales que posibiliten el acceso efectivo, su monitoreo y evaluación a nivel central. Una de las vías para alcanzar estos objetivos es la formulación de la primera Política Nacional de Atención Primaria de Salud de México de forma participativa, junto con representantes de las instituciones de salud colectiva/pública, de los trabajadores, investigadores, gestores y de la población. Encima de atribuciones abordadas en el Modelo MAS-BIENESTAR, la Política puede establecer elementos centrales referentes a:

1. Responsabilidades institucionales de los servicios de APS en los diferentes niveles del gobierno.
2. Infraestructura, equipamientos, insumos y horarios de funcionamiento según tipo de Centro de Salud (rural, urbano, fronterizo etc.).
3. Estrategias de integración y coordinación en la red de servicios de salud, así como de articulación intersectorial.
4. Servicios ofrecidos por la APS, adaptados a las características territoriales, con

especial atención a las poblaciones indígenas, rurales, fronterizas, remotas, afromexicanas y migrantes, guiados por los preceptos de la interculturalidad.

5. Composición, cantidad y dinámica de trabajo de los núcleos multiprofesionales por tipo de Centro de Salud, integrando los programas de salud.

6. Atribuciones comunes y específicas de los núcleos, que incluyen actividades extramuros, acciones colectivas de educación en salud, estrategias para promover la colaboración interprofesional, así como prácticas para la valorización del conocimiento popular y del protagonismo de las personas en el cuidado.

7. Herramientas que aseguren la participación y el control social en la gestión del sistema de salud, considerando la diversidad regional, los comités de salud y los módulos de atención ciudadana.

8. Incentivos para implementar sistemas informáticos y tecnologías digitales, integrados y gratuitos, que garanticen el monitoreo y la evaluación de los servicios mediante indicadores de salud, tanto clínicos individuales como colectivos.

Considerando el objetivo de avanzar hasta un modelo de APS, resulta imprescindible fortalecer la gobernanza y el liderazgo¹ también en los ámbitos estatal y local²⁷. Por lo tanto, es pertinente invertir en herramientas y espacios que favorezcan la comunicación institucional efectiva, así como delineamientos accesibles sobre las responsabilidades de cada instancia, evitando actuaciones verticales y desconectadas de los territorios, sus características y diferencias.

En cuanto al funcionamiento e infraestructura¹, las visitas realizadas a los servicios de salud en distintos estados permitieron identificar que los Centros de Salud pueden operar

fuera del horario comercial y durante los fines de semana. No obstante, se observaron disparidades en las condiciones de infraestructura, lo que pone de manifiesto la significancia de revisar las normativas federales, además de seguir priorizando las zonas con mayores carencias y afectadas por desastres naturales, cuya vulnerabilidad demanda respuestas en tiempo oportuno.

Con relación a la integración y coordinación en la red de servicios, hemos ratificado cómo los escenarios de renovación centrados en la APS dependen de la constante búsqueda por la integración interna y externa al sector. Como ejemplo, está la pertinencia de trabajar con enfoque multisectorial para la conexión enseñanza-servicio-comunidad. En este aspecto, la SSa ha presentado planes para la inserción progresiva de la APS en las licenciaturas de las ciencias de salud, como el fortalecimiento interprofesional²⁸, a remarcar que la educación y la salud pública son ámbitos de inversión social²⁹.

Además de ampliar las interacciones, contenidos y prácticas de salud colectiva/pública entre los planes de carreras y posgrados es determinante sumar fuerzas para que la formación en salud tenga sintonía con el actual Modelo MAS-BIENESTAR y fomento innovaciones sostenibles, el desarrollo de nuevas destrezas, el perfil constructivista y el análisis crítico³⁰. Mediante esta inversión estratégica, es indispensable impulsar la formación de personal de salud alineada con las necesidades nacionales¹. Una de las alternativas que puede apoyar en este proceso es la reformulación de los programas de residencia en Medicina Familiar para que desarrollen abordajes territoriales y potencialicen la responsabilidad social, yendo más allá del desarrollo de capacidades técnicas en la esfera clínica. Sumado a eso, el trabajo conjunto con las residencias multiprofesionales en APS puede contribuir para robustecer la dinámica de equipo.

Resulta interesante reconstruir el dibujo de los núcleos básicos con dirección a ampliar el rol de actuación de enfermería, incluir los

farmacéuticos, pensar el cuidado integral en salud bucal y rever las atribuciones de los promotores de salud. Tal vez sea relevante revisar el transcurso de la no permanencia de profesionales exclusivamente en los servicios del PNA de la SSa, en detrimento de la pasantía, situación que puede dificultar la creación del vínculo y el cuidado continuo. No obstante, estos procesos demandan esfuerzos para enfrentar las resistencias biomédicas y seguir luchando en dirección del ascendente bienestar de la población mexicana.

Los aspectos previamente abordados exigen la escucha y la participación accesible de las y los ciudadanos¹. Por ello, es pertinente elaborar estrategias revolucionarias que autoricen la colaboración y el control social, piezas clave para cuidar y proteger a una sociedad que aún carga heridas provocadas por las barreras de acceso a los servicios de salud pública. Luchar por la justicia social y por la solidaridad implica asumir que la salud no puede ser un privilegio: debe ser un derecho social garantizado, en la vida concreta, por el Estado.

La esperanza de nuevos comienzos

La estancia académica corrobora que, aparte de instaurar alteraciones legales y normativas, la renovación del sistema de salud de México exige un incremento significativo del financiamiento público^{7,27}. Confirma que avanzar hacia la integración y universalización del sistema exige una actuación política de gran amplitud y de largo plazo, la conjunción de los diferentes actores e instituciones²²; así como gobernanza y liderazgo consistentes en todos los niveles gubernamentales²⁷. Asimismo, requiere diseños particulares para el país, considerando su contexto histórico, social, económico, político, migratorio, climático y cultural³¹.

La experiencia como personaje externa temporalmente sumergida en el panorama mexicano convalida lo crucial de ampliar y sostener las puertas de entrada del sistema, reconoce los avances recientes como la

contratación de profesionales y los incrementos en infraestructura¹⁵, y subraya la necesidad de implementar acciones en armonía con los valores del modelo MAS-BIENESTAR. Para ello, se hace inminente escuchar a los actores que gestionan y prestan los servicios como también los usuarios y movimientos sociales; romper con algunas de las trabas biomédicas en los currículos; repensar los núcleos básicos y roles profesionales; tomar en cuenta las peculiaridades del territorio mexicano; ampliar y mejorar la infraestructura; actualizar los esquemas de formación de los posgrados; asegurar la accesibilidad a medicamentos e insumos; y superar el trabajo fragmentado de los programas verticales en favor de un repertorio de responsabilidades comunes a todos los trabajadores.

Con este sustento, se amplían las posibilidades de garantizar el acceso y la utilización de los servicios públicos por parte de los ciudadanos, de motivar a los trabajadores y gestores para que implementen lo planeado, y de fomentar una interacción más activa con los investigadores en el proceso de la reforma. Por lo tanto, se vuelve imprescindible combatir la desconexión entre lo teórico y lo práctico, un desafío global cuya superación creciente enriquece la defensa del derecho universal y de la centralidad de la APS. Se aspira a que la reforma sea inclusiva, equitativa y sostenible, colocando el bienestar de la sociedad en el corazón del sistema de salud.

En conclusión, las reformas del sector son movimientos gubernamentales complejos que pueden provocar desarrollo social en larga escala y relevancia histórica para la democracia, como también pueden significar un riesgo y retroceso a los avances conquistados a lo largo de décadas, de acuerdo con la postura ideológica adoptada en el análisis. Un aspecto relevante es que México tiene ventana de oportunidad abierta para la generación de cambios que permitan el avance, en los próximos años, a un sistema único de salud basado y coordinado por la APS como los estudios han requerido desde hace años^{7,32}. Reafirmo que

dicha dinámica depende de crecientes inversiones del Estado y de la lucha colectiva de los trabajadores, investigadores, estudiantes, gestores, usuarios y movimientos sociales para que la salud sea, efectiva y progresivamente, un derecho de todas las personas.

Colaborador

Carletto AF (0000-0002-4984-5018)* es responsable por la preparación del manuscrito. ■

Referencias

- Organización Mundial de la Salud; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Marco de medición de la atención primaria de salud e indicadores: seguimiento de los sistemas de salud desde el punto de vista de la atención primaria [Internet]. Ginebra: OMS; 2023 [acceso en 2024 jul 9]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373544/9789240075702-spa.pdf>
- Adorno TW. O ensaio como forma [Internet]. In: Adorno TW, organizador. Notas de Literatura. São Paulo: Editora 34; 2003 [acceso em 2025 mayo 30]. p. 15-45. Disponible en: <https://marxismo21.org/wp-content/uploads/2015/02/ADORNO-Theodor-Notas-de-Literatura-I.pdf>
- Elorza ME, Moscoso NS, Lago FP. Delimitación conceptual de la atención primaria de salud. Rev Cubana de Salud Pública [Internet]. 2017 [acceso en 2024 jun 5];43(3):432-48. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2017.v43n3/432-448/>
- Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud: Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata [Internet]. URSS: Alma-Ata; 1978 [acceso en 2024 mayo 30]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/39244/9243541358.pdf?>
- Organización Mundial de la Salud. Declaración de Astaná sobre Atención Primaria de Salud: De Alma-Ata a la Cobertura Universal de Salud y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, Versión preliminar [Internet]. Argentina: Buenos Aires; 2018 [acceso en 2024 ago 5]. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>
- Dommarco JR, Cuevas RP, Morales HR et al. Salud pública y atención primaria. Base del acceso efectivo a la salud de los mexicanos [Internet]. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública; 2018 [acceso en 2024 jul 10]. Disponible en: https://www.insp.mx/resources/images/stories/2018/Docs/180919_Salud_atencion_primaria_11septiembre.pdf
- Arellano OL, Soto ECJ. La reforma neoliberal de un sistema de salud: evidencia del caso mexicano. Cad Saúde Pública. 2017;33(supl2):1-13. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00087416>
- Pêgo RA, Almeida C. Teoría y práctica de las reformas en los sistemas de salud: los casos de Brasil y México. Cad Saúde Pública. 2002;18(4):971-89. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000400006>
- Gómez MU, Pêgo RA. Las reformas a la protección social en salud en México: ¿rupturas o continuidades? Perf Latinoam. 2013;21(42):135-162. DOI: <https://doi.org/10.18504/pl2142-135-2013>
- Machado CV. Políticas de Saúde na Argentina, Brasil e México: diferentes caminhos, muitos desafios.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- Ciênc saúde coletiva. 2018;23(7):2197-2212. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-8123201823708362018>
11. Laurell AC. Three Decades of Neoliberalism in Mexico: The Destruction of Society. *Int J Health Serv.* 2015;45(2):246-64. DOI: <https://doi.org/10.1177/0020731414568507>
 12. Dantés OG, Sesma S, Becerril VM, et al. Sistema de salud de México. *Rev Salud Publica Mex* [Internet]. 2011 [acceso en 2024 jul 5];53(supl2):220-32. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/17.pdf>
 13. Presidencia de la República (MX). Decreto por el que se crea el organismo público descentralizado denominado Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR). *Diario Oficial de la Federación* [Internet], Ciudad de México, México. 2022 ago 31 [acceso en 2024 jul 22]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5663064&fecha=31/08/2022#gsc.tab=0
 14. Presidencia de la República (MX). Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud. *Diario Oficial de la Federación* [Internet], Ciudad de México, México. 2019 nov 29 [acceso en 2024 ago 22]. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs/LGS_refi16_29nov19.pdf
 15. Robledo Z. La transformación del sistema de salud mexicano. *Salud Pública Mex.* 2024;66(5):767-73. DOI: <https://doi.org/10.21149/15742>
 16. Lira-Romero JM. ¿La rectoría de la salud corresponde al IMSS-Bienestar? *Salud Pública Mex.* 2025;67(2):204-5. DOI: <https://doi.org/10.21149/16381>
 17. Dirección General del Instituto Mexicano del Seguro Social (MX). Acuerdo por el que se emite el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR). *Diario Oficial de la Federación* [Internet], Ciudad de México, México. 2022 out 10 [acceso en 2024 jul 22]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5669707&fecha=25/10/2022#gsc.tab=0
 18. Secretaría de Salud (MX). Desafíos de la Atención Primaria de Salud en México Coordinación de Análisis Estratégico y Evaluación [Internet]. [Ciudad de México]: SSA; 2021 [acceso en 2024 jun 25]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/651873/Informe_Desaf_os_APS_ENERO_2021_final.pdf
 19. Lagunas MAT. La Atención Primaria de Salud de Alma-Ata a Astaná, hacia la Cobertura Universal. *Enferm Univ.* 2018;15(4):329-31. DOI: <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2018.4.547>
 20. Presidencia de la República (MX). Acuerdo Nacional para la Federalización del Sistema de salud para el Bienestar. *Diario Oficial de la Federación* [Internet], Ciudad de México, México. 2023 out 13 [acceso en 2024 jun 25]. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5705060&fecha=13/10/2023#gsc.tab=0
 21. Guerrero FML, Espinosa MAE. The Commodification of Health Services: an Alternative for the Marginalized Population of Mexico City. *Ciênc saúde coletiva.* 2023;28(4):1151-62. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023284.14012022>
 22. Arredondo SB, Flores AV, Aguilar LAM, et al. Utilización de servicios de salud en México: cascada de atención primaria en 2022. *Salud Pública Mex.* 2023;65(1):15-22. DOI: <https://doi.org/10.21149/10570>
 23. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (MX). Evaluación Estratégica de Salud [Internet]. Primer Informe: Ciudad de México: CONEVAL; 2022 [acceso en 2024 jul 26]. Disponible en: <https://www.coneval.org.mx/medicion/paginas/pobrezainicio.aspx>
 24. Secretaría de Salud (MX). Atención Primaria de Salud Integral e Integrada: la propuesta metodológica y operativa [Internet]. Ciudad de México: SSA; 2019 [acceso en 2024 jul 24]. Disponible en: http://sidss.salud.gob.mx/site2/docs/Distritos_de_Salud_VF.pdf

25. Secretaría de Salud (MX). Guía de Estudio: Introducción a la Atención Primaria de Salud (APS) [Internet]. Ciudad de México: SSA; 2023 [acceso en 2024 jul 20]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/828977/Gu_a_de_Estudio_APS.pdf
26. Manning ML, Ridaura RL. La importancia del Servicio Nacional de Salud Pública en la reestructuración del sistema público de salud. *Salud Pública Mex.* 2024;66(5):661-9. DOI: <https://doi.org/10.21149/15877>
27. Rabanal JEA, Rodríguez JFM, Portillo SPD, et al. El sistema de salud de México: análisis de sus logros y desafíos en el periodo 2015-2022. *Salud Pública Mex.* 2024;66(5):677-88. DOI: <https://doi.org/10.21149/16214>
28. Secretaría de Salud (MX). Atención Primaria de Salud en los Planes de Estudios de las Ciencias de la Salud [Internet]. Ciudad de México: SSA; 2023 [acceso en 2024 jul 20]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/828976/Propuesta_de_Incorporaci_n_de_APS_en_Curr_cula.pdf
29. Albarrán JMEC. Formación de personal médico de pregrado en atención primaria. El caso de la Universidad de la Salud. *Salud Pública Mex.* 2024;66(5):753-8. DOI: <https://doi.org/10.21149/15712>
30. Prado BH, Amaya MN, Ponce EL. Formación de profesionales en salud pública para fortalecer el sistema de salud: la ESPM. *Salud Pública Mex.* 2024;66(5):759-66. DOI: <https://doi.org/10.21149/15711>
31. Morales HR, Peña MCG, Ponce EL. La atención primaria como eje del sistema nacional de salud. *Salud Pública Mex.* 2024;66(5):631-6. DOI: <https://doi.org/10.21149/15744>
32. Krasniak LC, Catapan SC, Medeiros GAR et al. Análise do Seguro Popular de Saúde mexicano: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde de debate.* 2019;43(esp5):273-85. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S522>

Recibido en 17/10/2024

Aprobado en 19/06/2025

Conflicto de intereses: inexistente

Disponibilidad de datos: los datos de investigación se incluyen en el propio manuscrito

Apoyo financiero: la estancia académica en el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) fue posible gracias a la tutoría extranjera de la Dra. Hortensia Reyes y al financiamiento de la Coordinación de la Formación del Personal de Nivel Superior (Capes) de Brasil, con el código de financiamiento 001, proceso 88887.936626/2024-00 del Programa Institucional de Internacionalización (PrInt)

Editor responsable: Raquel Abrantes Pêgo

Publicação acadêmica: entre a ciência e o mercado

Scholarly publishing: Between science and the market

Kenneth Rochel de Camargo¹, Claudia Travassos^{2,3}

DOI: 10.1590/2358-2898202514610284P

RESUMO O mercado de publicação acadêmica se tornou uma questão significativa na comunidade científica, com a expansão insidiosa de uma lógica de competição intensa levando os artigos a se tornarem uma forma de moeda para acumulação de capital cultural, simbólico e até mesmo concreto. O imperativo de ‘publicar ou perecer’ está cada vez mais exigente, e simplesmente publicar não é mais suficiente; é necessário publicar em grandes volumes. Essa lógica de competição cruza com a economia capitalista, levando a um mercado lucrativo para publicação científica. A estruturação de incentivos que privilegiam a competição, a quantidade e os critérios discutíveis de ‘qualidade’ levou inexoravelmente à produção de graves distorções que ameaçam a própria ciência como modo de produção de conhecimento. É necessário atuar sobre os incentivos que levaram a essa situação, moderando ou removendo seus efeitos.

PALAVRAS-CHAVE Comunicação acadêmica. Economia. Desinformação.

ABSTRACT *The academic publishing market has become a significant issue in the scientific community, with the insidious expansion of a logic of intense competition leading to articles becoming a form of currency for cultural, symbolic, and even concrete capital accumulation. The imperative to ‘publish or perish’ is increasingly demanding, and simply publishing is no longer enough; it is necessary to publish in large volumes. This competition logic intersects with the capitalist economy, leading to a lucrative market for scientific publishing. The structuring of incentives that prioritize competition, quantity, and questionable criteria of ‘quality’ has inexorably led to the production of serious distortions that threaten science itself as a mode of knowledge production. It is necessary to act on the incentives that have led to this situation, moderating or removing their effects.*

KEYWORDS *Scholarly communication. Economics. Disinformation.*

¹Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Instituto de Medicina Social (IMS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
kencamargo@gmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro, Brasil.

³Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



O mercado da publicação científica

A publicação científica é integral e essencial à própria ciência; a publicação de textos acadêmicos em livros é mais antiga do que a própria ciência moderna, e as revistas científicas surgem quase ao mesmo tempo que ela, há quase quatro séculos. Meio privilegiado para o diálogo e registro da miríade de contribuições que possibilitam a construção do conhecimento nos marcos da ciência, foi sendo, contudo, progressivamente capturado por lógicas e interesses estranhos aos da comunidade acadêmica.

A insidiosa expansão de uma lógica de competição acirrada, o equivalente para a comunidade científica da expressão machadiana ‘ao vencedor, as batatas’, faz com que artigos se tornem moeda de troca para a acumulação de capital cultural, simbólico e até mesmo concreto. Aos poucos, o imperativo de ‘publicar ou perecer’ tornou-se cada vez mais exigente. Apenas publicar já não basta, é preciso publicar em grande volume – e isso já engendra novas formas de competição, pois não é qualquer publicação que conta, mas apenas a que se faz em periódicos ‘qualificados’.

Tal lógica de competição exige a produção de cada vez mais publicações como forma de acumulação de capital cultural e simbólico que permeia todos os aspectos da vida acadêmica, desempenhando papel determinante nos processos de contratação de professores e pesquisadores, de promoção destes e de concessão de recursos para a pesquisa por agências de financiamento. Nesse contexto, a lógica da competição em um mercado quase simbólico se articula com os ditames do capitalismo no sentido mais amplo, tornando-se mais uma via de acumulação de capital.

O mercado da editoração científica apresenta uma série de peculiaridades que o tornam particularmente propício à extração de mais-valia do trabalho intelectual de pesquisadores. Em primeiro lugar, o insumo básico dessa indústria, o artigo científico, é fornecido

graciosamente às revistas, e o trabalho igualmente importante de controle da qualidade da publicação, feito por pareceristas anônimos, parte do mesmo grupo social dos autores, é também gratuito para as editoras. Mais ainda, autores não podem simplesmente distribuir seus artigos por diversas revistas simultaneamente: uma vez submetido a uma revista, está vinculado a ela a não ser que ocorra uma rejeição. Uma vez publicado, não há alternativa de acesso excetuando-se a revista que o contém.

Um artigo importante publicado em uma dada revista só pode ser acessado a partir dela, e por nenhuma outra. Adicionalmente, na maior parte das vezes, a publicação é condicionada à cessão dos direitos (*copyright*) sobre os artigos às revistas, o que retira dos autores o controle sobre sua própria produção. Essas características possibilitam às grandes editoras – e são poucas em um mercado altamente concentrado, visto que grande parte das revistas mais relevantes está nas mãos de cinco ou seis grandes conglomerados editoriais – uma margem de lucro consideravelmente maior que qualquer outro setor econômico, mesmo os mais rentáveis, como a mineração, a alta tecnologia ou o setor bancário¹. Em 2020, por exemplo, dois dos maiores conglomerados editoriais, Elsevier e Wiley, tiveram lucros de 37,9% e 27,9%, respectivamente, maiores que os obtidos por gigantes tecnológicos, como Apple, Google e Amazon².

Até a popularização da internet, as principais fontes de recursos financeiros para a indústria de publicação científica eram as assinaturas e a publicação de anúncios, embora esta última não estivesse presente em todo tipo de publicação. O custo da assinatura de revistas teve, ao longo do tempo, elevações, em muito, superiores a quaisquer índices inflacionários, capitaneados por publicações de algumas áreas do conhecimento, como medicina e química. O controle das editoras sobre o conteúdo das revistas não dava outra opção a pesquisadores e, sobretudo, a instituições ou uma alternativa senão a de aceitar o preço das assinaturas, agravado, no caso de instituições, pela prática

conhecida por *bundling*, isto é, forçar a assinatura de grupos de revistas, mesmo que apenas parte delas fosse, de fato, desejada¹.

Aqui entra em cena um ator que ganhou progressiva relevância ao longo das últimas décadas e se tornou mais uma peça do jogo da acumulação de capital. Em meados da década de 1950, Eugene Garfield, então bibliotecário da Johns Hopkins University, propôs um indicador de citações, o Journal Impact Factor, mais simplesmente fator de impacto, como um indicador de qualidade da publicação científica, tanto para artigos individuais como para revistas científicas. Em pouco tempo, criou um empreendimento lucrativo baseado na elaboração desse indicador, posteriormente revendido para outras empresas e atualmente parte do acervo da Clarivate.

O fator de impacto passou a ser adotado largamente como indicador de qualidade da ciência apesar de numerosas – e fundamentadas – críticas. A partir dele, surgiu uma verdadeira indústria de produção de indicadores de citação, os quais se tornaram um referencial primordial para a lógica de competição e, no caso de revistas, possibilitaram a transformação da editoração científica em um típico mercado de competição por diferenciação de produto, em que a disputa por consumidores não se dá por preços mais baixos, mas por características atribuídas ao produto. A existência de um virtual oligopólio e de barreiras consideráveis à entrada de novos competidores completa esse quadro e ajuda a entender como as editoras lograram tamanhas majoração de preços nas assinaturas.

Na outra ponta, agências financiadoras, instituições de pesquisa e universidades passaram a adotar esses indicadores em seus processos de avaliação, admissão e promoção de carreiras, reforçando a concepção errônea de seu valor intrínseco, ainda que, uma vez mais, com expressões de resistência, como a Declaração de São Francisco sobre a Avaliação da Pesquisa, conhecida pelo acrônimo em inglês DORA, de 2013, que criticou de forma contundente a verdadeira ditadura desses indicadores. Como

resultado desse processo, o controle privado da comunicação científica se tornou ainda mais abrangente, uma vez que revistas, bases bibliográficas e a produção de tais indicadores estão, em larga medida, sob controle exclusivo de empresas comerciais privadas^{3,4}.

Desenvolvimentos tecnológicos na área de tecnologia de informação trouxeram um crescimento robusto de bases bibliográficas, como a pioneira Medline, que passaram a ser distribuídas em meio digital, a princípio fisicamente, e posteriormente pela internet. Progressivamente, o acervo das revistas foi sendo colocado on-line, com acesso ainda condicionado à assinatura. A entrada em cena da internet como mecanismo de comunicação em larga escala provocou forte reação das editoras, que temiam perder o controle da distribuição dos artigos publicados em suas revistas. A crítica por parte da comunidade científica ao modelo tradicional era o fechamento do acesso ao conhecimento produzido, com o agravante que, nos casos em que uma publicação encerra suas atividades e não tem seu acervo em qualquer repositório, por causa da cessão dos direitos sobre os artigos, estes se tornam legalmente inacessíveis de forma ainda mais dura.

Como resposta às restrições de acesso à produção científica, no início dos anos 2000, surgiu a proposta da publicação em acesso aberto (*open access*), capitaneada pela Public Library of Science (PloS), que iniciou sua primeira publicação em 2003, e progressivamente acrescentou outras, tornando-se um portal de acesso aberto a várias revistas sob sua égide. No modelo de acesso aberto, artigos publicados estão disponíveis sem qualquer custo para eventuais leitores, o que levou a indústria da publicação, em um primeiro momento, a reagir contra o novo modelo. Como ocorreu com outros setores voltados para a distribuição de conteúdo, como as indústrias fonográfica ou cinematográfica, os atores tradicionais do campo absorveram essa nova modalidade e a incorporaram ao seu portfólio comercial; atualmente, as principais editoras do mercado

de publicação científica têm seus próprios portais de acesso aberto, desenvolvidos por elas mesmas ou adquiridos de terceiros. Ao mesmo tempo, foi criada a possibilidade de acesso temporário a artigos individuais em revistas de acesso restrito, com valores de US\$ 35 a US\$ 45 por apenas 48 horas de acesso.

A nova modalidade de publicação deixou em aberto a questão do financiamento de suas operações. Uma vez que assinaturas não têm sentido nessa modalidade, e a transformação das revistas impressas em papel para a modalidade eletrônica esvaziou a possibilidade de explorar anúncios, o modo mais usual de cobrir os custos do acesso aberto passou a ser a cobrança de encargos para o processamento de artigos (Article Processing Charges – APC). Assim, mais uma vez a lógica de extração máxima de lucros impera; os APC de revistas consideradas mais prestigiosas são bastante elevados, podendo chegar a US\$ 5 mil ou mais (lembrando aqui o papel dos indicadores bibliográficos como suporte para a lógica do ‘prestígio acadêmico’). Já as revistas tradicionais de acesso fechado passaram a oferecer a autores a opção de tornar seus artigos em acesso aberto, também mediante a cobrança de APC elevados⁵.

Pesquisadores brasileiros, pressionados pelas agências de fomento à pesquisa e por programas de pós-graduação, buscam a publicação em periódicos no exterior, incorrendo no dilema de ter o acesso à sua produção condicionado ao pagamento de eventuais leitores às editoras comerciais, ou de arcarem com o elevado custo dos APC das revistas de acesso aberto. O acesso desses mesmos pesquisadores a bases de dados ou periódicos de acesso restrito, por outro lado, depende do portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). Em ambas as situações, o custo final é coberto por cofres públicos, de onde provém a quase totalidade de recursos para a pesquisa no País.

A combinação de uma multidão de pesquisadores constantemente pressionados a publicar cada vez mais com um conjunto de

empresas que incrementa seus lucros quanto mais artigos publicam cria um mecanismo de retroalimentação positiva que, por um lado, atende a interesses de acumulação de capital estranhos ao que deveria ser o *ethos* da ciência e, por outro, estimula práticas antiéticas que comprometem o próprio desenvolvimento da ciência, como veremos a seguir.

Distorções inevitáveis

A estruturação de incentivos que privilegiam a competição, a quantidade e os critérios discutíveis de ‘qualidade’ levou inexoravelmente à produção de graves distorções que ameaçam a própria ciência como modo de produção de conhecimento. Por um lado, proliferam estratégias aéticas de multiplicação de artigos, como o fatiamento de uma pesquisa em vários artigos (‘publicação salame’); a concessão de autoria a pessoas que não tiveram participação efetiva na elaboração dos artigos (eufemisticamente chamada de ‘autoria honorária’); formas variadas de plágio, incluindo o autoplágio, isto é, a reciclagem de textos já publicados pelo próprio autor (ou autores); e, finalmente, até mesmo a fabricação ou falsificação de resultados de pesquisa⁶. Por outro, o arranjo do mercado editorial ensejou o surgimento e a multiplicação das chamadas editoras predatórias (*predatory publishers*), que têm um modelo de negócios centrado na cobrança dos APC que, uma vez pagos, garantem a publicação sem maior controle do conteúdo, o que amplifica os problemas anteriormente mencionados.

Compondo ainda mais o problema, repositórios de artigos ainda não submetidos à publicação (*preprints*) têm crescido em volume, constituindo uma massa de artigos sem o controle da revisão por pares e apenas critérios mínimos para a sua entrada nos diferentes portais. Originalmente criados no início dos anos 1990 por físicos (o ArXiv), seguiam uma lógica de circulação de artigos pela comunidade, que os criticaria e contribuiria para seu aperfeiçoamento, para só então

serem submetidos à publicação definitiva. Seu crescimento desordenado, contudo, tornou-se mais uma contribuição para a cacofonia na comunicação científica.

A explosão exponencial da produção de artigos, não necessariamente amparada por uma expansão do conhecimento, ao menos na mesma proporção, tensiona os mecanismos usuais de controle de qualidade da publicação – isso quando estes, de fato, existem, o que não é o caso das editoras predatórias. Isso se traduz na publicação de artigos com erros ou distorções importantes, que são particularmente graves quando envolvem questões ligadas à saúde de modo geral. Um exemplo particularmente egrégio foi a publicação, em 1998, pela revista ‘The Lancet’, uma das mais antigas e prestigiosas revistas médicas do mundo, de um artigo que supostamente apontaria uma relação entre a vacina tríplice viral e o desenvolvimento de autismo, com base em um conjunto de apenas 12 indivíduos. Posteriormente descobriu-se que o estudo não apenas tinha grandes erros metodológicos como também graves violações éticas e um conflito de interesses não revelado pelo seu autor principal, Andrew Wakefield, que pretendia patentear versões próprias das vacinas e que havia recebido uma grande soma de um escritório de advocacia que pretendia entrar com uma ação na justiça contra os fabricantes da vacina. Os demais coautores do artigo solicitaram a retirada de seus nomes, e mesmo com a revelação de todos esses problemas, a retirada (*retraction*) do artigo pela revista só se deu 12 anos depois, em 2010. Wakefield foi proibido de exercer a medicina no Reino Unido em função das inúmeras violações éticas que cometeu, mas o estrago já havia sido feito: a publicação desse fatídico artigo tornou-se o estopim para a ressurgência de um movimento antivacina que continua causando danos à saúde pública até hoje⁷.

Mais recentemente, em 2020, um artigo também marcado por severos problemas metodológicos foi publicado por Didier Raoult na revista da instituição da qual era diretor

(indicando prováveis pressões indevidas sobre a editoria do periódico), que supostamente demonstraria efeitos benéficos do uso da hidroxiquina como opção terapêutica para a covid-19. Como no caso anterior, após múltiplas críticas, o artigo foi retirado em 2024, e Raoult também foi submetido a processo disciplinar, sendo removido da direção da instituição. No entanto, também como no caso anterior, os danos já haviam sido feitos e persistem até o momento, com a insistência na utilização de um medicamento sem indicações até mesmo por parte da categoria médica, que abraçou de forma embaraçosa o negacionismo^{8,9}.

Outro exemplo mais próximo de nós foi a publicação de um artigo em uma revista de acesso aberto, em fins de 2024, por autores brasileiros, que supostamente indicaria uma maior mortalidade por covid-19 em médio prazo entre pessoas vacinadas. Várias instituições de pesquisa e o próprio Ministério da Saúde contestaram de forma consistente tal artigo, mostrado inúmeros erros metodológicos, desde a seleção da fonte de dados ao tratamento estatístico deles¹⁰. Como no exemplo anterior, isso não impediu que grupos negacionistas se afeitassem ao suposto estudo para questionar a segurança das vacinas contra o Sars-CoV-2, já amplamente demonstrada. Como esse é um exemplo recente, os desdobramentos de sua publicação ainda estão em andamento. O periódico sinalizou a natureza problemática do artigo com uma ‘*expression of concern*’¹¹, informando que sua equipe de integridade na pesquisa está realizando investigação sobre o artigo. Caso a investigação tenha resultado desfavorável, outra retirada irá acontecer.

A proliferação de artigos de má qualidade compromete o próprio desenvolvimento da ciência; ainda que sem os erros grotescos ou até mesmo fraudes dos exemplos anteriores, encontrar as verdadeiras contribuições para o avanço do conhecimento torna-se cada vez mais difícil, como na metáfora da agulha no palheiro.

O esforço de organizações como a Retraction Watch, que analisa artigos já publicados e denuncia fraudes que acabam levando à sua retirada, ainda que louvável, infelizmente, é insuficiente para deter a enxurrada de novos artigos publicados a cada instante. Isso também pode se dizer dos esforços de editores de revistas e suas associações, como o International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) ou o Committee on Publication Ethics (COPE), que estabelecem parâmetros para definir o que constitui autoria de um artigo ou o que configura ou não plágio, bem como estabelecer como lidar com violações desses princípios. Mais uma vez, diante do elevado volume de artigos e dos interesses que atravessam a publicação científica, essas instituições têm se mostrado insuficientes para, de fato, impedir ou ao menos controlar a deterioração desse componente fundamental da produção de conhecimento na ciência.

Em busca de soluções

A constatação da insuficiência da atuação de organizações como as anteriormente citadas não diminui de forma alguma sua relevância, ao contrário. Pode-se, por exemplo, pensar em formas de reforçar seu funcionamento, com a criação e financiamento pelas agências de pesquisa de órgãos semelhantes encarregados de zelar pela integridade das publicações. Todavia, tais ações são voltadas para os resultados de processos que continuam intocados, independentemente dos seus esforços.

É necessário atuar sobre os incentivos que levaram a essa situação, moderando ou removendo seus efeitos. Por um lado, dado o papel indutivo de processos avaliativos, agências financiadoras, instituições de pesquisa e

universidades deveriam repensar seus processos de avaliação, retirando a ênfase na competição e na quantidade, e encarar o desafio de avaliar, de fato, a qualidade de projetos, pesquisadores e professores. Sem a pressão desmesurada do *publish or perish*, é possível que o volume de publicações regrida a uma dimensão manejável pela comunidade científica.

Por outro lado, é necessária uma intervenção na dinâmica comercial da publicação científica. O estabelecimento de linhas públicas de financiamento para publicações que dispensem a cobrança de assinaturas ou APC, por exemplo, poderia servir como regulador do mercado de publicações, contendo a exploração de mais-valia à custa do trabalho de pesquisadores. A criação de editais para prover recursos à publicação científica por agências estaduais de financiamento à pesquisa e o próprio Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), assim como a existência do portal SciELO, são passos importantes nesse sentido, mas com financiamento ainda insuficiente para fazer frente às necessidades de suporte para a manutenção plena do parque nacional de periódicos científicos.

Em última análise, é necessária uma atuação política da própria comunidade científica, um coparticipante na criação e manutenção desse quadro desastroso, na reversão dessa situação, para benefício da própria ciência.

Colaboradores

Rochel de Camargo K (0000-0003-3606-5853)* e Travassos C (0000-0002-4789-8511)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Camargo Jr. KR. Big publishing and the economics of competition. *Am J Public Health*. 2014;104(1):8-10. DOI: <https://doi.org/10.2105/ajph.2013.301719>
2. Mayoni S. Scientific publishers are reaping huge profits from the work of researchers, and the universities are paying for it. *University Post* [Internet]. 2022 dez 12 [acesso em 2025 abr 17]; *Politics*. Disponível em: <https://uniavisen.dk/en/scientific-publishers-are-reaping-huge-profits-from-the-work-of-researchers-and-the-universities-are-paying-for-it/>
3. Camargo Jr. KR. Public health and the knowledge industry. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(6):1078-283. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009005000076>
4. Camargo Jr. KR. O rei está nú, mas segue impávido: os abusos da bibliometria na avaliação da ciência. *Sau & Transf Soc*. 2010;1(1):3-8.
5. Phillips KA. Open Access Publication at a Crossroads—Implications for Researchers and Beyond. In: *JAMA Health Forum*. Vol 5. American Medical Association; 2024:e242914-e242914.
6. Labbé C, Joelsing F, Cabanac G. Fake papers are contaminating the world's scientific literature, fueling a corrupt industry and slowing legitimate lifesaving medical research. *The Conversation* [Internet]. 2025 jan 29 [acesso em 2025 fev 24]. Disponível em: <http://theconversation.com/fake-papers-are-contaminating-the-worlds-scientific-literature-fueling-a-corrupt-industry-and-slowing-legitimate-lifesaving-medical-research-246224>
7. Godlee F, Smith J, Marcovitch H. Wakefield's article linking MMR vaccine and autism was fraudulent. *BMJ*. 2011;342:c7452. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.c7452>
8. Rochel de Camargo K. Disputed expertise and chaotic disinformation: COVID-19 and denialist physicians in Brazil. *Transcult Psychiatry*. 2024;61(5):714-23. DOI: <https://doi.org/10.1177/13634615231213835>
9. O'Grady C. Infamous paper that popularized unproven COVID-19 treatment finally retracted. *Science* [Internet]. 2024 dez 17 [acesso em 2025 fev 24]. Disponível em: <https://www.science.org/content/article/infamous-paper-popularized-unproven-covid-19-treatment-finally-retracted>
10. Ministério da Saúde (BR). Ministério da Saúde contesta artigo científico com análise inadequada de dados sobre a covid-19. *Gov.br* [Internet]. 2025 jan 9 [acesso em 2025 fev 24]; *Notícias*. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/janeiro/ministerio-da-saude-contesta-artigo-cientifico-com-analise-inadequada-de-dados-sobre-a-covid-19>
11. Frontiers Editorial Office. Expression of concern: Evaluation of post-COVID mortality risk in cases classified as severe acute respiratory syndrome in Brazil: a longitudinal study for medium and long term. *Front Med (Lausanne)*. 2025;12:1561115. DOI: <https://doi.org/10.3389/fmed.2025.1561115>

Recebido em 26/02/2025

Aprovado em 16/05/2025

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Maria Lucia Frizon Rizzotto

Publicação científica e ineditismo frente à política de repositórios institucionais

Scientific publication and originality in the face of institutional repository policy

Fórum de Editores da Saúde Coletiva¹

DOI: 10.1590/2358-2898202514610843P

O FÓRUM DE EDITORES DA SAÚDE COLETIVA DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (Abrasco), composto por 22 revistas, incluindo a ‘Saúde em Debate’, emitiu um documento de consenso intitulado ‘Publicação científica e ineditismo frente à política de repositórios institucionais’, o qual subscrevemos e transcrevemos a seguir.

“O exercício de boas práticas editoriais impõe às editorias científicas a responsabilidade ética de publicar textos inéditos, assegurando a originalidade e a integridade acadêmica. O ineditismo refere-se à condição de um trabalho ainda não divulgado e tem promovido a adoção de critérios para coibir a publicação redundante, prática que compromete a credibilidade da ciência.

No entanto, a forma como as equipes editoriais aplicam o critério de ineditismo tem levado à recusa de artigos derivados de teses e dissertações disponíveis em repositórios institucionais, caracterizando-os como autoplágio. Esse tem sido um problema discutido em programas e em fóruns de coordenadores de pós-graduação, sem um questionamento acerca do critério de similaridade adotado pelos periódicos. As repercussões concretas dessa postura demandam urgente reflexão e posicionamento.

Os repositórios foram criados para disponibilizar para a própria instituição e para toda a sociedade a produção intelectual de um determinado órgão. Servem para registrar, preservar e disseminar de forma ampla e em Acesso Aberto essa produção materializada em tipologias documentais variadas. Acrescentar barreiras ao conteúdo integral de teses e dissertações é interferir de forma incoerente e retrógrada em políticas de informação e de memória institucional para a difusão do conhecimento científico; é distanciar-se dos princípios e das ações concretas que defendem que o conhecimento é um bem público, que deve estar disponível para a sociedade.

Logo, é do entendimento da Abrasco, através do Fórum de Editores de Saúde Coletiva, que rejeitar artigos com base em similaridade textual com teses e dissertações disponibilizadas em repositórios institucionais enfraquece a política de Acesso Aberto, além de retardar a divulgação de pesquisas, em grande parte financiadas com recursos públicos, que poderiam contribuir para o enfrentamento de problemas sociais, econômicos e culturais — especialmente em países periféricos.

Frente ao significado social que as políticas de informação e de Acesso Aberto que os repositórios institucionais instrumentalizam, cabe indagar: o que estudantes, professores, pesquisadores, profissionais de informação, gestores e a sociedade, em geral, ganhariam com isso?

¹ Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Fórum de Editores da Saúde Coletiva – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
abrasco@abrasco.org.br



A rejeição de artigos derivados de teses e dissertações disponíveis em repositórios contrasta com a dinâmica atual da comunicação científica que estimula a disponibilização dos manuscritos como *preprints* (versões prévias de artigos divulgadas antes da avaliação por pares) e com a estruturação de teses e dissertações sob a forma de artigos.

Essa postura restritiva impulsiona a busca por periódicos de fluxo acelerado, que não realizam a avaliação da qualidade dos textos por especialistas (pares) — muitos deles predatórios —, e com altos custos financeiros para os autores e instituições. Além disso, a prática de embargar teses e dissertações até a publicação de artigos desconsidera a natureza distinta e as formas de circulação dessas tipologias documentais: um artigo não inviabiliza a circulação de uma dissertação, e vice-versa, nem diminui a sua relevância. Nesse sentido, corrobora-se a convivência da diversidade de documentos e formas de representação descritiva e temática do conhecimento científico.

O nosso compromisso como editores científicos com a transparência e com o acesso público e irrestrito ao conhecimento implicado no depósito de teses e dissertações em repositórios institucionais deve nos levar a compor outras medidas. Os periódicos podem e devem:

- incentivar os autores a declararem as teses e dissertações que deram origem ao artigo,

assegurando transparência e facilitando o acesso ao contexto integral da pesquisa;

- adotar critérios de ineditismo reconhecendo que a disponibilidade integral de teses e dissertações em repositórios não anula o valor acadêmico de um artigo derivado;
- e alinhar-se às práticas de ciência aberta e acesso aberto, rejeitando medidas que enfraqueçam os repositórios ou favoreçam modelos excludentes de publicação, como os periódicos predatórios.

Diante desses argumentos, a Abrasco, através do Fórum de Editores de Saúde Coletiva, posiciona-se contrariamente às práticas editoriais que acarretam barreiras ao depósito de produções acadêmicas em repositórios institucionais, pois elas comprometem a democratização do conhecimento, incentivam periódicos predatórios e contradizem os princípios da ciência aberta. Defendemos que a disseminação livre de teses e de dissertações — longe de ser um obstáculo — é parte essencial das melhores práticas de pesquisa, ensino e impacto social da ciência, bases que fundamentam a comunicação científica.

Por fim, os periódicos associados ao Fórum de Editores de Saúde Coletiva da Abrasco, em consonância com as recomendações apresentadas, comprometem-se a incorporá-las em suas políticas e práticas editoriais¹. ■

Referência

1. Fórum de Editores de Saúde Coletiva da Abrasco. Publicação científica e ineditismo frente à política de repositórios institucionais. Abrasco [Internet]. 2025 jun 30 [acesso em 2025 jul 28]; Posicionamentos. Disponível em: <https://abrasco.org.br/posicionamento-publicacao-cientifica-e-ineditismo-frente-a-politica-de-repositorios-institucionais/>

Recebido em 09/07/2025

Aprovado em 26/07/2025

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Maria Lucia Frizon Rizzotto

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. 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. 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):

- a) para concepção ou desenho do trabalho;
- b) para coleta, análise e interpretação dos dados;
- c) para redação do artigo ou em sua revisão crítica;
- d) 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. 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.

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). 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. 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

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. These integrity and ethical standards recommendations in conducting and reporting research are available at 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. 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.

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. 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. 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, 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

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. 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. 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. 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.

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, 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

EDITORA EXECUTIVA | EXECUTIVE EDITOR

Mariana Chastinet – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9207943886703570> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2652-3435> – e-mail: revista@saudeemdebate.org.br

EDITORAS ASSISTENTES | ASSISTANT EDITORS

Carina Munhoz – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1758817428057120> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1615-9177> – e-mail: carina.revisao@cebes.org.br
 Luiza Nunes – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9703261480379007> – <https://orcid.org/0009-0004-3644-644X> – e-mail: luizapnunes@gmail.com

DIAGRAMAÇÃO E EDITORAÇÃO ELETRÔNICA | LAYOUT AND DESKTOP PUBLISHING

Rita Loureiro. <http://www.apoioacultura.com.br> – ritalloureiro@gmail.com

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 (inglês/english)
 Carina Munhoz (normalização/normalization)
 Carla de Paula (português/portuguese)
 Cristina Antunes (português e inglês/portuguese and english)
 Jorgelina Rivera (espanhol/spanish)
 Lígia Girão (inglês/english)
 Luiza Nunes (normalização/normalization)
 Marília Daniele Soares Vieira (português/portuguese)
 Paula Santos Diniz (inglês/english)
 Wanderson Ferreira da Silva (normalização, português e inglês/normalization, portuguese and english)
 Todd Irwin Marshall (inglês/english)

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)
 Miguiiin – Diretório das revistas científicas eletrônicas brasileiras
 Periódica – Índice de Revistas Latinoamericanas en Ciencias
 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 2025-2026)**

NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2025-2026)

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
 André Luiz da Silva Lima e Mello
 Alcides Silva de Miranda
 Claudia Maria de Rezende Travassos
 Itamar Lages

CONSELHO FISCAL | FISCAL COUNCIL

Iris da Conceição
 José Leonídio Madureira de Sousa Santos (presidente)
 Maria Lúcia Freitas Santos
 Suplentes | Substitutes
 Ana Taisa da Silva Falcão
 Camila Ramos Reis
 Maura Vanessa Silva Sobreira

CONSELHO CONSULTIVO | ADVISORY COUNCIL

Amanda Cavalcante Frota
 Carla Daniele Straub
 Carlos Octávio Ocké Reis
 Dalia Elena Romero Montilla
 Danilo Aquino Amorim
 Dimitri Taurino Guedes
 Heleno Rodrigues Corrêa Filho
 Jamilli Silva Santos
 José Carvalho de Noronha
 Lizaldo Andrade Maia
 Luisa Regina Pessoa
 Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos
 Maria Edna Bezerra da Silva
 Ronaldo Teodoro dos Santos
 Ronaldo De Souza Costa

SECRETÁRIA EXECUTIVA | EXECUTIVE SECRETARY

Giovanna Bueno Cinacchi

GESTORA FINANCEIRA | FINANCIAL MANAGER

Cristina Santos

EQUIPE DE COMUNICAÇÃO | COMMUNICATION TEAM

Clara Fagundes
 Francisco Barbosa
 Fernanda Regina da Cunha

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Avenida Brasil, 4036 – sala 802 – Mangueiras
 21040-361 – Rio de Janeiro – RJ – Brasil
 Tel.: (21) 3882-9140 | (21) 97198-8249

Site: www.cebes.org.br • www.saudeemdebate.org.br
 E-mail: cebes@cebes.org.br • 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, 2025.

v. 49. n. 146; 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

www.saudeemdebate.org.br