



saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 46, NÚMERO 132
RIO DE JANEIRO, JAN-MAR 2022
ISSN 0103-1104

SAÚDE EM DEBATE

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

EDITORA-CHEFE | EDITOR-IN-CHIEF

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

EDITORES ASSOCIADOS | ASSOCIATE EDITORS

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

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

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

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

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

CONSELHO EDITORIAL | PUBLISHING COUNCIL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

EDITORA EXECUTIVA | EXECUTIVE EDITOR

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

EDITORA ASSISTENTE | ASSISTANT EDITOR

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

DIAGRAMAÇÃO E EDITORAÇÃO ELETRÔNICA | LAYOUT AND DESKTOP PUBLISHING

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

DESIGN DE CAPA | COVER DESIGN

Alex I. Peirano Chacon

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

Ana Karina Fuginelli (inglês/english)

Ana Luísa Moreira Nicolino (inglês/english)

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

Carina Munhoz (normalização/normalization)

Carla de Paula (português/portuguese)

Gustavo Antonio Mendelsohn de Carvalho (português/portuguese)

LD Translations Eireli - Ermínio Lopes (inglês/english)

Jean Pierre Barakat (inglês/english)

Lenise Saraiva de Vasconcelos Costa (português e inglês/portuguese and english)

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

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

INDEXAÇÃO | INDEXATION

Directory of Open Access Journals (Doaj)

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

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

Periódica - Índice de Revistas Latinoamericanas en Ciencias

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

Scientific Electronic Library Online (SciELO)

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

Sumários de Revistas Brasileiras (Sumários)

saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 46, NÚMERO 132
RIO DE JANEIRO, JAN-MAR 2022

ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

ISSN 0103-1104

EDITORIAL | EDITORIAL

5 **Reafirmar o direito à saúde, defender o SUS e construir justiça social: Tese do Cebes 2021-2022**

Reaffirming the right to health, defending the SUS, and building social justice: Cebes Thesis 2021-2022

Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato, Maria Lucia Frizon Rizzotto, Ana Maria Costa

ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

13 **O papel dos produtores públicos de medicamentos e ações estratégicas na pandemia da Covid-19**

The role of public producers of medicines and strategic actions in the Covid-19 pandemic

Daniela Rangel Affonso Fernandes, Carlos Augusto Grabois Gadelha, Jose Manuel Santos de Varge Maldonado

30 **Avaliação da qualidade da informação de sites sobre Covid-19: uma alternativa de combate às fake news**

Assessment of the quality of information on Covid-19 websites: an alternative for combating fake news

André Pereira Neto, Eduardo de Castro Ferreira, Raquel Luciana Angela Marques Tauro Domingos, Leticia Barbosa, Bruna Luiza de Amorim Vilharba, Francine de Sales Dorneles, Vania Silva dos Reis, Zilda Alves de Souza, Samara Vilas-Bôas Graeff

47 **Mulheres profissionais da saúde e as repercussões da pandemia da Covid-19: é mais difícil para elas?**

Female health care professionals and repercussions of the Covid-19 pandemics: is it harder for them?

Julia Vieira, Isabela Anido, Karina Calife

63 **Mortalidade por violência contra mulheres antes e durante a pandemia de Covid-19. Ceará, 2014 a 2020**

Mortality from violence against women before and during the Covid-19 pandemic. Ceará, 2014 to 2020

Elisângela Rodrigues Chagas, Fernando Virgílio Albuquerque de Oliveira, Raimunda Hermelinda Maia Macena

76 **Percepções e experiências de mulheres atuantes no campo da saúde sobre violências de gênero**

Perceptions and experiences of women active in the health field on gender violence

Fernanda Felício de Lima, Sabrina Helena Ferigato, Carla Regina Silva, Ana Luiza de Oliveira e Oliveira

93 **Percepção de motoristas de Uber sobre condições de trabalho e saúde no contexto da Covid-19**

Uber drivers perception about their work and health conditions in the context of Covid-19

João Pedro Greggo, Sergio Roberto de Lucca, Valmir Azevedo, Marcia Bandini

-
- 107 **Oportunidades, percalços e justificativas: a descentralização da regulação ambulatorial no município do Rio de Janeiro**
Opportunities, drawbacks and justifications: outpatient care regulation's decentralization in the city of Rio de Janeiro
Kennedy Guabiraba, Gustavo Gomes, Eduardo Alves Melo
- 121 **Avaliação da atuação da rede comunitária de saúde mental em um município paulista de médio porte**
Evaluation of the performance of the community mental health network in a medium-sized municipality from the state of São Paulo
Carlos Alberto dos Santos Treichel, Rosana Teresa Onocko Campos
- 135 **Realidades das práticas da Estratégia Saúde da Família como forças instituintes do acesso aos serviços de saúde do SUS: uma perspectiva da Análise Institucional**
Realities of the practices of the Family Health Strategy as driving forces for access to SUS health services: a perspective of the Institutional Analysis
Tais Vicari, Luana Mesquita Lago, Alexandre Fávero Bulgarelli
- 148 **Condições de vida e saúde de famílias rurais no sertão cearense: desafios para Agenda 2030**
Life and health conditions of rural families in the hinterlands of Ceará: challenges for the 2030 Agenda
Luis Lopes Sombra Neto, Flora Viana Elizeu da Silva, Ana Caroline Mendes Barbosa, Fernando Ferreira Carneiro, Vanira Matos Pessoa
- 163 **Cuidando de Pessoas Vivendo com HIV/ Aids na Atenção Primária à Saúde: nova agenda de enfrentamento de vulnerabilidades?**
Caring for People Living with HIV/Aids in Primary Health Care: a new agenda for facing vulnerabilities?
Jorginete de Jesus Damião, Rafael Agostini, Ivia Maksud, Sandra Figueiras, Fátima Rocha, Ana Carolina Maia, Eduardo Alves Melo
- 175 **O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família voltado às pessoas com sobrepeso e obesidade em São Paulo**
Work process in the Family Health Strategy oriented to people with overweight and obesity in São Paulo
Juliana Gijaj Levra de Jesus, Célia Maria Sivalli Campos, Fernanda Baeza Scagliusi, Luciene Burlandy, Cláudia Maria Bógus

- ENSAIO | ESSAY
- 188 **Educação popular e saúde mental: aproximando saberes e ampliando o cuidado**
Popular education and mental health: bringing knowledge together and expanding healthcare
João Vinícius dos Santos Dias, Paulo Duarte de Carvalho Amarante
- 200 **Comunicação rizomática: reflexões sobre os movimentos de resistência em tempos da Covid-19**
Rhizomatic communication: reflections on resistance movements in Covid-19 times
Michele Nacif Antunes, Jandesson Mendes Coqueiro
- REVISÃO | REVIEW
- 211 **Estudos sobre o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: olhares diversos sobre um mesmo fenômeno**
Studies about the Brazilian Health Reform Movement: different perspectives on the same phenomenon
João Henrique Araujo Virgens, Carmen Fontes Teixeira
- 227 **O acesso aos serviços de saúde pela População em Situação de Rua: uma revisão integrativa**
Access to health services by the Homeless Population: an integrative review
Rebeca de Andrade, Alane Andréa Souza Costa, Elyana Teixeira Sousa, Pablo Cardozo Rocon
- RELATO DE EXPERIÊNCIA | CASE STUDY
- 240 **Comunidade Ampliada de Pesquisa em ambiente virtual (CAP on-line) sobre trabalho e saúde docente**
Expanded Community for Research in a virtual environment (CAP on-line) on teacher work and health
Gideon Borges dos Santos, Kátia Reis de Souza, Andréa Maria dos Santos Rodrigues, Luciana Gomes, Eliana Guimarães Félix, Luísa Maiola de Araujo, Jordânia Lira da Costa

Reafirmar o direito à saúde, defender o SUS e construir justiça social: Tese do Cebes 2021-2022

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

DOI: 10.1590/0103-1104202213200

SEGUINDO SUA MISSÃO DE AMPLIAR O CONHECIMENTO e o pensamento crítico em saúde e dar voz às inúmeras demandas sociais e de saúde dos brasileiros, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) realizou, nos dias 9 e 10 de dezembro de 2021, seu VIII Simpósio¹, orientado pelo tema Reforma Sanitária em Tempos de Fascismo e Neoliberalismo. Como é prática desde 2009, quando foi realizado o I Simpósio Cebes de Políticas de Saúde, no processo de refundação do Cebes, os simpósios bianuais visam analisar e discutir a conjuntura setorial, social e política, definindo as diretrizes e orientações para a ação das diretorias, núcleos e demais instancias da entidade.

O VIII Simpósio foi uma oportunidade de debate entre associados do Cebes com especialistas e lideranças do movimento social. Em um primeiro momento, o debate contou com a presença de João Pedro Stédile, do Movimento Sem Terra (MST), e da professora Sonia Fleury, que trataram da conjuntura nacional e internacional caracterizando as evidências explicitadas pela crise sanitária da pandemia da Covid-19 e a profunda crise do capitalismo, acarretando consequências dramáticas para a saúde. Destacou-se a tragédia do governo Bolsonaro na condução do País e no enfrentamento da pandemia como parte de um projeto de radicalização do liberalismo com franca aliança com o mercado e redirecionamento do papel do Estado, que se retira das atribuições de proteção da população. Esse desmonte do projeto de país praticado no Brasil sufoca e constrange a democracia por diversos mecanismos, especialmente reconhecível no seu viés autoritário e apoio nas forças armadas. A conjuntura e os desafios setoriais foram debatidos por dois convidados e integrantes do Cebes, Jairnilson Silva Paim e Ligia Bahia, que analisaram o setor da saúde nacional, os desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) e as características e relações que vêm orientando o setor privado. Essa reflexão aponta o desmonte de políticas de saúde bem-sucedidas e a valorização intensa e crescente do setor privado, confirmando o processo de financeirização do setor, especialmente a assistência, com graves consequências para o direito e acesso universal à saúde. Reafirmando a tese do Cebes sobre a importância da organização e mobilização política para o enfrentamento do desmonte do direito à saúde, esse debate identifica e valoriza o vigor dos movimentos sociais na defesa da democracia e da saúde que tem crescido e diversificado, apesar de restrições de toda ordem¹ que vêm sendo impostas.

Celebrando a participação de mais de 300 pessoas, o Cebes avalia que o VIII Simpósio confirma a relevância, a necessidade e a atualidade da luta pela reforma sanitária, reafirmando a exigência de que ela seja o norte das proposições e da luta do campo democrático para a saúde.

¹Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. lenauralobato@uol.com.br

²Universidade Federal Fluminense (UFF) – Niterói (RJ), Brasil.

³Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) – Cascavel (PR), Brasil.

⁴Escola Superior de Ciências da Saúde (Escs) – Brasília (DF), Brasil.



Nesse sentido, muito se debateu sobre o ano eleitoral e a premência da pauta do direito à saúde entre nas plataformas dos candidatos, tanto à presidência quanto aos governos estaduais, deputados e senadores. Esta será a tarefa central dos cebianos em 2022: discutir com candidatos progressistas a defesa do direito à saúde no seu sentido ampliado e a ampliação do SUS público.

Para isso que o Cebes construiu e publicou sua Tese 2021-2022², discutida e consensuada entre cebianos ao longo do ano e aprovada na sua Assembleia geral em 10 de dezembro de 2021. As teses do Cebes consolidam e expressam os debates sobre a conjuntura internacional e nacional e evidenciam o contexto como a saúde e o SUS são afetados. Para sua elaboração, contou com a contribuição de diversos encontros denominados ‘Cebes Debate’, realizados ao longo do ano, com a participação de lideranças e especialistas nos mais diversos temas atinentes à saúde e à democracia. Esse processo que foi coroado no VIII Simpósio atualiza e sistematiza conclusões que consolidam os princípios e as estratégias para a ação do conjunto da entidade nos próximos anos.

Sob o lema que fundou o Cebes, SAÚDE É DEMOCRACIA, DEMOCRACIA É SAÚDE, a tese discute o padrão global vigente de universalização do mal-estar, com o agravamento das desigualdades e com o aumento exponencial da fome e da miséria, demonstrando a incapacidade do capitalismo, cada vez mais financeirizado e concentrado, de prover segurança e bem-estar às populações. Destaca a necessidade de ampliação da participação e organização popular para a construção de alternativas democráticas voltadas, de fato, às maiorias. No caso brasileiro, a tese destaca o padrão excludente de nossa história, que retorna, hoje, com força, no projeto neoliberal e autoritário de nossas elites, sem compromisso com os interesses nacionais. O SUS não escapa a esse modelo concentrador, lidando cotidianamente com as tentativas de restringi-lo, fragilizá-lo, para favorecer interesses privados, à custa dos recursos e da saúde dos brasileiros.

A Tese² enfatiza os princípios e diretrizes da luta do Cebes.

Princípios irrevogáveis do Cebes

- Defender o direito universal à saúde e a justiça social.
- Defender intransigentemente a democracia com ampliação da consciência crítica por direitos, combatendo e revertendo as tendências destrutivas do capitalismo.
- Manifestar-se firmemente contra todas as guerras, contra a indústria bélica e contra a liberdade de porte de arma.
- Lutar contra o fascismo e todas as formas de intolerância.
- Repudiar e denunciar todas as formas de violência, incluindo a pena de morte, a violência urbana, doméstica, de gênero, institucional e em saúde.
- Defender o pluralismo social, denunciando e repudiando o patriarcado, a homofobia, a lesbofobia, a transfobia e o racismo.
- Defender a descriminalização das drogas.
- Defender a legalização do aborto e os direitos sexuais e reprodutivos.

Bases e princípios da luta do Cebes por Democracia e Saúde no Brasil

- Defender o sistema de saúde para todos os brasileiros 100% público, integral, de qualidade, com prestadores estatais e sem incentivo ou subvenção à prática privada.
- Lutar contra a expansão do setor privado da saúde.
- Difundir e divulgar para a sociedade as limitações dos planos privados ante o sistema público.
- Defender a eliminação de novos contratos do SUS com o setor privado e revisar os atuais.
- Defender a extinção de subsídios, isenções fiscais e perdão de multas para o setor privado.
- Defender a extinção de processos de privatizações e terceirizações na saúde.
- Lutar por financiamento justo e adequado para a saúde e o SUS, com destaque para o papel da União.
- Defender que os fóruns de decisão de Conselhos, Diretorias, Diretorias Colegiadas e órgãos deliberativos de todas as Agências de Estado (Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa e de outras agências) sejam paritários, com 50% de votos e participação dos usuários de cada setor regulado.
- Apoiar o fortalecimento da participação popular para a construção da democracia popular na saúde.
- Democratizar os Conselhos estaduais, municipais e locais de saúde e torná-los deliberativos.
- Defender uma política nacional da força de trabalho em saúde.
- Defender Planos de Cargos e Salários para os profissionais de saúde.
- Defender o modelo de atenção que supere a perspectiva médico-privatista e que se baseie no cuidado humano e nos princípios da universalidade, igualdade, integralidade e autonomia.
- Apoiar os ajustes na formação acadêmica dos profissionais de saúde, aproximando-os das necessidades do SUS.
- Lutar pela devolução do poder de administrar, planejar e executar a atenção à saúde em rede ao Ministério da Saúde, com destaque para a atenção primária, com a extinção da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps).
- Defender a democratização da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) e a participação social no Comitê Gestor da Estratégia de Saúde Digital.

- Promover diálogos entre as entidades acadêmicas, sindicais, partidos e movimentos sociais, retomando a luta por seguridade social, políticas universalistas e de saúde.
- Lutar pela revogação das contrarreformas e retrocessos aos direitos sociais, em especial o teto de gastos (EC-95).
- Defender uma reforma fiscal que redistribua a carga tributária, como impostos, taxas e contribuições sociais, diminuindo os impostos sobre os mais pobres e sobre a classe média, como os impostos sobre consumo, e aumentando os impostos sobre os mais ricos.
- Contribuir para eleger representantes para o Executivo e o Legislativo do campo democrático popular, privilegiando os interesses da população e a plena democracia.

Com esses princípios e diretrizes, os cebianos irão à luta em 2022 para mudar o governo e instituir um novo projeto de País: soberano, democrático, justo e solidário para todos os brasileiros.

Colaboradoras

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

Referências

1. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Em seu VIII Simpósio, Cebes reforça a defesa intransigente do direito à saúde. In: VIII Simpósio do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde; 2021 dez 9-10; [online]. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. [acesso em 2022 jan 10]. Disponível em: <https://cebes.org.br/em-seu-viii-simposio-cebes-reforca-a-defesa-intransigente-do-direito-a-saude/27752/>.
2. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Tese 2021-2022. Por um mundo multilateral: por nova hegemonia geopolítica global, civilização x barbárie. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2021. [acesso em 2022 jan 10]. Disponível em: <https://cebes.org.br/tese-2021-22-cebes-reafirma-a-luta-civilizacao-contra-barbarie/28043/>.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Reaffirming the right to health, defending the SUS, and building social justice: Cebes Thesis 2021-2022

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

DOI: 10.1590/0103-11042022132001

FOLLOWING ITS MISSION TO EXPAND KNOWLEDGE and critical thinking in health and to give voice to the numerous social and health demands of the Brazilian people, the Brazilian Center for Health Studies (Cebes) held, on December 9 and 10, 2021, its 8th Symposium¹, guided by the theme Sanitary Reform in Times of Fascism and Neoliberalism. As has been the practice since 2009, when the 1st Cebes Symposium on Health Policies was held, in the process of re-founding of the Center, the biannual symposia aim to analyze and discuss the sectoral, social, and political situation, defining the guidelines and orientations for the action of the boards, centers, and other instances of the entity.

The 8th Symposium was an opportunity for debate between members of the Cebes and experts and leaders of the social movement. At first, the debate was attended by João Pedro Stédile, from the Movimento Sem Terra (MST), and Professor Sonia Fleury, who addressed the national and international situation characterizing the evidence made explicit by the health crisis of the Covid-19 pandemic and the deep crisis of capitalism, with dramatic consequences for health. The tragic administration of president Bolsonaro in the management of the country and in the confrontation of the pandemic was highlighted as part of a project of radicalization of liberalism with a frank alliance with the market and redirection of the role of the State, which withdraws from the attributions of protecting its population. This dismantling country projects practiced in Brazil suffocates and constrains democracy through several mechanisms, and it is especially recognizable in its authoritarian bias and support in the armed forces. The situation and sectoral challenges were discussed by two guests and members of the Cebes, Jairnilson Silva Paim and Ligia Bahia, who analyzed the national health sector, the challenges of the Unified Health System (SUS) and the characteristics and relationships that have been guiding the private sector. Such reflection points to the dismantling of successful health policies and the intense and growing valorization of the private sector, confirming the process of financialization of the sector, especially the assistance, with profound consequences for the right and universal access to health. Reaffirming Cebes' thesis on the importance of political organization and mobilization to face the dismantling of the right to health, this debate identifies and values the vigor of social movements in defense of democracy and health, which has been growing and diversifying, despite the restrictions of all sorts¹ that have been imposed.

Celebrating the participation of over 300 people, the Cebes believes that the 8th Symposium confirms the relevance, the need, and the topicality of the fight for sanitary reform, reaffirming

¹Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. lenaualobato@uol.com.br

²Universidade Federal Fluminense (UFF) – Niterói (RJ), Brasil.

³Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) – Cascavel (PR), Brasil.

⁴Escola Superior de Ciências da Saúde (Escs) – Brasília (DF), Brasil.



the demand that it be the north of the propositions and the fight of the democratic field for the health. In this sense, much has been debated about the election year and the urgency of the right to health agenda among candidates' platforms, both for the presidency and state governments, congresspeople, and senators. This will be the central task of Cebians in 2022: to discuss the defense of the right to health in its expanded sense and the expansion of the public SUS with progressive candidates.

That is why the Cebes built and published its Thesis 2021-2022², debated and consented among Cebians throughout the year and approved at its General Assembly on December 10, 2021. The Cebes theses consolidate and express the debates on the international situation and show the context in which health and the SUS are affected. For its elaboration, it counted on the contribution of several meetings called 'Cebes Debates', held throughout the year, with the participation of leaders and specialists in the most diverse topics related to health and democracy. This process, which was crowned at the 8th Symposium, updates and systematizes conclusions that consolidate the principles and strategies for the action of the entity as a whole in the coming years.

Under the motto that founded the Cebes, HEALTH IS DEMOCRACY, DEMOCRACY IS HEALTH, the thesis discusses the current global pattern of universalization of malaise, with the worsening of inequalities and the exponential increase in hunger and misery, demonstrating the incapacity of capitalism, increasingly financialized and concentrated, to provide security and well-being to populations. It highlights the need to expand popular participation and organization for the construction of democratic alternatives aimed, in fact, at the majorities. In the Brazilian case, the thesis highlights the exclusionary pattern of our history, which returns, today, with force, in the neoliberal and authoritarian project of our elites, without commitment to national interests. The SUS does not escape this concentrating model, dealing daily with attempts to restrict it, weaken it, to favor private interests, at the expense of the resources and the health of Brazilians.

The Thesis² emphasizes the principles and guidelines of the Cebes' struggle.

Irrevocable principles of the Cebes

- To defend the universal right to health and social justice.
- To uncompromisingly defend democracy with the expansion of critical awareness for rights, fighting and reversing the destructive tendencies of capitalism.
- To speak out firmly against all wars, against the war industry, and against the right to carry weapons.
- To fight against fascism and all forms of intolerance.
- To repudiate and denounce all forms of violence, including death penalty, urban, domestic, gender, institutional and health violence.
- To defend social pluralism, denouncing and repudiating patriarchy, homophobia, lesbophobia, transphobia, and racism.

- To advocate for the decriminalization of drugs.
- To defend the legalization of abortion and sexual and reproductive rights.

Basis and principles of the Cebes' struggle for Democracy and Health in Brazil

- To defend the health system for all Brazilians 100% free of charge, comprehensive, of quality, with state providers, and without incentives or subsidies to private practice.
- To fight against the expansion of the private health sector.
- To disseminate and publicize to society the limitations of private health insurances in relation to the public system.
- To advocate for the elimination of new SUS contracts with the private sector and review current ones.
- To advocate for the elimination of subsidies, tax exemptions, and debt forgiveness for the private sector.
- To defend the extinction of processes of privatization and outsourcing in health.
- To fight for fair and adequate funding for health and the SUS, with emphasis on the role of the Federal government.
- To defend that the decision forums of Councils, Boards, Collegiate Boards, and deliberative bodies of all State Agencies (National Supplementary Health Agency – ANS, National Health Surveillance Agency – Anvisa, and other agencies) are equal, with 50% of votes and participation of users in each regulated sector.
- To support the strengthening of popular participation for the construction of popular democracy in health.
- To democratize state, municipal and local health councils and make them deliberative.
- To advocate for a national health workforce policy.
- To advocate Career and Salary Plans for healthcare professionals.
- To defend the care model that goes beyond the medical-privatist perspective and is based on human care and the principles of universality, equality, comprehensiveness, and autonomy.
- To support adjustments in the academic training of health professionals, bringing them closer to the needs of the SUS.

- To fight for the devolution of the power to administer, plan, and execute networked health care to the Ministry of Health, with emphasis on Primary Care, with the extinction of the Agency for the Development of Primary Health Care (Adaps).
- To defend the democratization of the National Health Information and Informatics Policy (PNIIS) and social participation in the Management Committee of the Digital Health Strategy.
- To promote dialogues between academic entities, unions, political parties, and social movements, summarizing the struggle for social security, universal and health policies.
- To fight for the revocation of counter-reforms and setbacks to social rights, especially the spending cap (Constitutional Amendment no. 95).
- To advocate for a tax reform that redistributes the tax burden, such as taxations, fees, and social contributions, lowering taxes on the poorest and middle class, such as consumption taxes, and increasing taxes on the richest.
- To contribute to electing representatives for the Executive and Legislative branches of the popular democratic field, privileging the interests of the population and full democracy.

With these principles and guidelines, Cebians will fight in 2022 to change the government and institute a new Nation project: sovereign, democratic, fair, and solidary for all Brazilians.

Collaborators

Lobato LVC (0000-0002-2646-9523)*, Rizzotto MLF (0000-0003-3152-1362)* and Costa AM (0000-0002-1931-3969)* have equally contributed for the elaboration of the manuscript.

References

1. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Em seu VIII Simpósio, Cebes reforça a defesa intransigente do direito à saúde. In: VIII Simpósio do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde; 2021 dez 9-10; [online]. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. [acesso em 2022 jan 10]. Disponível em: <https://cebes.org.br/em-seu-viii-simposio-cebes-reforca-a-defesa-intransigente-do-direito-a-saude/27752/>.
2. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Tese 2021-2022. Por um mundo multilateral: por nova hegemonia geopolítica global, civilização x barbárie. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2021. [acesso em 2022 jan 10]. Disponível em: <https://cebes.org.br/tese-2021-22-cebes-reafirma-a-luta-civilizacao-contra-barbarie/28043/>.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

O papel dos produtores públicos de medicamentos e ações estratégicas na pandemia da Covid-19

The role of public producers of medicines and strategic actions in the Covid-19 pandemic

Daniela Rangel Affonso Fernandes¹, Carlos Augusto Grabois Gadelha², Jose Manuel Santos de Varge Maldonado²

DOI: 10.1590/0103-1104202213201

RESUMO Na pandemia da Covid-19, os laboratórios farmacêuticos públicos adquiriram maior visibilidade em consequência de suas iniciativas para enfrentamento da doença e manutenção dos diversos programas da assistência farmacêutica. O artigo objetivou analisar as atividades cotidianas desses laboratórios durante a pandemia, a fim de compreender seu caráter estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS), destacando os Institutos Butantan, Bio-Manguinhos e Farmanguinhos, haja vista o protagonismo em relação a vacinas e medicamentos. Mediante estudo de caso múltiplo, com abordagem qualitativa-descritiva, apresentou dados que indicam a mudança de perfil que vêm demonstrando nas últimas décadas. Identificaram-se as ações de maior relevância no enfrentamento da pandemia, tendo, como data de corte, julho de 2021. Como resultados, trouxe informações atuais sobre suas atividades e produtos, estágio das Parcerias para Desenvolvimento Produtivo, quadro funcional, fragilidades (internas e externas) e desafios atuais. Conclui-se pela importância dessas instituições do Estado para a garantia do acesso universal do SUS e desenvolvimento e produção de medicamentos e produtos de saúde essenciais, envolvendo desde os mais básicos até os de maior complexidade e valor agregado. Destarte, identifica-se a necessidade de uma agenda de mudanças, visando sustentabilidade em longo prazo e ampliação da contribuição para fortalecimento do Complexo Econômico-Industrial da Saúde.

PALAVRAS-CHAVE Produção pública. Vacinas. Medicamentos. Covid-19. Complexo Econômico-Industrial da Saúde.

ABSTRACT *In the Covid-19 pandemic, public pharmaceutical laboratories gained greater visibility because of their initiatives to fight the disease and maintain the various pharmaceutical assistance programs. The article aimed to analyze their daily activities during the pandemic, to understand their strategic character for the Unified Health System (SUS), highlighting the Butantan, Bio-Manguinhos, and Farmanguinhos Institutes, given their leading role in relation to vaccines and medicines, respectively. Through a multiple case study, with a qualitative-descriptive approach, it presented data that indicate the change in profile that has been demonstrated in recent decades. The most relevant actions in combating the pandemic were identified, with the cut-off date of July 2021. As a result, it brought current information about its activities and products, stage of the Partnerships for Productive Development, staff, weaknesses (internal and external), and current challenges. It is concluded that these State Institutions are important to guarantee universal access to the SUS and the development and production of essential medicines and health products, ranging from the most basic to those with greater complexity and added value. Thus, the need for an agenda of changes is identified, aiming at long-term sustainability and expanding the contribution to strengthen the Economic-Industrial Health Complex.*

KEYWORDS *Public production. Vaccines. Medicines. Covid-19. Health Economic-Industrial Complex.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto de Tecnologia em Fármacos (ITF) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
daniela.fernandes@far.fiocruz.br

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



Introdução

O acesso a medicamentos e produtos de saúde é um importante indicador da qualidade de vida de uma população¹. Apesar de sua relevância para a saúde global, a pesquisa, o desenvolvimento e a produção concentram-se em poucas empresas líderes, geralmente de países desenvolvidos², voltados a interesses comerciais. Esse fato pode acarretar exclusão de acesso à saúde para significativas parcelas da humanidade, designadas populações negligenciadas.

No Brasil, desde que o direito universal à saúde foi conquistado, na Constituição Federal em 1988, ampliou-se o acesso a serviços e medicamentos, favorecendo melhorias nas condições de saúde e na economia do País³ e promovendo mudanças no perfil epidemiológico da população⁴. Grandes transformações ocorreram desde então, a exemplo de mudanças na concepção dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), na organização e na relação do governo federal com os estados, municípios e sociedade civil, assim como nos programas da assistência farmacêutica⁵.

A sociedade em mudança influenciou a implantação de políticas públicas, visando, entre outros pontos, à garantia de acesso a medicamentos e produtos de saúde. Nesse contexto, o Estado, ainda que de forma incipiente, tem fomentado o desenvolvimento da base produtiva e tecnológica da saúde e do sistema de inovação local. O apoio tem-se dado por meio de financiamentos, medidas protecionistas e implementações de políticas industriais e de saúde, podendo-se destacar: a Política Nacional de Medicamentos (1998), a Política Industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior (PITCE) (2003), a Política de Desenvolvimento Produtivo (2008), o Plano Brasil Maior (2011) e a Estratégia Nacional para Ciência, Tecnologia e Inovação (ENCTI) (2012).

O Complexo Econômico-Industrial da Saúde (Ceis), cujo conceito foi desenvolvido

no início dos anos 2000 para captar a relação indissociável entre saúde e desenvolvimento, possui a indústria farmacêutica com maior peso relativo entre seus demais segmentos (equipamentos, materiais médicos, serviços)². Tem como característica a presença de uma ampla rede de laboratórios públicos, voltados para atendimento quase exclusivo das necessidades do SUS em relação a medicamentos, soros, vacinas, *kits* de diagnóstico e produtos para a saúde.

Conhecidos como Laboratórios Farmacêuticos Oficiais (LFO), seus produtos e serviços os qualificam como estratégicos provedores dos programas de assistência farmacêutica e como importantes atores do desenvolvimento da ciência e tecnologia nacionais. O estudo teve como objetivo analisar a trajetória, os desafios e as potencialidades desses laboratórios, assim como identificar suas ações para enfrentamento da pandemia da Covid-19, em especial, do Instituto Butantan, do Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos (Bio-Manguinhos) e do Instituto de Tecnologia em Fármacos (Farmanguinhos), contribuindo para a reflexão acerca do papel dessas Instituições de Estado na garantia do acesso universal do SUS e no fortalecimento do Ceis.

Material e métodos

O artigo estrutura-se em duas seções, uma geral e outra mais específica. A primeira refere-se à rede de laboratórios públicos, apresentando informações sobre seu histórico, perfil, situação das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP), seus desafios e fragilidades. A segunda parte concerne às ações realizadas pelos Institutos Butantan, Bio-Manguinhos e Farmanguinhos com vistas à prevenção, à detecção e à proteção da saúde nacional em relação a vacina e medicamentos contra a Covid-19. Optou-se por um estudo de caso múltiplo sobre três laboratórios oficiais,

realizado por meio de uma pesquisa qualitativa, aliando a revisão bibliográfica à documental, por intermédio de uma abordagem descritiva. A escolha dos três institutos de destaque deve-se à liderança que exercem em suas áreas de atuação, sendo respectivamente, de imunobiológicos, vacinas e medicamentos, e pela relevância de suas ações no enfrentamento da pandemia.

A pesquisa bibliográfica foi realizada nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e na Scientific Electronic Library Online (SciELO), utilizando palavras-chave como “laboratório oficial” e *Ceis and desenvolvimento or acesso*, buscando publicações de 2000 até hoje. Totalizaram 145 publicações encontradas, das quais foram selecionadas 21, pelo conteúdo afeto aos institutos estudados. A partir do conteúdo das publicações selecionadas e com intuito de se aprofundar na investigação e obter informações pontuais e recentes, realizou-se uma pesquisa documental e de dados secundários, tendo, como data de corte, julho de 2021. A primeira baseou-se em relatórios e documentos oficiais dos institutos destacados; e a segunda, em portais eletrônicos do Ministério da Saúde (MS), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Associação de Laboratórios Oficiais do Brasil (Alfob), Associação Brasileira das Indústrias de Química Fina, Biotecnologia e suas Especialidades (Abifina) e dos sítios eletrônicos dos 20 laboratórios oficiais em funcionamento atualmente. Para a construção do *gráfico 1*, foi feita a consulta ao banco de dados da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) para confirmação do número de registros válidos para medicamentos; e para o *quadro 2*, relativo às PDP, utilizaram-se as planilhas mais recentes disponibilizadas pela Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde (SCTIE) do MS, atualizadas até setembro de 2020.

Resultados e discussão

Os Laboratórios Farmacêuticos Oficiais

UMA BREVE RETROSPECTIVA

Os institutos tiveram sua origem voltada ao atendimento das demandas emergenciais e estruturais da assistência farmacêutica, visando à cobertura das lacunas existentes na produção nacional de vacinas e medicamentos essenciais^{6,7}. Desde 1808, quando foi fundada a Botica Real Militar (atual Laboratório Químico Farmacêutico do Exército), até os dias atuais, têm provido a população brasileira de produtos indispensáveis à sua saúde, mantendo-se, mesmo diante de diversos cenários político-institucionais, como importantes atores para as políticas públicas de Estado⁶.

Ao longo do tempo, passaram a compor a política de assistência farmacêutica, deixando, gradativamente, de considerar apenas a demanda da atenção básica e passando a incluir medicamentos de distintas naturezas, como, por exemplo, os antirretrovirais. A relação desses medicamentos estendeu-se também para medicamentos de maior valor agregado e elevado conteúdo tecnológico, dando origem ao componente estratégico da assistência farmacêutica⁷.

O Instituto Butantan (1899), em São Paulo, e a Fiocruz (1900), no Rio de Janeiro, foram criados no contexto da epidemia de peste bubônica, visando à produção nacional de soro e vacina contra a doença, tendo em vista a dificuldade de aquisição do Instituto Pasteur, da França, onde o soro era produzido^{8,9}. No início do século XX, foram criados o Laboratório Farmacêutico da Marinha (LFM), em 1906; a Fundação Ezequiel Dias (Funed), em 1907; e o Instituto Vital Brazil S.A. (IVB), em 1918. A expansão da rede de LFO no País coincidiu com

um momento da adoção de políticas de orientação desenvolvimentista, pela necessidade de fortalecer a indústria químico-farmacêutica nacional. No período de 1964 a 1974, foram criados oito LFO¹⁰.

Até o início do século XX, suas atividades eram marcadas pela produção de medicamentos de uso tópico, vacinas e soros anti-peçonhentos⁶. Na década de 1970, a criação da Central de Medicamentos (Ceme) levou esses laboratórios a atenderem grande parte da demanda de medicamentos na rede pública de saúde do País. Em 1976, foram criados: o laboratório Farmanguinhos, posteriormente elevado à condição de instituto, com a missão de desenvolver tecnologias de produção, adaptar tecnologias transferidas e elaborar produtos quimioterápicos e profiláticos para atender às necessidades dos programas de saúde e às exigências da Segurança Nacional⁸; e Bio-Manguinhos, instituto voltado à promoção, ao desenvolvimento e à produção de imunobiológicos de interesse para a saúde pública⁹, ambos da Fiocruz.

Com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/90), que instituiu o SUS, o paradigma incorporado da integralidade provocou a necessidade de ampliação da oferta local. Em 1998, com a Política Nacional de Medicamentos (PNM) – Portaria nº 3916 –, os laboratórios foram induzidos a fornecer novos tipos de medicamentos⁵.

Em 2005, quando a política de descentralização da assistência farmacêutica foi mais fortemente observada (Portaria nº 2.084/05), deixando o MS de adquirir de forma centralizada muitos medicamentos utilizados na atenção básica, de atendimento das políticas de distribuição em massa, o que permitiu aos Municípios e Estados comprarem diretamente de qualquer empresa farmacêutica, uma significativa redução de demanda ocorreu, ocasionando perda de mercado e baixo aproveitamento de suas capacidades instaladas e expertises tecnológicas¹¹.

Nesse contexto, a missão dos produtores oficiais se ampliou. Suprindo falhas de

mercado, passaram cada vez mais a absorver medicamentos e produtos de interesse de programas estratégicos de saúde pública, mesmo de demanda mais reduzida¹¹, como o Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)/Aids e o Programa Nacional de Imunização (PNI), os quais, por conta de práticas monopolistas e oligopolistas do mercado farmacêutico, possuem geralmente um alto custo, o que restringe o acesso ao SUS^{7,12}.

PERFIL E MISSÃO

Atualmente, existem 20 LFO formando a Rede Brasileira de Produção Pública de Medicamentos (RBPPM), que foi criada em 2005 (Portaria GM/MS nº 2.438) com objetivo de integrar e melhorar o desempenho do conjunto dos laboratórios públicos. Os LFO possuem como missão principal produzir medicamentos constantes na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) para atender à demanda do SUS. Alguns se diferenciam por sua capacidade instalada, como Farmanguinhos, Bio-Manguinhos e Butantan, tendo os dois últimos destaque em vacinas e imunobiológicos.

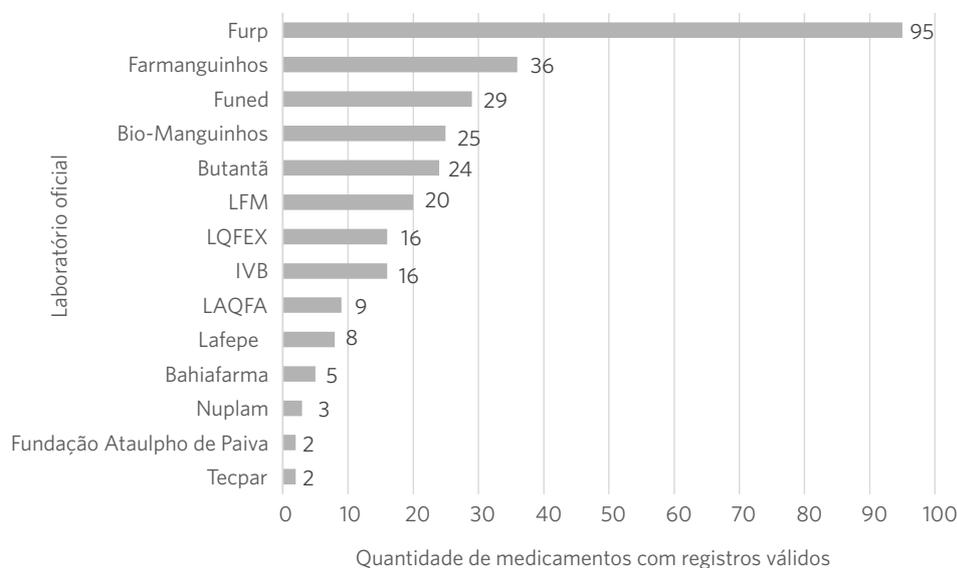
Suas vendas destinam-se quase exclusivamente ao MS e às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, à exceção de Bio-Manguinhos, ligado à Fiocruz, que participa de licitações internacionais da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas)⁴. Possuem características, vínculos e portes diferentes, concentrando-se, em sua maioria, na região Sudeste (53%). A maior parte está vinculada a governos estaduais, quatro são ligados a universidades, e cinco, a instituições federais.

Nem todos têm produção própria. A maioria atua em duas frentes: fornecimento de medicamentos produzidos internamente (sendo o detentor do registro ou local de fabricação); ou produzidos por terceiros, como no caso das PDP, durante o período de transferência tecnológica⁷. De acordo com dados extraídos do *site* da Anvisa¹³, havia 290 medicamentos com registros válidos (*gráfico 1*), destacando-se

nesse quantitativo a Fundação para o Remédio Popular (Furp), com 33% do total, seguido por Farmanguinhos e Funed. Dos 20 laboratórios públicos, 14 (70%) possuem medicamentos aprovados pela Anvisa. Desses medicamentos, 86% são de síntese química, e apenas 8%

referem-se a produtos de origem biológica. O registro válido não significa sua necessária produção, mas indica que o LFO está apto a produzir caso haja demanda para o medicamento em questão¹⁴.

Gráfico 1. Medicamentos com registros válidos por LFO



Fonte: elaboração própria a partir de informações extraídas do site da Anvisa⁶ em maio de 2021.

Cabe destacar que os LFO não atendem nem seria racional atenderem toda a Renam. A lista, criada em 1975, sofre revisões periódicas a cada dois anos; e para ter uma noção, a última lista disponibilizada pelo SUS, na edição de 2020, possui 916 itens¹⁵. Diante disso, cabe ao governo, por meio de políticas públicas, priorizar os medicamentos a serem produzidos pelos produtores públicos¹⁶, evitando concorrência com as empresas privadas nacionais e multinacionais e criando condições para a produção de medicamentos de maior valor agregado, estratégicos para o SUS.

Além da atividade produtiva, os LFO têm o propósito de subsidiar a formulação de políticas públicas e participar da geração e difusão de conhecimentos em saúde, tendo

como atividades a pesquisa e o desenvolvimento tecnológico.

PRODUTOS

Oferecem ao SUS um amplo portfólio de produtos voltados às necessidades da população, entre vacinas, soros, medicamentos sintéticos e biológicos e produtos para saúde (*quadro 1*), atendendo cerca de 30% dos medicamentos¹⁷, 70% das vacinas e 100% dos soros ofertados pelo SUS¹⁸. Seus produtos contemplam várias classes terapêuticas, tais quais: antibióticos, ansiolíticos, antiparasitários, antiulcerosos, anticonvulsivos, anti-helmínticos, anti-maláricos e antivirais. Alguns também produzem fitoterápicos e cosméticos⁴.

Quadro 1. Relação dos LFO por região e tipos de produtos

Região	Estado	Instituto	Tipos de produtos
Sudeste	MG	Fundação Ezequiel Dias (Funed)	Medicamentos, soros e vacina
	RJ	Instituto Vital Brazil (IVB)	Soros e medicamentos
	RJ	Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos (Bio-Manguinhos)	Vacinas bacterianas e virais, kits diagnósticos e medicamentos biofármacos
	RJ	Instituto de Tecnologia em Fármacos (Farmanguinhos)	Medicamentos
	RJ	Laboratório Químico Farmacêutico da Aeronáutica (LAQFA)	Medicamentos
	RJ	Laboratório Farmacêutico da Marinha (LFM)	Medicamentos
	RJ	Laboratório Químico Farmacêutico do Exército (LQFEX)	Medicamentos
	RJ	Fundação Atauilpho de Paiva (FAP)	Vacina e imunobiológicos
	SP	Fundação para o Remédio Popular (Furp)	Medicamentos
	SP	Instituto Butantan	Soros e vacinas
Nordeste	BA	Fundação Baiana de Pesquisa Científica e Desenvolvimento Tecnológico, Fornecimento e Distribuição de Medicamentos (Bahiafarma)	Imunobiológicos e kit diagnóstico
	PB	Laboratório Industrial Farmacêutico do Estado da Paraíba (Lifesa)	Medicamentos
	PB	Instituto de Pesquisa em Fármacos e Medicamentos (Ipefarm)	Medicamentos e insumo farmacêutico
	PB	Laboratório de Avaliação e Desenvolvimento de Biomateriais do Nordeste (Certbio)	Desenvolvimento e avaliação de biomateriais
	PE	Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco S.A (Lafepe)	Medicamentos
Sul	RN	Núcleo de Pesquisa em alimentos e Medicamentos (Nuclam)	Medicamentos
	PR	Centro de Produção e Pesquisa de Imunobiológicos (CPPI)	Soros, insumos e antígenos
Centro-Oeste	PR	Instituto de Tecnologia do Paraná (Tecpar)	Vacina, insumos e medicamentos
	DF	Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (Hemobrás)	Hemoderivados
	GO	Indústria Química do Estado do Goiás (Iquego)	Medicamento e glicosímetro

Fonte: elaboração própria, a partir do site da Alfob¹⁸ e dos portais dos laboratórios.

Entre seus produtos, encontram-se medicamentos e insumos voltados ao tratamento das doenças negligenciadas, que hoje atingem principalmente os países em desenvolvimento. Essas doenças são pouco consideradas para Pesquisa e Desenvolvimento (P&D)

pelos *Big Pharmas*, visto que são relacionadas com a pobreza e não gerarem retorno financeiro¹⁰. Neste ponto, destaca-se o papel estratégico desses institutos, que, mesmo de forma tímida, atuam de forma direta ou com parcerias, geralmente com instituições não

governamentais ou sem fins lucrativos, como a iniciativa de Medicamentos para Doenças Negligenciadas (DNDi – sigla em inglês) na condução de pesquisas para produção de medicamentos e fármacos, novos ou melhorados, para o tratamento dessas enfermidades. Com destaque para a tuberculose, essas doenças são responsáveis por 11,4% da carga global, entretanto, apenas 1,3% dos 1.556 novos medicamentos registrados entre 1975 e 2004 foram desenvolvidos especificamente para elas, que, juntas, causam de 500 mil a 1 milhão de óbitos anualmente¹⁹.

Sob outra vertente, alguns, incluindo Butantan, Bio-Manguinhos e Farmanguinhos, têm atuado no desenvolvimento e/ou produção de produtos de maior complexidade, como os medicamentos biológicos, figurando como instrumentos de desenvolvimento econômico e tecnológico do Ceis. A partir dos incentivos da política industrial, têm contribuído para a redução do preço desses medicamentos e de seu impacto para o orçamento público. Essa nova abordagem já tem trazido resultados positivos para alguns LFO, como aumento do faturamento e maior participação na distribuição de medicamentos especializados e estratégicos ao SUS^{7,20,21}.

P&D E ENSINO

Os LFO realizam grande parte de suas atividades de P&D de maneira compartilhada, lançando mão de alianças estratégicas com outros laboratórios farmacêuticos e com universidades e centros de pesquisas nacionais e internacionais, disponibilizando suas instalações, equipamentos, materiais e recursos humanos. Esse esforço para inovação pode ser verificado em números. Em pesquisa realizada pela Alfob em 2019⁶, com seus 18 Institutos associados, verificou-se que os LFO investem, em média, 6% de sua receita em P&D, percentual esse que ainda se mostra tímido quando comparado à média da indústria farmacêutica mundial (aproximadamente 17% do total de vendas), mas superior à

média da indústria farmacêutica brasileira, de 4,8%²². Encontravam-se em andamento: 10 projetos de pesquisa pré-clínica, 3 de pesquisa clínica, e havia 44 pedidos de patentes depositados no Instituto Nacional de Propriedade Intelectual (INPI)⁶.

Na área de ensino, verificou-se no estudo a atuação de alguns LFO (Funed, Nuplam, Farmanguinhos, Bio-Manguinhos, Butantan) na formação de profissionais, a partir da transferência de conhecimento. Dentre esses, destaca-se Farmanguinhos, que possui uma vice-diretoria de Educação, Pesquisa e Inovação voltada ao preenchimento de lacunas no Sistema Nacional de Inovação em Saúde (SNIS), especialmente no que tange ao desenvolvimento de fármacos e medicamentos, ofertando cursos de atualização, especialização, mestrado e doutorado²³.

Apesar das iniciativas, por suas origens não estarem associadas à P&D, e, sim, à assistência farmacêutica e cobertura das lacunas existentes na produção nacional de vacinas e medicamentos essenciais, verifica-se que os LFO ainda possuem pouca participação no SNIS, comparado a universidades e instituições de pesquisa²⁴, sendo necessário que essas instituições avancem em atividades que envolvem inovação, lançando mão, se necessário, de trajetórias incrementais de inovação institucional²⁰.

RECURSOS HUMANOS

Em relação ao quadro de recursos humanos, com base na comparação entre dois estudos realizados, um em 2004²⁴ e outro em 2019⁶, verifica-se que os LFO têm investido em contratação de pessoal e melhoria na formação dos colaboradores. Nesse período, houve um aumento de 40% no número de colaboradores, que era de aproximadamente de 5 mil pessoas e passou para 8.352, no período citado, enquanto o percentual de mestres e doutores passou de 3,6% para 12,72%, o que mostra um maior foco em ciência.

INSUMOS FARMACÊUTICOS ATIVOS

Quanto aos Insumos Farmacêuticos Ativos (IFA), de acordo com uma pesquisa elaborada pela Abifina e Abiquifi, sobre os IFA fabricados no Brasil por seus associados, foi possível verificar que dos 124 IFA identificados, 15 (12%) estão listados em PDP²⁵. Os números, apesar de pequenos, demonstram a participação dos LFO no esforço do Estado para redução da dependência de insumos e fortalecimento da farmoquímica nacional.

REGULAÇÃO DE PREÇOS

Destaca-se também o papel desses laboratórios na regulação de preços no mercado nacional. O superfaturamento de matérias-primas e abusos nos preços de medicamentos têm colocado em evidência o papel regulador do Estado ante o segmento da indústria farmacêutica¹⁰, e os LFO são instrumentos para essa política. Um exemplo dessa afirmação foi a experiência ocorrida no ano de 2005. Quando o MS anunciou que detinha competência tecnológica para produzir os antirretrovirais Efavirenz, Nelfinavir e Lopinavir, houve uma redução de aproximadamente 50% nos preços desses medicamentos nos laboratórios privados⁴.

Possuem ainda o intuito de proporcionar economicidade na aquisição de medicamentos e produtos estratégicos pelo SUS, principalmente os de alto custo, comprados anteriormente de empresas privadas, muitas delas estrangeiras, contribuindo para a redução do déficit da balança comercial em saúde, a qual saiu de um patamar de US\$ 3,0 para US\$ 12 bilhões nos últimos 20 anos, em um período de plena construção do SUS²⁵, revelando a forte dependência externa do País em produtos de saúde e a grande vulnerabilidade tecnológica do Ceis.

STATUS E IMPACTO DAS PDP

As PDP, que são acordos financiados pelo MS para transferência de tecnologia de uma

empresa privada a um LFO nacional, contribuíram, em grande parte, para a mudança de perfil dos laboratórios oficiais. Essas parcerias representam, entre outros fatores, o esforço do País para o desenvolvimento da indústria pública de medicamentos e redução da dependência de insumos estrangeiros, visto que o modelo das PDP envolve, além da fabricação do produto por um LFO, a produção do IFA por uma farmoquímica nacional, objetivando a autossuficiência em insumos estratégicos para o Brasil²⁰.

Apesar de todos os desafios políticos e de gestão enfrentados para a conclusão dessas parcerias, verifica-se que, em geral, proporcionaram a modernização ou a criação de plataformas tecnológicas e aprimoramento na capacitação dos profissionais desses institutos, tornando-os aptos a contribuir cada vez mais com a P&D nacional, alinhada às necessidades do SUS^{6,7,21}. Constata-se que favoreceram a incorporação de medicamentos biológicos para alguns LFO, como no caso de Bio-Manguinhos, que, por meio da PDP, deixou de ser um laboratório especializado apenas em vacinas, para a perspectiva de produção de medicamentos biológicos com tecnologias já maduras²⁷.

Conforme dados do MS de setembro de 2020²⁸, existem 91 PDP vigentes. Grande parte dos medicamentos contemplados (42) já possuem registro na Anvisa e já são distribuídos ao SUS (fase III e IV). Abaixo, seguem informações detalhadas sobre as instituições participantes, quantitativos, tipos de produtos, plataforma tecnológica e percentual de PDP por fase (*quadro 2*) e o total de parcerias, discriminadas por LFO e fase de execução (*quadro 3*). Verifica-se que os LFO com o maior número de contratos de PDP, Bio-Manguinhos, Farmanguinhos, Butantan e Lafepe, detêm, juntos, 50% do total, sinalizando que, embora o número de LFO participantes seja grande, a maior parte dos contratos está concentrada em um número reduzido de laboratórios.

Quadro 2. Retrato das PDP vigentes – set 2020

Instituições participantes	18 Instituições públicas (14 LFO, 2 Universidades, 2 Institutos de Pesquisa) 32 parceiros privados
Quantitativo	91 vigentes (85 de medicamentos-vacinas-hemoderivados e 6 de produtos para saúde)
Tipos de Produtos contemplados	53 medicamentos, 4 vacinas, 6 produtos para saúde e 1 hemoderivado
Plataforma tecnológica	58% produtos sintéticos 30% biológicos
Quantitativo por Fase (%)	Fase I 9% / Fase II 45% Fase III 32% / Fase IV 14%

Fonte: elaboração própria, com base nas tabelas fornecidas no site do MS. Dados de setembro de 2020²⁷.

Quadro 3. PDP vigentes por LFO/Fase/Tipo de produto – setembro de 2020

Total de PDP vigentes/IP	Instituição Pública (IP)	Número de PDP por Fase		Tipo de produto
		(I, II, III ou IV)		
13	Farmanguinhos	4	II	Sintético
		6	III	Sintético
		3	IV	Sintético
13	Bio-Manguinhos	1	I	Biotecnológico
		6	II	
		4	III	Biotecnológico
		1		Vacina
		1	IV	Biotecnológico
10	Butantan	7	II	Biotecnológico
		3	III	Vacina
10	Lafepe	1	I	Sintético
		4	II	Sintético
		1	III	Sintético
		4	IV	Sintético
6	LFM	2	I	Sintético
		3	III	Sintético
		1	IV	Sintético
6	IVB	4	II	Sintético
		2	IV	Sintético
6	Tecpar	5	II	Biotecnológico
		1	III	Biotecnológico
5	Bahiafarma	1	I	Produto para saúde
		1		Sintético
		1	III	Sintético
		1		Biotecnológico
		1	IV	Sintético
4	Furp	2	II	Sintético
		1	III	Sintético
		1	III	Produto para saúde

Quadro 3. PDP vigentes por LFO/Fase/Tipo de produto – setembro de 2020

Total de PDP vigentes/IP	Instituição Pública (IP)	Número de PDP por Fase		Tipo de produto
		(I, II, III ou IV)		
4	Nuplam	3	II	Sintético
		1	III	Sintético
3	Funed	1	II	Biotecnológico
		1	III	Sintético
		1	IV	Sintético
3	LAQFA	1	I	Sintético
		2	II	Sintético
2	LQFEX	1	I	Sintético
		1	III	Sintético
2	UEPB	2	III	Produto para saúde
1	Hemobrás	1	III	Hemoderivado
1	ICC-Fiocruz/IBMP	1	II	Produto para saúde
1	Nuplam LAQFA	1	II	Sintético
1	UFPE	1	II	Produto para saúde
91	Total	91		

Fonte: elaboração própria, baseada nas planilhas fornecidas pela SCTIE/MS no site do MS. Dados de 21/09/2020²⁵.

Mesmo diante dos avanços, ameaças vêm sendo enfrentadas para a continuidade das PDP. Como fatores externos aos LFO, podem-se identificar: a falta de estabilidade das políticas de Estado que envolvem os acordos; a instabilidade cambial ocorrida nos últimos anos, que interfere diretamente nos preços negociados; e mais recentemente, em 2019, a suspensão pelo MS de parcerias com 7 LFO²⁹, atingindo a produção de 19 medicamentos distribuídos pelo SUS.

FRAGILIDADES E DESAFIOS

Em que pese o papel estratégico dos LFO para o SUS, apresentam fragilidades, que, muitas vezes, acarretam ociosidade fabril e lentidão de resposta às demandas. Estudos indicam questões como a falta de pessoal qualificado para atividades mais complexas, como para transferência de tecnologia, o que reflete a necessidade de maior intensificação na

qualificação de pessoal, voltada às estratégias de inovação. Outros desafios identificados foram rigidez organizacional, planejamento insuficiente, interferência política, entraves relacionados com a burocracia da legislação de compras públicas (Lei nº 8.666/93 e Lei nº 10.520/02), limitações de estrutura física, entre outras^{20,21}.

Outrossim, dificuldades como corte de investimentos e redução de orçamentos, ocasionadas pelo cenário de congelamento de gastos imposto pela Emenda Constitucional nº 95 e pela atual crise fiscal e financeira do Estado brasileiro, alterações em legislações e acordos, mudanças de pessoal no governo, diminuição de demandas públicas, concorrência desleal com fornecedores estrangeiros e falta de perspectivas de novos concursos públicos ampliam a vulnerabilidade relativa à Covid-19 e ao acesso universal à saúde. Além disso, mudanças trazidas pela 4ª Revolução Tecnológica (*big data*, mineração de dados, internet das

coisas etc.), que geram acelerado desenvolvimento tecnológico e científico, trazem desafios adicionais aos institutos, forçando-os a uma revisão de suas competências e de seus tradicionais sistemas de gerenciamentos de dados, a fim de manterem sua competitividade e sustentabilidade^{7,19,30,31}.

As vulnerabilidades do Ceis, como exemplo, a dependência externa de insumos e produtos intermediários e as oscilações cambiais, aliadas aos problemas trazidos pela pandemia, como as barreiras protecionistas impostas por países produtores de insumos e medicamentos, como Índia e China; o aumento nos preços de produtos importados usados na produção e pesquisa, devido à elevação da demanda mundial e da desvalorização da moeda nacional; e dificuldades de logística internacional, em função da alta nos preços dos fretes e redução do número de rotas, revelam o difícil cenário atual, que influenciam na capacidade de resposta dos LFO no enfrentamento da pandemia^{25,31}.

Avanços na pandemia – ações mais relevantes

Na pandemia, esforços para o enfrentamento da doença e manutenção das atividades cotidianas vêm sendo realizados pelos LFO. Como exemplos de ações desenvolvidas por alguns deles, verificaram-se em consulta aos seus sítios eletrônicos: produção e distribuição de álcool em gel a profissionais de saúde, aquisição de material de proteção para abastecimento de unidades de saúde, realização de testes diagnósticos, desenvolvimento de máscara resistente ao vírus, ampliação da produção de medicamentos que se encontram em estudo para tratamento da Covid-19 e desenvolvimento de soros.

Butantan, Bio-Manguinhos e Farmanguinhos, têm obtido destaque no combate à pandemia, coordenando estudos e ensaios clínicos e realizando parcerias em projetos e pesquisas inovadoras quanto a vacinas e medicamentos.

O Butantan, principal produtor nacional de imunobiológicos e grande fabricante de

soros hiperimunes e antígenos vacinais³², Bio-Manguinhos, responsável pela autossuficiência em vacinas essenciais do MS e grande produtor de reativos e biofármacos³³; e Farmanguinhos, maior produtor público de medicamentos antirretrovirais para o SUS³⁴ e com maior número de PDP autorizadas pelo MS²¹, em plena pandemia, intensificaram suas atividades e entregas, realizaram novas alianças internacionais e mantiveram em andamento programas essenciais do MS, como a Vacinação e o Programa DST/Aids, além de cumprirem importantes etapas de suas PDP^{30,34,35}.

BIO-MANGUINHOS E BUTANTAN

Bio-Manguinhos e Butantan garantiram a produção de vacinas para atendimento do PNI na Campanha de Multivacinação 2020, tendo como destaque a campanha contra o sarampo, cuja vacina tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) é produzida por Bio-Manguinhos, e a do vírus Influenza (inclui a gripe H1N1), pelo Butantan^{32,35}.

Em relação à vacina, grandes passos já foram dados em direção ao fortalecimento da ciência e tecnologia nacionais e garantia de autonomia em relação à doença. Dezoito vacinas nacionais estavam em desenvolvimento, em julho de 2021, por universidades e Institutos de Ciência e Tecnologia (ICT), sendo que cinco são de LFO (duas de Bio-Manguinhos e três do Butantan)³⁵. No *quadro 4*, pode-se ver o tipo de vacina e a fase em que se encontram. Caso sejam aprovadas, irão representar um marco em inovação tecnológica para o País, visto que, até hoje, nunca houve uma vacina totalmente nacional, por obstáculos diversos, tais como a insuficiência de políticas para inovação, legislação burocrática, dificuldade em parcerias com a iniciativa privada causada em parte pelo risco do processo e de modo central, pela fragilidade dos produtores nacionais de vacinas em termos de capacitação tecnológica para a inovação, ou seja, capacidade de realizar inovações disruptivas e não apenas incrementais^{7,37}.

Quadro 4. Vacinas nacionais contra Sars-CoV-2 em desenvolvimento - Instituto Farmacêutico Público/Plataforma/Fase de desenvolvimento - dados de julho de 2021

IFP desenvolvedor	Plataforma tecnológica/Tipo de vacina	Fase de desenvolvimento
Bio-Manguinhos	Vacina sintética	Pré-clínica
Bio-Manguinhos	Vacina baseada em subunidade proteica	Pré-clínica
Butantan/ Dynavax / PATH	Vacina de Vírus inativado	Fase I/II
Butantan	Vesículas de membrana externa em plataforma de múltiplos antígenos	Pré-clínica
Butantan	Vacina baseada em partículas semelhantes a vírus (VLP)	Pré-clínica

Fonte: CGPCLIN/Decit/SCTIE/MS³⁵.

Além do desenvolvimento endógeno de vacinas, outras medidas vêm sendo adotadas por esses LFO para o combate à pandemia e proteção da saúde da população.

O Butantan, ligado ao estado de São Paulo, está desenvolvendo estudos de um soro a partir do plasma de cavalos e de um produto composto por anticorpos monoclonais neutralizantes para seu tratamento^{38,39}.

Como ação mais relevante, tem coordenado no Brasil o estudo clínico Proviscov, relacionado com a segurança e a eficácia da vacina produzida pela farmacêutica chinesa Sinovac Biotech. Doze centros de pesquisa foram envolvidos no estudo, abrangendo 9 mil voluntários, todos profissionais de saúde da linha de frente no atendimento a pacientes com a Covid-19. Em setembro de 2020, assinou com a Sinovac um contrato para transferência de tecnologia da vacina contemplando o fornecimento de 46 milhões de doses do imunizante e produção nacional integral, caso os testes do estudo clínico fossem aprovados pela Anvisa. Em janeiro de 2021, o uso emergencial da CoronaVac foi aprovado^{36,40}.

Bio-Manguinhos, desde o início da pandemia, tem atuado na contenção e prevenção da doença. Em parceria com o Instituto de Biologia Molecular do Paraná (IBMP) e apoiado pelo Instituto Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz), o laboratório desenvolveu em tempo recorde o *Kit* Molecular Sars-CoV-2, que começou a ser distribuído aos Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacen) e de

referência, no início de março, e obteve o registro na Anvisa do *Kit* TR DPP, resultado de uma parceria com a Chembio (EUA), que, diferentemente, do teste molecular, dispensa estrutura laboratorial e pode ser utilizado em ambulatórios e unidades básicas de atenção primária de saúde⁴¹.

Outra iniciativa tem sido a avaliação e a discussão de diferentes modelos de parcerias com os principais desenvolvedores mundiais para produção e desenvolvimento clínico em suas instalações⁴². Como resultado, em setembro de 2020, assinou um acordo de encomenda tecnológica com a farmacêutica AstraZeneca, garantindo acesso a 100,4 milhões de doses da vacina ChAdOx1, desenvolvida pela Universidade de Oxford. Assim como o Butantan, o uso emergencial da vacina foi aprovado em janeiro de 2021, e em março, obteve o registro definitivo, tornando-se detentor do primeiro registro de uma vacina Covid-19 produzida no País. Em junho, assinou contrato com a AstraZeneca para a produção 100% nacionalizada do imunizante, o que será um marco para a produção da vacina no Brasil. O acordo com a AstraZeneca permitirá, além da incorporação tecnológica dessa vacina, o domínio de uma plataforma para desenvolvimento de imunizantes para prevenção de outras enfermidades, como a malária^{36,42,43}.

FARMANGUINHOS

Quanto aos medicamentos, a estratégia mais rápida que a ciência pode fornecer para ajudar

no combate à Covid-19 é a análise de fármacos já aprovados para outros usos⁴⁴.

Farmanguinhos tem apoiado as pesquisas desenvolvidas para o tratamento da Covid-19 com fornecimento de medicamentos e placebos. Dois de seus medicamentos tiveram sua eficácia testada. Para estudos do antimalárico cloroquina, colaborou com o ensaio clínico *Solidarity*, da Organização Mundial da Saúde (OMS), coordenado pela Fiocruz com a participação de Bio-Manguinhos; e com o estudo *CloroCOVID-19*, desenvolvido pela Fundação de Medicina Tropical Dr. Heitor Vieira Dourado, em Manaus (AM)⁴⁵. Quanto ao antirretroviral Atazanavir, tem contribuído com o estudo coordenado pelo Centro de Desenvolvimento Tecnológico em Saúde (CDTS), com envolvimento de cientistas da Fiocruz, Instituto D'Or de Pesquisa e Ensino e da Universidade Iguazu⁴⁶ e com a intitulada Coalizão Covid-19 Brasil IX, em parceria com a farmacêutica Blanver e o Hospital do Coração (HCor). Cabe destacar que nenhum desses medicamentos se mostrou promissor até o momento. No entanto, o LFO tem estudado a viabilidade de pesquisa e desenvolvimento de novos fármacos e buscado parcerias para outros produtos⁴⁷.

Conclusões

Os LFO, tanto em iniciativas já estabelecidas como em ações prospectivas, têm explicitado suas competências para o desenvolvimento econômico e tecnológico do Ceis, as quais têm se manifestado no enfrentamento da pandemia. Suas atividades demonstram o esforço para integração das políticas públicas de saúde e industriais, tanto no âmbito federal como no estadual. Com a mudança de perfil, promovida pela necessidade de competitividade e fortalecimento da capacidade científica e produtiva, muitos migraram de um modelo puramente fabril para um mais estratégico, desempenhando cada vez mais o papel de ICT.

Por suas atividades e estratégias durante a pandemia, identificadas no estudo, analisando-se de uma perspectiva mais ampla, foi possível perceber o grande papel que esses institutos desempenham para manutenção dos diversos programas do MS e redução das vulnerabilidades do Ceis. Nesse cenário, reitera-se a importância da ampliação do papel do Estado para manutenção e sustentação de um ambiente que favoreça o sistema de inovação em saúde, essencial para o desenvolvimento econômico do País e sustentabilidade de sua indústria farmacêutica.

Em um cenário de transformação em curso, ocasionado pela 4ª Revolução Tecnológica, impõe-se a esses institutos uma agenda de mudança. Para alcance de sustentabilidade e desenvolvimento em longo prazo, devem investir continuamente na cooperação com instituições públicas e privadas, na qualificação de seus profissionais e na incorporação de novos modelos de gestão e tecnologias. O compromisso com a produção de medicamentos e produtos de saúde essenciais para o SUS, envolvendo desde os mais básicos até os de maior complexidade e valor agregado, assim como o incremento de atividades associadas à inovação, são medidas fundamentais para fortalecimento do braço estratégico público do Ceis e maior suporte ao SUS, diante de seu enorme desafio de garantia de acesso universal à saúde.

Colaboradores

Fernandes DRA (0000-0002-0969-2707)* contribuiu para a concepção, planejamento, coleta de dados, interpretação dos resultados e redação do trabalho. Gadelha CAG (0000-0002-9148-8819)* contribuiu para a supervisão do estudo, análise, interpretação dos resultados e revisão crítica do manuscrito. Maldonado JMSV (0000-0002-0815-1765)* contribuiu para a análise, interpretação dos resultados e revisão crítica do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Oliveira MA, Bermudez JAZ, Osório-de-Castro CGS. Assistência farmacêutica e acesso a medicamentos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007. 112 p.
2. Gadelha CAG, Costa LS, Maldonado J. O complexo econômico-industrial da saúde e a dimensão social e econômica do desenvolvimento. *Rev. Saúde Públ.* 2012 [acesso em 2020 dez 20]; 46(supl1):21-28. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012005000065>.
3. Giovannella L, Mendoza-Ruiz A, Pilar ACA, et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018 [acesso em 2020 dez 20]; 23(6):1763-1776. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05562018>.
4. Magalhães JL, Antunes MAS, Andrade NB. Laboratórios farmacêuticos oficiais e sua relevância para saúde pública do Brasil. *RECIIS, Rev. Eletrônica Comum.* 2011 [acesso em 2020 dez 20]; 5(1):85-99. Disponível em: <https://doi.org/10.3395/reciis.v5i1.512>.
5. Bermudez JAZ, Esher A, Osorio-de-Castro CGS, et al. Assistência Farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018 [acesso em 2020 dez 20]; 23(6):1937-1949. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.09022018>.
6. Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais do Brasil. Conselho Federal de Farmácia. Laboratórios farmacêuticos oficiais do Brasil. Brasília, DF: Alfob/CFF; 2019.
7. Almeida ACS. Análise dos efeitos das parcerias para o desenvolvimento produtivo nos laboratórios farmacêuticos oficiais. [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2018. 318 p.
8. Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Tecnologia em Fármacos Farmanguinhos. História 1976 a 1989. [acesso em 2020 dez 20]. Disponível em: <https://www.fiocruz.br/instituto/historia/1976-a-1990/>.
9. Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos. História. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2019. [acesso em 2020 dez 20]. Disponível em: <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/home/historia>.
10. Oliveira EA, Labra ME, Bermudez J. A produção pública de medicamentos no Brasil: uma visão geral. *Cad. Saúde Pública.* 2006; 22(11):2379-2389.
11. Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Tecnologia em Fármacos Farmanguinhos. Relatório de atividades 2009-2013. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014.
12. Chaves GC, Oliveira MA. Estratégias governamentais para redução de preços de medicamentos em situação de monopólio: produção local e enfrentamento da barreira patentária. In: Hasenclever L, Paranhos J, Chaves G, et al. Vulnerabilidades do complexo industrial da saúde: reflexos das políticas industrial e tecnológica na produção local e assistência farmacêutica. Rio de Janeiro: E-papers; 2018. p. 181-211.
13. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Consultas. 2021. [acesso em 2021 maio 16]. Disponível em: <https://consultas.anvisa.gov.br>.
14. Ferreira Neto PTP, Cunha CR. Produção pública de medicamentos no Brasil no contexto da pandemia da COVID-19. *Rev. Gest. Saúde (Brasília).* 2020 [acesso em 2020 dez 20]; 11(3):296-309. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/32291>.
15. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Rename 2020. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020. 217 p. [acesso em 2020 dez 2]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_medicamentos_rename_2020.pdf.
16. Vieira FS, Santos MAB. Texto para discussão. O setor farmacêutico no Brasil sob as lentes da conta-satélite de saúde. Brasília, DF: Rio de Janeiro: Ipea; 2020.

17. Brasil. Ministério da Saúde. Laboratórios Oficiais. 2018. [acesso em 2020 set 2]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/assistencia-farmaceutica/laboratorios-oficiais>.
18. Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais do Brasil. Laboratórios associados. 2020. [acesso em 2020 set 2]. Disponível em: <http://alfob.org.br/laboratorios-associados/>.
19. Mendonça J. Importância de laboratórios oficiais para a sustentabilidade de políticas públicas e o desenvolvimento tecnológico no país. *Rev. Facto Abifina*. 2018; 12(57):28-31.
20. Rezende KS. As parcerias para o desenvolvimento produtivo e estímulo à inovação em instituições farmacêuticas públicas e privadas. [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2013. [acesso em 2017 out 10]. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=688814&indexSearch=ID>.
21. Fernandes DRA. Fatores críticos de sucesso em Parceria para o Desenvolvimento Produtivo PDP Estudo de caso em um laboratório farmacêutico público (Farmanguinhos). [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2019. [acesso em 2020 nov 10]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/iciet/34235>.
22. Akkari ACS, Munhoz IP, Tomioka J, et al. Inovação tecnológica na indústria farmacêutica: diferenças entre a Europa, os EUA e os países farmaemergentes. *Gest. Prod*. 2016 [acesso em 2020 set 10]; 23(2):365-380. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-530x2150-15>.
23. Fundação Oswaldo Cruz. Educação Farmanguinhos. Guia para Estudantes. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2019. [acesso em 2021 set 10]. Disponível em: <https://www.far.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/05/guia-do-estudante.pdf>.
24. Bastos VD. Laboratórios farmacêuticos oficiais e doenças negligenciadas: perspectivas de política pública. *Revista do BNDES*. 2006; 13(25):[269]-298.
25. Associação Brasileira das Indústrias de Química Fina, Biotecnologia e suas Especialidades. A Hora da virada para a indústria farmacêutica. *Rev. Facto Abifina*. 2020 [acesso em 2020 nov 15]; 14(63):22-25. Disponível em: http://www.abifina.org.br/revista_facto_home.php.
26. Gadelha CAG, Temporão JG. Desenvolvimento, Inovação e Saúde: a perspectiva teórica e política do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. *Ciênc. Saúde Colet*. 2018 [acesso em 2020 nov 15]; 23(6):1891-1902. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06482018>.
27. Costa NR, Lago RF, Souza ACA, et al. Complexo Econômico-Industrial da Saúde e a produção local de medicamentos: estudo de caso sobre sustentabilidade organizacional. *Saúde debate*. 2019; 43(esp7):8-21.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020. [acesso em 2020 set 23]. Disponível em: <https://saude.gov.br/saude-de-a-z/parcerias-para-o-desenvolvimento-produtivo-pdp>.
29. Matos A. Fiocruz esclarece sobre contratos de PDP. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Tecnologia em Fármacos Farmanguinhos; 2019. [acesso em 2020 dez 10]. Disponível em: <https://www.far.fiocruz.br/2019/07/fiocruz-esclarece-sobre-contratos-de-parcerias-de-desenvolvimento-produtivo-pdp/>.
30. Fundação Oswaldo Cruz. Relatório de atividades 2020. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020.
31. Fernandes DRA, Gadelha CAG, Maldonado JMSV. Vulnerabilidades das indústrias nacionais de medicamentos e produtos biotecnológicos no contexto da pandemia de COVID-19. *Cad. Saúde Pública*. 2021; 37(4):e00254720.
32. Instituto Butantan. O Instituto. São Paulo. [acesso

- em 2020 nov 20]. Disponível em: <https://butantan.gov.br/institucional/o-instituto>.
33. Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos. Quem somos. Rio de Janeiro: Fiocruz, Bio-Manguinhos; 2020. [acesso em 2020 nov 20]. Disponível em: [https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/home/quem-somos#:~:text=O%20Complexo%20Tecnol%C3%B3gico%20de%20Vacinas,Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde%20\(MS\)](https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/home/quem-somos#:~:text=O%20Complexo%20Tecnol%C3%B3gico%20de%20Vacinas,Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde%20(MS)).
 34. Oliveira V. Farmanguinhos obtém registro de mais um antirretroviral. Rio de Janeiro: Fiocruz, Farmanguinhos; 2020. [acesso em 2020 nov 20]. Disponível em: <https://www.far.fiocruz.br/2020/10/farmanguinhos-obtem-registro-de-mais-um-antirretroviral/>.
 35. Schueler P. Bio-Manguinhos fornece vacinas para Campanha de Multivacinação. Bio-Manguinhos. Rio de Janeiro: Bio-Manguinhos, Fiocruz; 2020. [acesso em 2020 out 19]. Disponível em: <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/noticias/2016-bio-manguinhos-fornece-vacinas-para-campanha-de-multivacinacao>.
 36. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Relatório Técnico – Monitoramento de vacinas em desenvolvimento contra SARS-CoV-2. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020.
 37. Bohem C. Butantan desenvolve a primeira vacina nacional contra covid-19. Agência Brasil. 2021 mar 16. [acesso em 2021 ago 20]. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-03/butantan-desenvolve-primeira-vacina-nacional-contracovid-19>.
 38. Instituto Butantan. Soro contra a Covid-19 produzido pelo Butantan está pronto para ser testado em humanos. São Paulo. 2021. [acesso em 2021 mar 6]. Disponível em: <https://butantan.gov.br/noticias/soro-contra-a-covid-19-produzido-pelo-butantan-esta-pronto-para-ser-testado-em-humanos>.
 39. Instituto Butantan. Fapesp: Butantan vai desenvolver, em laboratório, anticorpos para tratamento. São Paulo: Agência Fapesp; 2020. [acesso em 2020 set 30]. Disponível em: <http://www.butantan.gov.br/noticias/fapesp-butantan-vai-desenvolver-em-laboratorio-anticorpos-para-tratamento-da-covid-19>.
 40. Instituto Butantan. Governo de SP assina contrato com Sinovac para o fornecimento de 46 milhões de doses da Coronavac. São Paulo. 2020. [acesso em 2020 out 3]. Disponível em: <https://butantan.gov.br/noticias/governo-de-sp-assina-contrato-com-sinovac-para-o-fornecimento-de-46-milhoes-de-doses-da-coronavac>.
 41. Instituto de Biologia Molecular do Paraná. Pesquisadores desenvolvem Kit diagnóstico para o novo coronavírus. Paraná: IBMP; 2020. [acesso em 2020 ago 2]. Disponível em: <http://www.ibmp.org.br/pt-br/pesquisadores-do-ibmp-e-da-fiocruz-desenvolvem-kit-diagnostico-para-o-novo-coronavirus/>.
 42. Fundação Oswaldo Cruz. Fiocruz assina contrato de 100 milhões de doses da vacina. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020. [acesso em 30 set 2020]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/fiocruz-assina-contrato-de-100-milhoes-de-doses-da-vacina>.
 43. Fundação Oswaldo Cruz. Fiocruz recebe primeiro registro da Anvisa para vacina Covid-19 produzida no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2021. [acesso em 2021 jul 10]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/fiocruz-recebe-primeiro-registro-da-anvisa-para-vacina-covid-19-produzida-no-brasil>.
 44. Fundação Oswaldo Cruz. Fiocruz investiga ação de antirretrovirais contra Covid-19. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020. [acesso em 2020 maio 8]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/fiocruz-investiga-acao-de-antirretrovirais-contracovid-19>.
 45. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde acompanha 9 estudos para obter novos tratamentos contra coronavírus. Brasília, DF: Agência Saúde; 2020. [acesso em 2020 maio 7]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46669>.

-ministerio-da-saude-acompanha-9-estudos-para-obter-novos-tratamentos-contracoronavirus.

46. Assessoria de Comunicação. Farmanguinhos participa de estudos clínicos da Cloroquina. Rio de Janeiro: Fiocruz, Farmanguinhos; 2020. [acesso em 2020 maio 7]. Disponível em: <https://www.far.fiocruz.br/2020/04/cloroquina/>.
47. Sandes T. Quatro projetos de Farmanguinhos são aprovados para o Inova Fiocruz Covid-19. Rio de Ja-

neiro: Fiocruz, Farmanguinhos; 2020. [acesso em 2021 ago 2]. Disponível em: <https://www.far.fiocruz.br/2020/07/quatro-projetos-de-farmanguinhos-sao-aprovados-para-o-inova-fiocruz-covid-19/>.

Recebido em 10/06/2021

Aprovado em 12/10/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Projeto 'Desafios para o Sistema Único de Saúde no contexto nacional e global de transformações sociais, econômicas e tecnológicas - CEIS 4.0'

Avaliação da qualidade da informação de sites sobre Covid-19: uma alternativa de combate às *fake news*

Assessment of the quality of information on Covid-19 websites: an alternative for combating fake news

André Pereira Neto¹, Eduardo de Castro Ferreira^{2,3}, Raquel Luciana Angela Marques Tauro Domingos⁴, Leticia Barbosa¹, Bruna Luiza de Amorim Vilharba², Francine de Sales Dorneles⁴, Vania Silva dos Reis⁴, Zilda Alves de Souza⁴, Samara Vilas-Bôas Graeff⁵

DOI: 10.1590/0103-1104202213202

RESUMO As tecnologias de informação e comunicação têm-se disseminado globalmente. Elas estão cada vez mais presentes em quase todos os aspectos da vida humana, incluindo a saúde. Em meio à ampla disseminação de informações falsas, a questão da qualidade da informação tem assumido grande importância, especialmente em contexto de pandemia. Entre julho e agosto de 2020, foi realizada uma avaliação da qualidade da informação em sites sobre Covid-19 de quatro secretarias de saúde do estado de Mato Grosso do Sul. Essa avaliação participativa utilizou cinco critérios, acompanhando a literatura internacional, a saber: Técnico, Interatividade, Abrangência, Legibilidade e Acurácia, subdivididos em 46 indicadores. Os resultados apontam que os sites avaliados apresentaram baixo grau de conformidade com os indicadores e critérios utilizados e não divulgam as principais evidências científicas sobre o tema, disponíveis no site do Ministério da Saúde. A pandemia de Covid-19 tem sido marcada pela alta circulação de *fake news*. Nesse contexto, é imprescindível que páginas de secretarias de saúde apresentem informação sobre a doença com qualidade e legibilidade. Só assim, oferecerão um conteúdo informativo confiável e baseado em evidências científicas, contribuindo para o enfrentamento de notícias falsas e seus impactos negativos.

PALAVRAS-CHAVE Internet. Estudos de avaliação como assunto. Infecções por coronavírus. Acesso à informação on-line. Qualidade da informação em saúde.

ABSTRACT Information and communication technologies have spread worldwide and are increasingly present in almost every aspect of human life, including health. The issue of information quality has assumed great importance amid the widespread dissemination of false knowledge, especially in a pandemic. We evaluated the quality of information on Covid-19 websites of four Health Secretariats in the state of Mato Grosso do Sul, Brazil, from July to August 2020. This participatory evaluation employed five criteria, following the international literature, namely: Technical, Interactivity, Comprehensiveness, Readability, and Accuracy, subdivided into 46 indicators. The results of the evaluated websites point to a low level of compliance with the indicators and criteria adopted and fail to disclose the primary scientific evidence on the topic, available on the Ministry of Health's website. The high circulation of fake news has marked the Covid-19 pandemic. In this context, Health Secretariats' pages should display quality and intelligible information about the disease. Only then will they offer reliable informational content based on scientific evidence, contributing to the fight against fake news and its adverse impacts.

KEYWORDS Internet. Evaluation studies as topic. Coronavirus infections. Online access to information. Quality of health information.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. andreperairaneto@gmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Fiocruz Mato Grosso do Sul - Campo Grande (MS), Brasil.

³Universidade Anhanguera Uniderp - Campo Grande (MS), Brasil.

⁴Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) - Campo Grande (MS), Brasil.

⁵Prefeitura Municipal de Campo Grande (PMCC), Centro Regional de Saúde Nova Bahia (CRSNB) - Campo Grande (MS), Brasil.

Introdução

Desde o final do século XX, as Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), disseminadas por meio da internet, estão o se misturando cada vez mais a quase todos os aspectos da vida humana. Sua popularização mundial tem contribuído para transformações nas práticas e nos modos de atuação em diversos campos¹. Na internet, são incontáveis as fontes de informação disponibilizadas. Além disso, o indivíduo pode produzir informação, organizando seu próprio *site*, *blog*, página ou perfil em plataformas de mídia social. Por meio de diferentes ferramentas on-line, muitas pessoas conseguem interagir entre si e estabelecer redes sociais, mesmo que estejam geograficamente distantes².

Hoje em dia, diferentes organizações públicas e privadas ou indivíduos produzem informações sobre temas vinculados, de alguma forma, às questões relativas à saúde-doença. Muitas vezes, essas informações são insuficientes, insatisfatórias, desatualizadas, incorretas ou incompreensíveis. Assim, elas podem colocar em risco a saúde do cidadão e da sociedade. Diante desse contexto, a avaliação da qualidade da informação de saúde disponível on-line passou a assumir um papel relevante em várias partes do mundo³.

O atual cenário global encontra-se significativamente impactado pela pandemia de Covid-19 – ou *coronavirus disease 2019*, no termo original. Em abril de 2021, havia mais de 132 milhões de casos confirmados de Covid-19 e mais de 2,8 milhões de mortes causadas pela doença no mundo⁴. No Brasil, até o início desse mesmo ano, mais de 13 milhões de casos foram confirmados, totalizando aproximadamente 337 mil óbitos⁵. A emergência e a disseminação de Covid-19 produziram uma série de impactos em diversas esferas da sociedade, afetando direta ou indiretamente milhões de pessoas ao redor do planeta⁶.

No campo da saúde pública, têm sido enfrentados inúmeros desafios resultantes da pandemia, incluindo a adoção de uma série de

medidas preventivas, como o uso de máscara e de álcool em gel e o distanciamento social. O aumento dos casos levou, em determinados momentos, ao colapso de sistemas de saúde, particularmente nos serviços de emergência e nos centros de terapia intensiva dos hospitais⁷. Os profissionais de saúde que estão atendendo muitas vezes sofrem ansiedade e depressão diante do trabalho exaustivo⁸. Cabe salientar que essa pandemia afeta principalmente os vulneráveis sociais⁹.

Informações de saúde on-line baseadas em evidências podem, por exemplo, reduzir o uso de serviços de saúde¹⁰. Segundo Lagan, Sinclair e Kernohan¹¹, elas podem ter “um impacto visível na tomada de decisão das mulheres em relação a todos os aspectos de sua gravidez”¹¹⁽³³⁶⁾. Por essa razão, uma informação on-line de qualidade, com fonte confiável, atualizada e facilmente compreensível pode exercer um papel fundamental nas práticas de autocuidado, nos custos dos serviços, na prevenção de doenças e na promoção da saúde^{11,12}. Com ela, o cidadão, no caso de Covid-19, poderá conhecer e, possivelmente, adotar as medidas preventivas preconizadas pela ciência; assim como saber onde e quando fazer os exames diagnósticos e receber o atendimento médico possível e necessário¹³.

Cabe atentar que, no contexto atual, as mídias digitais, caracterizadas pela presença global, instantânea e capilarizada, tornaram-se muito importantes e singularizaram a atual pandemia das até então existentes^{13,14}. Diferentemente de outros momentos históricos, indivíduos podem ter acesso imediato e remoto a notícias atualizadas sobre a evolução da pandemia. Em um *survey* on-line sobre as fontes de informação mais acessadas sobre Covid-19, Ho, Chen e Yen¹⁵ concluíram que:

As fontes mais comuns de informações relacionadas ao Covid-19 foram mídias da internet (80,52%), mídias tradicionais (52,62%), familiares (24,36%), colegas de trabalho (23,57%), amigos (21,08%), cursos acadêmicos (20,18%) e equipe médica (19,03%)¹⁵⁽²⁾.

A atual pandemia não inaugurou a busca de informação on-line sobre saúde, embora tenha intensificado. Nas últimas décadas, tem aumentado o número de indivíduos que utilizam as TIC para conhecer mais sobre sua condição de saúde¹⁶. Tal prática tem sido impulsionada e está se tornando estratégica entre pacientes com suspeita ou diagnóstico de Covid-19, devido ao contexto de incerteza produzido pela pandemia, caracterizado por “perdas devastadoras de vidas, morbidade física, angústia mental e sofrimento geral”¹⁷⁽²⁾.

Diante da crescente procura de informações na internet, proliferam *fake news* sobre Covid-19. Trata-se de notícias falsas, apresentadas em diversos formatos, que possuem geralmente um texto afirmativo. Essa característica leva muitas pessoas, que normalmente não checam as informações, a acreditar e a compartilhar tal conteúdo¹⁸.

Pereira Neto, Barbosa e Flynn¹⁸ advertem que os casos de desinformação nos meios de comunicação não são novos. Pelo contrário, eles estão presente desde os primeiros sistemas de escrita, sendo motivados principalmente por razões financeiras ou ideológicas, especialmente depois que ocorreu uma concentração dos meios de comunicação em poucas e grandes empresas. No entanto, as TIC facilitaram a criação e a disseminação de informações imprecisas e enganosas, o que poderia, em parte, explicar a dimensão que o fenômeno da desinformação tomou nos últimos anos.

Com a pandemia multiplicaram-se infinitamente o número de *sites*, *blogs* e canais no Youtube que oferecem informações atualizadas e apresentam visões de formadores de opinião destinados a públicos cada vez mais específicos¹⁸⁽¹²⁾.

Essa tendência aumentou a possibilidade de serem produzidas *fake news* sobre a pandemia.

Alguns estudos foram publicados recentemente avaliando as características e as consequências das *fake news* no caso de Covid-19. Entre eles, destaca-se o estudo de

Vasconcelos-Silva e Castiel¹⁹. Nele, os autores afirmam que *fake news* se revelam como

apropriações terciárias persecutórias, ingênuas, preconceituosas, alinhadas a agendas políticas, criminosas ou meramente comerciais, para validar ideias e conceitos fundamentados por enganada – ou enganosa – cientificidade de pontos de vista¹⁹⁽²⁾.

Galhardi e colaboradores²⁰ admitem que a

disseminação de notícias falsas contribui para o descrédito da ciência e das instituições globais de saúde pública, bem como enfraquece a adesão da população aos cuidados necessários de prevenção, ao lidar com a epidemia²⁰⁽⁴²⁰⁸⁾.

Nenhum desses artigos dedica sua atenção às formas de reação e resistência a essa tendência. Nenhum deles apresenta ou analisa as alternativas possíveis e disponíveis para o enfrentamento desse problema. Uma delas pode ser traduzida pela expressão *fact-checking*²¹. Trata-se de agências de informação dedicadas à checagem de fatos. Elas são atualmente credenciadas pela International Fact-Checking Network (IFCN) sob um mesmo código de princípios. A IFCN é uma rede que agrega mundialmente iniciativas de *fact-checking*. No Brasil, foi criada recentemente a Rede Nacional de Combate à Desinformação (RNCD). Ela reúne, em uma mesma plataforma, projetos, iniciativas, grupos de pesquisa, observatórios e agências em todo o País que monitoram, identificam, denunciam e combatem *fake news*²¹.

Uma alternativa de reação está associada à prática da educação baseada em literacia²². Sousa et al.²³ admitem que a literacia digital é uma modalidade de competência informacional que permite que o usuário tenha menos dificuldades e mais habilidades em pesquisar e distinguir as informações e saiba aplicá-las para melhorar sua saúde e qualidade de vida.

Este artigo apresenta e discute outra forma de reagir às *fake news*. Trata-se da avaliação da qualidade da informação disponível em *sites* de

saúde³. Ele descreve e analisa especificamente o resultado da avaliação da qualidade de quatro sites públicos sobre Covid-19: um vinculado à Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, e três secretarias municipais de saúde da mesma unidade da federação, a saber – Campo Grande, Corumbá e Dourados.

A pesquisa que serviu de base para a elaboração deste artigo foi realizada por um grupo de docentes e discentes durante a realização da Disciplina de Tópicos Especiais: Avaliação da Qualidade da Informação em Sites de Doenças Infecciosas e Parasitárias, do Programa de Pós-graduação em Doenças Infecciosas e Parasitárias (PPGDIP) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), entre 8 de julho e 19 de agosto de 2020, oferecida de modo remoto.

Serão apresentados a seguir a metodologia adotada, os critérios e indicadores utilizados e os resultados obtidos na avaliação da qualidade da informação de sites sobre Covid-19 mantidos por instituições governamentais brasileiras.

Material e métodos

Para a construção dos critérios e indicadores utilizados na avaliação da qualidade da informação em sites governamentais brasileiros sobre Covid-19, foram utilizados os critérios construídos a partir de duas revisões sistemáticas.

A primeira identificou e analisou 79 artigos publicados até o ano de 2001²⁴. A segunda baseou-se em 279 artigos publicados entre os anos de 2001 e 2014, disponíveis em bases bibliográficas internacionais²⁵.

Ambas as revisões concluíram que a maioria dos estudos publicados no mundo utilizou cinco critérios de avaliação da qualidade de informação em sites de saúde, a saber: técnico, interatividade, abrangência, legibilidade e acurácia. O critério técnico visa identificar se existe ou não um responsável pelo site ou se a informação oferecida dispõe de uma fonte. Ele

verifica ainda se existe, por exemplo, a data da criação e atualização desse ambiente virtual. O critério interatividade se dispõe a averiguar se o site oferece meios de comunicação entre usuários e os produtores de conteúdo, se dispõe de um canal do tipo ‘fale conosco’, se oferece acesso às redes sociais e se disponibiliza, por exemplo, ferramentas de busca e alternativas de acessibilidade a pessoas com deficiência²⁶. O critério legibilidade aprecia se a informação está disposta de forma que garanta a compreensão do usuário não especialista na área da saúde. O critério abrangência observa se o site oferece o conjunto de informações relevantes para um determinado tema ou problema de saúde. Se for o caso da avaliação da informação de sites de uma doença transmissível, o sentido da abrangência inclui informações sobre prevenção, sintoma, diagnóstico e tratamento. O critério acurácia mede o grau de concordância entre a informação oferecida no site e a melhor evidência disponível ou aceita pela ciência.

O estudo da avaliação da qualidade da informação em sites de saúde apresentado neste artigo utilizou os cinco critérios mencionados acima.

Cada critério foi composto por um número distinto de indicadores: perguntas avaliativas específicas, em sua maioria apresentadas com respostas estruturadas de forma dicotômica (Sim ou Não). No caso do critério técnico, foi perguntado, por exemplo, se ‘foi realizada atualização na última semana’. Em relação à abrangência, foi questionado se ‘existe informação sobre sintoma’. Em termos de interatividade, foi indagado se o site ‘possui alguma rede social’. Na legibilidade, uma das questões procurava saber se o avaliador ‘teve dificuldade em entender as informações sobre prevenção’. Para construir os indicadores do critério acurácia, as informações sobre a Covid-19, disponíveis no site oficial do Ministério da Saúde (MS), foram utilizadas como referência (<https://coronavirus.saude.gov.br/>). Os indicadores do critério acurácia foram os únicos que permitiram como resposta certa as opções ‘Sim’, ‘Não’ ou ‘Em parte’. Eles não

foram formulados em forma de pergunta, mas como uma sentença afirmativa. Os avaliadores deveriam verificar se a informação mencionada no indicador estava presente plenamente, em parte ou estava ausente no *site* avaliado. Um dos indicadores utilizados foi o seguinte: ‘Uma medida de prevenção é lavar as mãos frequentemente com água e sabão ou higienizar com álcool em gel 70%’. Em seguida, foi incluída a seguinte pergunta: ‘Esta informação está presente neste *site*?’. As respostas poderiam ser: ‘Sim’, ‘Não’ ou ‘Em parte’.

Os critérios técnico e legibilidade foram compostos por 6 indicadores cada; abrangência e interatividade, por 7 indicadores cada; e

acurácia, 20 indicadores. No total, os 5 critérios adotados somaram 46 indicadores. A resposta positiva a cada um desses indicadores revela o grau de conformidade entre a informação oferecida e aquela considerada ideal. Esses 46 indicadores conformam o ‘padrão ouro’, ou seja, integram o conjunto de informações que um *site* de excelência deveria ter.

O *quadro 1* apresenta os indicadores que compõem cada um dos critérios. Chama atenção o grande número de indicadores de acurácia (20). Esse fato se justifica pela inclusão nesse critério de indicadores relacionados com a prevenção (4), os sintomas (5), a transmissão (4), o diagnóstico (3) e o tratamento (4).

Quadro 1. Critérios e indicadores utilizados para a avaliação de qualidade da informação em *sites* sobre Covid-19

Critério	Nº de Indicadores	Indicadores
Técnico (T)	6	Foi realizada atualização na última semana no <i>site</i> ? Foi apresentada a fonte de informação para prevenção? Foi apresentada a fonte de informação para sintoma? Foi apresentada a fonte de informação para transmissão? Foi apresentada a fonte de informação para diagnóstico? Foi apresentada a fonte de informação para o tratamento?
Interatividade (I)	7	No <i>site</i> , existe um canal de atendimento para contato? O <i>site</i> possui alguma rede social? No <i>site</i> , existe ferramenta de busca? Página do <i>site</i> é atrativa? O <i>site</i> é de fácil navegação? O <i>site</i> possui ferramentas de acessibilidade (Libras, Autocontraste, AA ou outro)? O <i>site</i> possui tópico ‘perguntas mais frequentes’?
Abrangência (B)	7	Existem informações sobre prevenção? Existem informações sobre sintomas? Existem informações sobre transmissão? Existem informações sobre diagnóstico? Existe informação sobre onde fazer o diagnóstico? Existem informações sobre o tratamento? Existe informação sobre onde fazer o tratamento?
Legibilidade (L)	6	Existem imagens ou vídeos para colaborar com a compreensão das informações Você teve dificuldade em entender as informações sobre prevenção? Você teve dificuldade em entender as informações sobre sintomas? Você teve dificuldade em entender as informações sobre transmissão? Você teve dificuldade em entender as informações sobre diagnóstico? Você teve dificuldade em entender as informações sobre o tratamento?

Quadro 1. (cont.)

Critério	Nº de Indicadores	Indicadores
Acurácia (A)	20	<p>Uma medida de prevenção é lavar as mãos frequentemente com água e sabão ou higienizar com álcool em gel 70%. Esta informação está presente neste <i>site</i>?</p> <p>Uma medida de prevenção é, ao tossir ou espirrar, cobrir a boca e o nariz com lenço/ papel descartável ou com o antebraço. Esta informação está presente neste <i>site</i>?</p> <p>Uma medida de prevenção é utilizar máscara que cubra o nariz e a boca, em todos os ambientes. Esta informação está presente neste <i>site</i>?</p> <p>Uma medida de prevenção é evitar circulação desnecessária e manter distanciamento social mínimo de 1,5 m, caso seja necessário sair. Esta informação está presente neste ?</p> <p>Um dos sintomas é Síndrome Gripal caracterizada por, pelo menos, dois dos seguintes sintomas: sensação febril ou febre, dor de garganta, dor de cabeça, tosse ou coriza, nos últimos 5 a 10 dias. Esta informação está presente neste <i>site</i>?</p> <p>Um dos sintomas é a dificuldade para respirar ou falta de ar (dispneia). Esta informação está presente neste <i>site</i>?</p> <p>Um dos sintomas é perda de olfato (anosmia) ou diminuição do paladar (ageusia). Esta informação está presente neste <i>site</i>?</p> <p>Um dos sintomas é o cansaço e sintomas gastrointestinais (falta de apetite/náuseas/vômitos/diarreia). Esta informação está presente neste <i>site</i>?</p> <p>A transmissão acontece através de uma pessoa contaminada para outra por gotículas de saliva invisíveis. Esta informação está presente neste <i>site</i>?</p> <p>A transmissão pode ser evitada com o uso de máscara, lavagem das mãos e ambiente limpo e arejado. Esta informação está presente neste <i>site</i>?</p> <p>A transmissão acontece através do contato com superfícies como celulares, mesas, computadores e maçanetas que podem estar contaminadas. Esta informação está presente neste <i>site</i>?</p> <p>A transmissão acontece através dos contatos domiciliares de pessoas com suspeita ou confirmação de Covid-19, também devem cumprir isolamento por igual período de seus coabitantes, para evitar a transmissão. Esta informação está presente neste <i>site</i>?</p> <p>O diagnóstico é realizado em consulta médica para avaliar a possibilidade da doença através de sinais e sintomas. Esta informação está presente neste <i>site</i>?</p> <p>O diagnóstico, nos casos de sintomas respiratórios graves, é realizado por meio da tomografia dos pulmões. Esta informação está presente neste <i>site</i>?</p> <p>O diagnóstico laboratorial é realizado por meio da coleta de secreção no nariz (RT-PCR), até o oitavo dia do surgimento dos sintomas e/ou exame imunológico (teste rápido ou sorologia) indicado a partir do oitavo dia do início dos sintomas. Esta informação está presente neste <i>site</i>?</p> <p>O tratamento de cada paciente deve ser definido após avaliação médica dependendo se os sintomas são leves, moderados ou graves. Esta informação está presente neste <i>site</i>?</p> <p>O tratamento dos casos leves será direcionado pelos médicos de acordo com os sintomas de cada paciente usando analgésicos, antialérgicos e medicações para evitar vômito. Esta informação está presente neste <i>site</i>?</p> <p>O tratamento dos casos avaliados pelo médico como moderados (com falta de ar) inclui internação hospitalar ou acompanhamento domiciliar. Esta informação está presente neste <i>site</i>?</p> <p>O tratamento dos casos graves, ocorre no hospital ou unidade de pronto-atendimento, para manter a respiração adequada, podendo ser usado ventilador mecânico, corticoide e/ou antibiótico e acompanhamento multiprofissional de acordo com a avaliação médica. Esta informação está presente neste <i>site</i>?</p>

Fonte: elaboração própria.

A criação dos indicadores utilizados na avaliação contou com a participação de 14 estudantes de pós-graduação (12 mestrandos e 2 doutorandos) do PPGDIP da UFMS. Quatro deles são homens, e 12 são mulheres. Todos possuem formação na área de biociências. Os dois professores responsáveis pela disciplina também participaram desse momento.

A avaliação foi realizada durante a pandemia de Covid-19. Por essa razão, o preenchimento on-line da ferramenta avaliativa foi escolhido como alternativa em respeito às medidas de distanciamento social para redução da transmissão dessa doença. Para tanto, foi produzido um questionário por meio da ferramenta Google Forms® para a aferição da existência ou não das informações em cada *site* avaliado. O questionário continha um espaço para a identificação do avaliador e do *site* avaliado, além do conjunto dos 46 indicadores. Os resultados foram armazenados em uma planilha para posterior análise.

O processo de avaliação dos quatro *sites* foi realizado por esse mesmo grupo com outros convidados externos. Cada estudante convidou um amigo ou parente para compor o grupo de avaliadores. Em relação aos convidados externos, 13 tinham graduação completa, em distintas áreas do conhecimento, e 1 estava com o curso superior em andamento. Cabe destacar que esses convidados externos não foram submetidos a um treinamento específico para manipulação da ferramenta e para a realização da avaliação. No total, o grupo de avaliadores foi formado

por 30 pessoas, sendo metade composta por homens e metade, por mulheres.

O objetivo desta iniciativa foi realizar uma avaliação participativa dos *sites* selecionados, incluindo pessoas que representassem os possíveis usuários das informações disponibilizadas pelos *sites*. Dessa forma, pretendeu-se contemplar uma das deficiências identificadas por Paolucci e Pereira Neto²⁵. Em sua revisão sistemática, os autores constataram que apenas 2,5% de estudos de avaliação da qualidade da informação de *sites* de saúde contaram com a participação de usuários no processo avaliativo²⁵.

Foram selecionados para avaliação os *sites* da Secretaria Estadual de Saúde do Mato Grosso do Sul (<http://www.coronavirus.ms.gov.br>) e das secretarias de três municípios daquela unidade da federação: Campo Grande (<http://www.campogrande.ms.gov.br/sesau/covid19/>), Corumbá (<http://sisms.corumba.ms.gov.br/boletim/>) e Dourados (<http://corona.dourados.ms.gov.br>).

Essa escolha tinha a finalidade de apresentar para esses órgãos um relatório contendo recomendações para melhorar a qualidade da informação oferecida por seus ambientes on-line.

Resultados e discussão

A *tabela 1* apresenta os resultados obtidos na avaliação da qualidade da informação de quatro *sites* governamentais brasileiros sobre Covid-19.

Tabela 1. *Ranking* dos *sites* sobre Covid-19

Site/Critério	T	I	L	Ab	Ac	Média
1 Sec. Est. Saúde Mato Grosso do Sul	72%	70%	74%	63%	34%	62%
2 Sec. Mun. Saúde Dourados	38%	70%	83%	74%	42%	61%
3 Sec. Mun. Saúde Campo Grande	37%	68%	45%	38%	23%	42%
4 Sec. Mun. Saúde Corumbá	29%	31%	38%	41%	13%	30%

Fonte: elaboração própria.

T - Técnico; I - Interatividade; L - Legibilidade; Ab - Abrangência; Ac - Acurácia.

Tais resultados permitem chegar a algumas constatações. A primeira evidência está relacionada com a baixa qualidade da informação identificada nos quatro *sites* avaliados. Apenas os *sites* de Dourados e Mato Grosso do Sul conseguiram atingir em torno de 60% de conformidade. Os demais apresentaram percentuais abaixo de 42%.

Os destaques positivos da avaliação ficaram com os critérios interatividade e legibilidade. No primeiro caso, os *sites* de Campo Grande, Dourados e Mato Grosso do Sul alcançaram média em torno de 70%. Nos *sites* de Dourados e Mato Grosso do Sul, 80% dos avaliadores identificaram uma ferramenta de busca e consideraram fácil navegação nesses *sites*. No que tange ao critério de legibilidade, os *sites* de Dourados e Mato Grosso do Sul obtiveram mais de 70% de conformidade. O *site* de Dourados, por exemplo, contém vídeos que facilitam a compreensão da informação sobre essa doença. Esses resultados indicam que os *sites* de Campo Grande, Dourados e Mato Grosso do Sul possuem ferramentas que facilitam a interação entre o usuário e o

produtor da informação. Entretanto, é importante ressaltar que as vantagens associadas à informação on-line interativa e legível são reduzidas caso o conteúdo não seja preciso, atualizado e consonante com as atuais evidências científicas^{24,25}. No critério de acurácia, todos os *sites* avaliados apresentaram percentuais inferiores a 42%. Esse índice indica que menos da metade do conteúdo disponibilizado em cada página avaliada estava de acordo com as informações disponíveis no *site* oficial do MS dedicado ao coronavírus.

Na *tabela 2*, pode ser identificado o percentual de avaliadores que não encontram as informações consideradas imprescindíveis sobre a doença. O índice elevado desse percentual indica que essa informação não consta nesse *site*. Como poderá ser observado, em nenhum dos casos, esse percentual atingiu 100%. Esse resultado pode ser explicado pelo fato de alguns avaliadores não terem realizado sua apreciação de forma atenta. Além disso, cabe destacar que os convidados externos não foram submetidos a nenhuma forma de treinamento.

Tabela 2. Resultado dos indicadores de acurácia, de acordo com ausência de conformidade

Indicador de acurácia	Porcentagem de ausência de conformidade			
	CG	DDOS	MS	CBA
Uma medida de prevenção é lavar as mãos frequentemente com água e sabão ou higienizar com álcool em gel 70%. Esta informação está presente neste <i>site</i> ?	53%	10%	23%	90%
Uma medida de prevenção é, ao tossir ou espirrar, cobrir a boca e o nariz com lenço/ papel descartável ou com o antebraço. Esta informação está presente neste <i>site</i> ?	50%	7%	13%	87%
Uma medida de prevenção é utilizar máscara que cubra o nariz e a boca, em todos os ambientes. Esta informação está presente neste <i>site</i> ?	77%	43%	70%	83%
Uma medida de prevenção é evitar circulação desnecessária e manter distanciamento social mínimo de 1,5 m, caso seja necessário sair. Esta informação está presente neste <i>site</i> ?	77%	73%	53%	83%
Um dos sintomas é Síndrome Gripal caracterizada por, pelo menos, dois dos seguintes sintomas: sensação febril ou febre, dor de garganta, dor de cabeça, tosse ou coriza, nos últimos 5 a 10 dias. Esta informação está presente neste <i>site</i> ?	80%	60%	73%	77%
Um dos sintomas é a dificuldade para respirar ou falta de ar (dispneia). Esta informação está presente neste <i>site</i> ?	70%	17%	3%	57%

Tabela 2. (cont.)

Indicador de acurácia	Porcentagem de ausência de conformidade			
	CG	DDOS	MS	CBA
Um dos sintomas é perda de olfato (anosmia) ou diminuição do paladar (ageusia). Esta informação está presente neste site?	80%	90%	93%	93%
Um dos sintomas é o cansaço e sintomas gastrointestinais (falta de apetite/náuseas/vômitos/diarreia). Esta informação está presente neste site?	83%	87%	93%	93%
A transmissão acontece por meio de uma pessoa contaminada para outra por gotículas de saliva invisíveis. Esta informação está presente neste site?	77%	17%	23%	93%
A transmissão pode ser evitada com o uso de máscara, lavagem das mãos e ambiente limpo e arejado. Esta informação está presente neste site?	77%	40%	63%	90%
A transmissão acontece por meio do contato com superfícies como celulares, mesas, computadores e maçanetas que podem estar contaminadas. Esta informação está presente neste site?	73%	40%	43%	93%
A transmissão acontece por meio dos contatos domiciliares de pessoas com suspeita ou confirmação de Covid-19, também devem cumprir isolamento por igual período de seus coabitantes, para evitar a transmissão. Esta informação está presente neste site?	87%	70%	83%	67%
O diagnóstico é realizado em consulta médica para avaliar a possibilidade da doença através de sinais e sintomas. Esta informação está presente neste site?	83%	80%	83%	90%
O diagnóstico nos casos de sintomas respiratórios graves é realizado por meio da tomografia dos pulmões. Esta informação está presente neste site?	93%	90%	90%	93%
O diagnóstico laboratorial é realizado por meio da coleta de secreção no nariz (RT-PCR), até o oitavo dia do surgimento dos sintomas e/ou exame imunológico (teste rápido ou sorologia) indicado a partir do oitavo dia do início dos sintomas. Esta informação está presente neste site?	73%	73%	87%	93%
Os exames diagnósticos podem ser RT-PCR ou exames imunológicos (teste rápido ou sorologia) se o indivíduo tiver tido contato com uma pessoa infectada. Esta informação está presente neste site?	83%	73%	83%	93%
O tratamento de cada paciente deve ser definido após avaliação médica dependendo se os sintomas são leves, moderados ou graves. Esta informação está presente neste site?	70%	70%	80%	93%
O tratamento dos casos leves será direcionado pelos médicos de acordo com os sintomas de cada paciente usando analgésicos, antialérgicos e medicações para evitar vômito. Esta informação está presente neste site?	90%	67%	83%	93%
O tratamento dos casos avaliados pelo médico como moderados (com falta de ar) inclui internação hospitalar ou acompanhamento domiciliar. Esta informação está presente neste site?	77%	73%	83%	93%
O tratamento dos casos graves ocorre no hospital ou unidade de pronto atendimento, para manter a respiração adequada, podendo ser usado ventilador mecânico, corticoide e/ou antibiótico e acompanhamento multiprofissional de acordo com a avaliação médica. Esta informação está presente neste site?	90%	83%	10%	93%
Média	77%	58%	62%	87%

Fonte: elaboração própria.

MS (Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso do Sul); DDOS (Secretaria de Saúde Municipal de Dourados); CG (Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande); CBA (Secretaria Municipal de Corumbá).

Os resultados presentes na *tabela 2* parecem graves. Em relação à prevenção, por exemplo, o uso da máscara é uma das medidas preventivas reconhecidas e recomendadas pela Organização Mundial da Saúde para reduzir a disseminação da Covid-19²⁷. Porém, essa informação não esteve presente ou é de difícil visualização nos *sites* dos municípios de Corumbá, Campo Grande e no *site* da secretaria Estadual de Mato Grosso do Sul. No caso desses ambientes virtuais, a atenção esteve voltada para o oferecimento de informações epidemiológicas sobre a evolução da pandemia nessas regiões do estado, ao invés de disponibilizarem informações sobre prevenção da doença. No *site* de Corumbá, não constam informações relacionadas com a necessária lavagem das mãos com frequência ou o uso do álcool em gel 70%.

Em relação à transmissão, observa-se a ausência da maior parte das informações imprescindíveis. Cabe destaque ao fato de os *sites* de Campo Grande e Corumbá não informar que a transmissão acontece através do contato com superfícies como celulares, mesas, computadores e maçanetas que podem estar contaminadas. Nenhum dos quatro *sites* informa que a transmissão pode acontecer através dos contatos domiciliares de pessoas com suspeita ou confirmação de Covid-19.

Em relação a informações sobre diagnóstico, pode ser constatado que nenhum dos *sites* avaliados apresenta as informações mínimas necessárias. Quase todos os avaliadores não identificaram informações referentes ao teste diagnóstico, à necessidade de consulta médica para avaliar a possibilidade da doença e, à realização de tomografia no caso de sintomas respiratórios graves.

Em todos os *sites* avaliados, os indicadores relativos ao tratamento da doença também apresentaram baixa conformidade. Quase todos os avaliadores constataram que as informações sobre essa dimensão estiveram ausentes ou dificilmente visualizadas nos quatro ambientes digitais avaliados.

Diante dos resultados apresentados anteriormente, alguns aspectos merecem uma breve discussão.

Um deles está relacionado com o procedimento metodológico adotado na pesquisa que se transformou neste artigo.

Como mencionado, a avaliação da legibilidade dos quatro *sites* foi realizada pelos participantes da pesquisa.

Eysenbach et al.²⁴ já haviam demonstrado que “*none of the studies conducted comprehension tests with actual consumers or used judgments of literacy experts*”²⁴⁽²⁶⁹⁵⁾. Além disso, eles ressaltaram que os estudos utilizaram recursos tecnológicos para realizar a avaliação da legibilidade da informação. Para esses autores, tais fórmulas

*do not reflect other factors that affect comprehension such as frequency and explanation of medical jargon, writing style [...] or use of culturally specific information*²⁴⁽²⁶⁹⁴⁾.

Paolucci²⁵, em sua revisão sistemática, concluiu que a legibilidade de um *site* continuava sendo realizada com a utilização de fórmulas como Flesh-Kincaid Grade Level, Discern tool e Flesch Reading Ease. Assim, este artigo dialoga com a literatura internacional e propõe uma maneira de envolver o usuário final na avaliação de legibilidade.

Outro aspecto relacionado com a dimensão metodológica refere-se aos critérios e indicadores utilizados. Nesse caso, o modelo de avaliação adotado neste artigo difere, em muitos aspectos, de dois outros presentes no cenário acadêmico internacional. Um deles é o Health On Net Foundation (HON). Outro é o Discern Questionnaire (DQ).

HON (<https://www.hon.ch/en/>) é uma organização não governamental criada em 1995, sediada na Suíça. Ela avalia as páginas de saúde a partir de oito princípios, a saber: ‘autoridade’, que está relacionada com a presença da fonte da informação oferecida; ‘complementariedade’, que se preocupa com o fato da informação disponível não substituir a relação médico-paciente; ‘confidencialidade’, que avalia se a informação oferecida pelos pacientes não se tornou pública; ‘atribuição

e atualização', que busca verificar se consta a inclusão da última data de inserção da informação no *site*; 'garantia', refere-se ao fato do ambiente digital revelar que não tem interesse comercial; 'transparência', preocupa-se com o acesso que o usuário poderá ter nos *sites* por meio das inúmeras ferramentas de comunicação interna (fale conosco, *e-mail*, Facebook); 'transparência do patrocínio' dedica-se ao fato de identificar se o *site* indica suas fontes de financiamento; e 'honestidade e transparência sobre a publicidade'^{24,25}.

Apesar de alguns dos alguns critérios adotados neste artigo coincidirem com os princípios adotados pelo HON, cabe destacar que não há qualquer referência à acurácia e à legibilidade da informação entre os princípios adotados pela instituição suíça.

O DQ (<http://www.discern.org.uk/index.php>) é um projeto fundado em 1996-1997 pela British Library and National Health Services (NHS). Esse questionário fornece aos usuários uma maneira para eles avaliarem a qualidade da informação escrita sobre as opções de tratamento para um problema de saúde. Ele é dividido em três seções. A primeira preocupa-se com a confiabilidade da informação. A segunda leva o usuário a questionar a qualidade das informações sobre as opções de tratamento. Na terceira, orienta o usuário a realizar uma classificação geral da publicação. Uma das questões, por exemplo, pergunta se o *site* 'Descreve como funciona cada tratamento'. É possível que, nesse caso, o *site* descreva esse aspecto de forma incorreta, desatualizada ou incompreensível. Esse aspecto não é considerado pelo DQ^{24,25}.

Por essa razão, acredita-se que os critérios e o processo de avaliação adotados na pesquisa que resultou neste artigo sejam mais completos.

Outro ponto que merece destaque na discussão deste artigo pode ser evidenciado ao se comparar os resultados obtidos nesta pesquisa com outros encontrados em estudos anteriores.

O problema da baixa qualidade informacional de *sites* institucionais vinculados a secretarias de saúde já havia sido observado em dois estudos anteriores: um avaliando informações em *sites* de dengue²⁸, e outro verificando a qualidade das informações em *sites* de tuberculose²⁹.

Pereira Neto et al.²⁸ realizaram a avaliação da qualidade da informação em 20 *sites* sobre dengue, utilizando os mesmos critérios e seguindo a perspectiva participativa semelhante àquela realizada na pesquisa que resultou neste artigo. Entre eles, 7 eram vinculados a órgãos governamentais brasileiros, a saber: MS; Instituto Oswaldo Cruz (IOC), unidade da Fundação Oswaldo Cruz; Rede Dengue da Fundação Oswaldo Cruz (RD); Secretarias Estaduais de Saúde do Paraná (SES-PA), Rio de Janeiro (SES-RJ) e de Minas Gerais (SES-MG); e Secretaria Municipal de Saúde de Recife (SMS-RE).

Paolucci, Pereira Neto e Luzia²⁹ realizaram uma avaliação da qualidade da informação em 12 *sites* sobre tuberculose, empregando os critérios e a perspectiva de pesquisa participante adotados no estudo aqui apresentado. Entre os *sites* avaliados²⁹, 6 são vinculados a órgãos governamentais brasileiros, a saber: Programa Nacional de Controle da Tuberculose; MS; Fundação de Medicina Tropical; governo do estado do Amazonas (AM); SES-PA e São Paulo (SES-SP); e Secretarias Municipais de Saúde de Porto Alegre (SMS-PA) e Rio de Janeiro (SMS-RJ).

Os resultados obtidos na avaliação das informações em *sites* governamentais brasileiros sobre dengue²⁸ foi o seguinte:

Tabela 3. Resultado da avaliação de sites governamentais sobre dengue

Site/Critério	Técnico	Interatividade	Abrangência	Acurácia	Legibilidade	Total
Sec. Est. Saúde RJ	41,6%	89,5%	66,9%	65,7%	46,8%	62,1%
Sec. Est. Saúde PR	62,7%	54,0%	64,1%	38,6%	45,8%	53,0%
Ministério da Saúde	37,5%	76,0%	57,8%	62,9%	28,4%	52,5%
Sec. Est. Saúde MG	28,6%	67,5%	58,1%	20,7%	42,8%	43,6%
Rede Dengue (Fiocruz)	48,2%	61,0%	36,9%	24,3%	29,2%	39,9%
Sec. Mun. Saúde Recife	23,9%	25,0%	50,9%	23,6%	33,8%	31,4%
Instituto Oswaldo Cruz	36,4%	24,0%	23,1%	11,4%	16,8%	22,3%

Fonte: Pereira Neto et al.²⁸.

Os resultados obtidos na avaliação das informações em sites governamentais brasileiros sobre tuberculose²⁹ foi o seguinte:

Tabela 4. Resultado da avaliação de sites governamentais sobre tuberculose

Site/Critério	Técnico	Interatividade	Abrangência	Acurácia	Legibilidade	Total
Sec. Est. Saúde SP	44%	77%	83%	41%	72%	63%
PNCT	38%	76%	74%	41%	74%	61%
Prefeitura RJ	52%	79%	66%	40%	47%	57%
Prefeitura Porto Alegre	30%	76%	67%	38%	50%	52%
Sec. Est. Saúde PR	41%	50%	56%	29%	45%	44%
Fund. Med. Tropical AM	33%	23%	54%	18%	34%	32%

Fonte: Paolucci, Pereira Neto e Luzia²⁹.

PNCT - Programa Nacional de Controle da Tuberculose.

Os percentuais de conformidade identificados na avaliação de sites governamentais brasileiros sobre dengue chamam atenção. Apenas um deles obteve uma média geral superior a 60% de conformidade. Em termos de acurácia, apenas dois obtiveram mais de 60% de conformidade²⁹. Em relação à tuberculose, Paolucci, Pereira Neto e Luzia²⁹ constataram que média de conformidade mais alta girou em torno de 60%. Em termos de acurácia, apenas um obteve mais de 70% de conformidade.

Os percentuais de conformidade identificados no estudo que resultou neste artigo revelam que a qualidade da informação sobre Covid-19 é ruim nos sites governamentais brasileiros avaliados. Esse resultado se aproxima, em linhas gerais, daqueles obtidos por Pereira Neto et al.²⁸ e Paolucci, Pereira Neto e Luzia²⁹

nas avaliações de sites sobre dengue e tuberculose respectivamente.

A partir dos dados obtidos no estudo aqui apresentado, assim como aqueles disponíveis na literatura^{28,29}, pode-se afirmar que os sites governamentais brasileiros precisam ser avaliados e, em seguida, modificados, atendendo às condições mínimas de interatividade, legibilidade e acurácia.

Considerações finais

Informação on-line sobre saúde pode ser um recurso importante para o incremento do autocuidado, da autogestão, do empoderamento e da adesão ao tratamento. Para tanto, é necessário que ela tenha qualidade, isto é,

seja interativa, compreensível, atual, confiável e cientificamente comprovada²⁴. Cabe salientar que, ao utilizar a palavra ‘qualidade’, não se referiu à sua dimensão subjetiva. Na opinião dos pesquisadores deste estudo, essa expressão, associada à informação on-line em saúde, está relacionada com a perspectiva de sobrevivência e bem-estar que ela poderá proporcionar à população, podendo ser aferida por um conjunto de critérios e indicadores³⁰.

A Organização Pan-Americana da Saúde acaba de constatar a existência da infodemia, isto é, “um excesso de informações, algumas precisas e outras não, que tornam difícil encontrar fontes idôneas e orientações confiáveis quando se precisa”³¹⁽²⁾.

O que tem sido feito para diminuir esse problema?

No ano passado, o consórcio formado por instituições vinculadas ao Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações (MCTIC) e ao MS lançou uma chamada para

apoiar projetos de pesquisa que visem contribuir significativamente para o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação do País, no enfrentamento da Covid-19, suas consequências e outras síndromes respiratórias agudas graves³².

Um dos temas para submissão de propostas era prevenção e controle. Ele é subdividido em cinco linhas. Uma delas previa:

Apoiar o desenvolvimento de revisões sistemáticas, sínteses de evidências ou estudos qualitativos sobre estratégias de boa comunicação e prevenção de circulação de notícias falsas (*fake news*) para a população, incluindo abordagens para avaliação do medo, estigma, ansiedade, rumores relacionados à Covid-19 e outras síndromes respiratórias agudas graves³²⁽³⁾.

Pode-se observar que existe um interesse das principais agências públicas de fomento em apoiar pesquisas sobre o tema de *fake news* em tempos de covid-19. Este artigo revelou que existe outro problema sério que necessita ser enfrentado: os *sites* governamentais brasileiros estão deficientes e não atendem aos critérios mínimos de qualidade, apresentando informações incorretas, desatualizadas, incompletas e ilegíveis sobre o tema.

Os *sites* avaliados apresentaram, no geral, um grau de conformidade com os critérios e indicadores utilizados igual ou inferior a 61%. No critério de acurácia, os percentuais obtidos estiveram abaixo de 45%. Desse modo, é possível observar que os ambientes on-line das secretarias de saúde dedicados ao tema da Covid-19 não atendem aos critérios mínimos de qualidade. Em um contexto em que cada vez mais pessoas utilizam a internet para a pesquisa de informação sobre saúde, é fundamental que o conteúdo disponibilizado, sobretudo em *sites* de órgãos governamentais brasileiros, seja técnico, abrangente, interativo, legível e acurado. É necessário ressaltar que, ao atingir a conformidade indicada, dentro do que se refere à qualidade da informação, o *site* estará mais acessível ao cidadão, aumentando a confiança na informação oferecida e, sobretudo, contribuindo para a circulação de informação baseada em evidências científicas e para o enfrentamento de conteúdo informativo falso.

A avaliação e a certificação de *sites* governamentais brasileiros representam uma alternativa importante de combate às *fake news* na área da saúde, especialmente em um contexto de pandemia. Além disso, os *sites* públicos deveriam primar pelo oferecimento de informação atualizada, correta, compreensível e de qualidade. Infelizmente, essa não foi a realidade encontrada como resultado desta avaliação. Se o *site* público for de qualidade, os brasileiros terão onde recorrer quando tivessem alguma dúvida em

relação à informação sobre a Covid-19. No Brasil, não há notícia de qualquer agência pública ou privada que esteja desenvolvendo atividades sistemáticas de avaliação da qualidade da informação de saúde disponível na internet. Enquanto isso, nos Estados Unidos e na Europa, agências governamentais, associações profissionais e pesquisadores têm feito avaliação de informação em *sites* de saúde há mais de duas décadas. HON e DQ são as mais proeminentes. Não seria o caso de construir uma agência pública certificadora de *sites* de saúde governamentais?

Limites e potencialidades

Cabe ressaltar que o estudo conduzido utilizou uma amostra reduzida de *sites* para análise. Porém, esta proposta de avaliação, baseada em critérios e indicadores construídos de forma participativa a partir de revisões sistemáticas, pode ser empregada para avaliação de um número maior de *sites* de diferentes municípios e estados brasileiros. Com isso, será possível oferecer um panorama mais completo da qualidade da informação sobre a Covid-19 em *sites* de órgãos públicos de todo território nacional.

A avaliação participativa é uma característica que merece ser destacada na experiência realizada e que se transformou neste artigo. A participação aconteceu em todas as etapas da pesquisa e dos processos de certificação de *sites* de saúde. Os participantes contribuíram tanto para construção e validação dos indicadores como para avaliações dos *sites*. Cabe ressaltar que a maioria dos avaliadores reside em Mato Grosso do Sul e tem nível superior completo. Dessa maneira, embora não fosse uma condição de seleção, é razoável supor que eles tivessem literacia em saúde e condição socioeconômica semelhante. Esse aspecto limita a possibilidade de generalização dos achados. Apesar disso, este artigo apresenta resultados no mínimo preocupantes.

A pandemia de Covid-19 tem sido marcada pela alta circulação de *fake news*. Nesse

contexto, é imprescindível que páginas de secretarias de saúde apresentem informação sobre a doença com alta qualidade e fácil legibilidade. Só assim irão oferecer um conteúdo informativo confiável e baseado em evidências científicas, contribuindo para o enfrentamento de notícias falsas e seus impactos negativos.

Este artigo pretende estimular a realização de pesquisas futuras sobre o tema. Nesse sentido, a tese de doutorado de Paolucci³³ apresenta uma perspectiva inovadora que muito contribui para o debate acadêmico sobre o tema.

Este estudo pretende incluir o tema na agenda de pesquisa do MS e do Ministério da Ciência e Tecnologia. Além disso, pode servir para sensibilizar os *policy makers* da saúde sobre o problema da qualidade da informação e as consequências que um *site* de qualidade pode proporcionar ao bem-estar do cidadão. Seria valiosa a realização de estudos que identificassem os efeitos de curto e longo prazo que essas informações podem promover, inclusive nos custos da saúde¹⁰. Estudos avaliando a qualidade da informação sobre doenças prevalentes nos países em desenvolvimento também merecem destaque.

Neste artigo, procurou-se destacar a relevância do problema da qualidade da informação em saúde disponível na internet, particularmente em *sites* governamentais brasileiros sobre a pandemia de Covid-19. Ele sugere outras possibilidades para reduzir esse problema como a literacia em saúde e a criação de agências de checagem de notícias.

Como apresentado nesse artigo, o tema tem merecido a atenção da academia há algum tempo. Nesse sentido, uma das questões que o artigo suscita é a seguinte: o que pode ser feito para que a questão da avaliação da qualidade dos *sites* da área da saúde passe a ser discutida pela sociedade e se torne um ponto relevante na agenda de pesquisa das agências de fomento?

Colaboradores

Pereira Neto A (0000-0003-3631-8857)* contribuiu para concepção e planejamento do estudo; análise e interpretação dos dados; elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo; e participação na aprovação da versão final do manuscrito. Ferreira EC (0000-0002-4073-6704)* contribuiu para concepção; planejamento; análise e interpretação dos dados; elaboração do rascunho; revisão do conteúdo; e redação da versão final do manuscrito. Domingos RLAMT (0000-0002-5264-5420)* contribuiu para análise e interpretação dos dados; elaboração do rascunho; revisão de conteúdo; e revisão final. Barbosa L (0000-0002-7341-260X)* contribuiu para revisão

crítica do conteúdo; e participação na aprovação da versão final do manuscrito. Vilharba BLA (0000-0001-7326-2384)* contribuiu para análise e interpretação dos dados; e elaboração do rascunho. Dorneles FS (0000-0001-5980-0940)* contribuiu para análise e interpretação dos dados; e elaboração do rascunho. Reis VS (0000-0003-2501-2596)* contribuiu para concepção; planejamento; análise e interpretação dos dados; elaboração do rascunho; revisão do conteúdo; e redação da versão final do manuscrito. Souza ZA (0000-0003-1978-5621)* contribuiu para análise e interpretação dos dados; e elaboração do rascunho. Graeff SVB (0000-0001-5813-5395)* contribuiu para concepção; planejamento; análise e interpretação dos dados; e elaboração do rascunho. ■

Referências

1. Rice R, Yates S, Blejmar J. Introduction to the Oxford Handbook of digital technology and society: terms, domains, and themes. In: Yates S, Rice R, organizadores. *The Oxford Handbook of digital technology and society*. Oxford University Press: New York; 2020. p. 3-35.
2. Pereira Neto A, Lima J, Barbosa L, et al. Internet, expert patient e empoderamento: perfis de atuação em comunidades virtuais de renais crônicos. In: Pereira Neto A, Flynn M, organizadores. *Internet e saúde no Brasil: desafios e tendências*. São Paulo: Cultura Acadêmica; 2021. p. 145-175.
3. Pereira Neto A, Paolucci R. Avaliação da qualidade da informação de saúde na internet: análise das iniciativas brasileiras. In: Pereira Neto A, Flynn M, organizadores. *Internet e saúde no Brasil: desafios e tendências*. São Paulo: Cultura Acadêmica; 2021. p. 257-291.
4. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. Genebra: WHO; 2020 [acesso em 2021 abr 9]. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>.
5. Fundação Oswaldo Cruz. Monitora Covid-19. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2020. [acesso em 2021 abr 9]. Disponível em: <https://bigdata-covid19.iciet.fiocruz.br/>.
6. Sharifi A, Khavarian-Garmsir A. The COVID-19 pandemic: Impacts on cities and major lessons for urban planning, design, and management. *Sci Total Environ*. 2020; (749):1-14.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

7. Santos RC, Carvalho TA, Souza Neto IF, et al. Urgency and emergency in times of covid-19 – an integrative literature review. *Res., Soc. Dev.* 2021; 10(3):e9110313027.
8. Silva D, Cobucci RN, Soares-Rachetti VP, et al. Prevalência de ansiedade em profissionais da saúde em tempos de covid-19: revisão sistemática com metanálise. *Ciênc. Saúde Colet.* 2021; 26(2): 693-710.
9. Diniz MC, Martins M, Xavier K, et al. Crise global coronavírus: monitoramento e impactos. *Cadernos de Prospecção.* 2020; 13(2):359-377.
10. Spoelman WA, Bonten TN, Waal MW, et al. Effect of an evidence-based website on healthcare usage: an interrupted time-series study. *BMJ Open.* 2016; 6(11).
11. Lagan BM, Sinclair M, Kernohan WG. What Is the Impact of the Internet on Decision-Making in Pregnancy? A Global Study. *Birth.* 2011; 38(4):336-345.
12. Garbin H, Guilam M, Pereira Neto A. Internet na promoção da saúde: um instrumento para o desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais. *Physis.* 2012; 22(1):347-363.
13. Lima DL, Lopes M, Brito AM. Social media: friend or foe in the COVID-19 pandemic?. *Clinics.* 2020; (75):e1953.
14. Gonzalez-Padilla DA, Tortolero-Blanco L. Social media influence in the COVID-19 Pandemic. *Int. Braz. J. Urol.* 2020; (46):120-124.
15. Ho H, Chen Y, Yen C. Different impacts of COVID-19-related information sources on public worry: An online survey through social media. *Internet Interv.* 2020; (22):1-6.
16. Barbosa L. Comunicação e informação sobre câncer de mama: um estudo comparativo entre um ambiente físico e outro on-line. [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2021.
17. Fiedorowicz JG. New challenges in the COVID-19 pandemic. *J. Psych. Research.* 2020; (133):110123.
18. Pereira Neto A, Barbosa L, Flynn M. Prefácio da edição brasileira – Há décadas em que nada acontece. Há semanas em que décadas acontecem. In: Pereira Neto A, Flynn M, organizadores. *Internet e saúde no Brasil: desafios e tendências.* São Paulo: Cultura Acadêmica; 2021. p. 7-18.
19. Vasconcellos-Silva PR, Castiel LD. COVID-19, as fake news e o sono da razão comunicativa gerando monstros: a narrativa dos riscos e os riscos das narrativas. *Cad. Saúde Pública.* 2020; 36(7):e00101920.
20. Galhardi CP, Freire N, Minayo M, et al. Fato ou Fake? Uma análise da desinformação frente à pandemia da Covid-19 no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2020; (25):4201-4210.
21. Fonseca VPS, Freitas F, Gehrke M, et al. Jornalismo guiado por dados como ferramenta de fact-checking: uma experiência laboratorial. *Comum. Inov.* 2018; (19):67-83.
22. Souza N. eHealth literacy entre jovens: estudo exploratório sobre o papel das condições socioeconômicas no uso da informação sobre saúde na Internet. [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2020.
23. Sousa RA, Moreira K, Farinelli M, et al. Literacia Digital e interfaces com a saúde: uma revisão integrativa. In: Pereira Neto A, Flynn M, organizadores. *Internet e saúde no Brasil: desafios e tendências.* São Paulo: Cultura Acadêmica; 2021. p. 421-443.
24. Eysenbach G, Powell J, Kuss O, et al. Empirical studies assessing the quality of health information for consumers on the world wide web: a systematic review. *Jama.* 2002; 287(20):2691-2700.37.
25. Paolucci R, Pereira Neto A. Methods for evaluating the quality of information on health websites: Systematic Review (2001-2014). *Latin Am J Develop.* 2021; 3(3):994-1056.
26. Brasil. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Estatuto da Pessoa com Deficiência. *Diário Oficial da União.* 7 Jul 2015.

27. World Health Organization. Mask use in the context of Covid-19. Genebra: WHO; 2020 [acesso em 2021 abr 9]. Disponível em: [https://www.who.int/publications/i/item/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)-outbreak](https://www.who.int/publications/i/item/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-(2019-ncov)-outbreak).
28. Pereira Neto AF, Paolucci R, Daumas RP, et al. Avaliação participativa da qualidade da informação de saúde na internet: o caso de sites de dengue. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 22(6):1955-1968.
29. Paolucci R, Pereira Neto A, Luzia R. Avaliação da qualidade da informação em sites de tuberculose: análise de uma experiência participativa. *Saúde debate.* 2017; 41(esp):84-100.
30. Paim I, Nehmy RMQ, Guimarães CG. Problematização do conceito 'qualidade' da Informação. *Perspec. Ci. Inf.* 1996; 1(1):111-119.
31. Organização Pan-Americana da Saúde. Entenda a infodemia e a desinformação na luta contra a Covid-19. Brasil: OPAS; 2020. [acesso em 2021 abr 9]. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52054/Factsheet-Infodemic_por.pdf?sequence=14.
32. Brasil. Ministério da Ciência Tecnologia, Inovações e Comunicações, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico; Ministério da Saúde. Chamada MCTIC/CNPq/FNDCT/MS/SCTIE/Decit Nº 07/2020 – Pesquisas para enfrentamento da COVID-19, suas consequências e outras síndromes respiratórias agudas graves. Brasília, DF: Ministério da Ciência Tecnologia, Inovações e Comunicações; 2020. [acesso em 2021 abr 9]. Disponível em: <https://www.gov.br/cgu/pt-br/governo-aberto/noticias/2020/4/governo-federal-lanca-chamada-de-apoio-a-pesquisas-em-coronavirus>.
33. Paolucci R. Avaliação da qualidade da informação em sites de saúde: indicadores de acurácia baseada em evidência para tuberculose. [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2020.

Recebido em 15/04/2021
Aprovado em 29/11/2021
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Mulheres profissionais da saúde e as repercussões da pandemia da Covid-19: é mais difícil para elas?

Female health care professionals and repercussions of the Covid-19 pandemics: is it harder for them?

Julia Vieira¹, Isabela Anido¹, Karina Calife¹

DOI: 10.1590/0103-1104202213203

RESUMO A pandemia da Covid-19 promoveu mudanças significativas no cotidiano de todos, mas entre os profissionais da saúde, estas foram ainda mais profundas. A crise sanitária impactou relações pessoais, sociais e familiares, trazendo sensação de desamparo e insegurança, agravadas ainda pelo desastroso enfrentamento da pandemia pelo governo federal no Brasil. A força de trabalho na saúde tem sido apontada pela literatura como majoritariamente feminina e o papel social de gênero, somado ao contexto atual, agrava as implicações da pandemia para as mulheres. Este estudo analisou as repercussões da pandemia da Covid-19 sobre diferentes perfis de profissionais da saúde no estado de São Paulo. Estudo descritivo, utilizou questionário semiestruturado, on-line validado e o processamento dos dados quantitativos foi realizado pelo *software* Stata 13.0. Foram comparadas as respostas de acordo com o gênero declarado. Os achados corroboram com a literatura acerca da prevalência importante de sobrecarga de profissionais da saúde, e da discrepância entre fatores de sobrecarga apontados por gênero. A sobrecarga doméstica foi mais presente entre mulheres, reforçando que estas são afetadas de maneira desigual. Essa situação fragiliza a saúde mental, traz alterações no humor, sono, cognição, ansiedade, desconforto físico e pessimismo. Os resultados reforçam a necessidade de um olhar de gênero para as ações e respostas às consequências que surgirão à medida que a pandemia avança e na recuperação da sociedade no pós-pandemia.

PALAVRAS-CHAVES Covid-19. Pandemias. Pessoal da saúde. Gênero e saúde. Saúde mental.

ABSTRACT *The Covid-19 pandemic promoted significant changes in everyone's daily lives, but among health professionals, those were even more profound. It impacted personal, social and family relationships, bringing feelings of helplessness and insecurity, aggravated by the disastrous confrontation of the pandemic by the Federal Government in Brazil. The health workforce has been identified in the literature as mostly female. The social role of gender, added to the current context, aggravates the implications of the pandemic for women. This study analyzed the repercussions of the Covid-19 pandemic on different profiles of health professionals in the State of São Paulo. This is a descriptive study which used a semi-structured, online, validated questionnaire. The processing of quantitative data was made using Stata 13.0 software. Answers were compared according to the declared gender. The findings corroborate the literature on the prevalence of significant burden on health professionals and the discrepancy between burden factors identified by gender. Household overload was more present among women, reinforcing that they are unevenly affected. This situation weakens mental health, brings changes in mood, sleep, cognition, anxiety, physical discomfort, and pessimism. Our results reinforce the need for a gender perspective in actions and responses to the consequences that will arise as the pandemic advances and in the recovery of society in the post-pandemic period.*

KEYWORDS Covid-19. Pandemics. Health personnel. Gender and health. Mental health.

¹Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP) – São Paulo (SP), Brasil. juliargvieira@hotmail.com



Introdução

Declarada no dia 11 de março de 2020, pela Organização Mundial da Saúde (OMS)¹, a pandemia causada pelo Sars-CoV-2, agente etiológico responsável pela doença Covid-19, afetou a vida das pessoas de diversas maneiras. Inicialmente, incertezas trazidas pelo vírus quanto à forma de transmissão, velocidade de disseminação e letalidade trouxeram enormes desafios no combate da Covid-19. Em um primeiro momento, mundo afora, foram estabelecidas medidas não farmacológicas na tentativa de conter a circulação do vírus, diminuindo sua transmissão. Medidas de prevenção à infecção, como o uso de máscaras, o distanciamento social, a higienização de mãos, a ventilação de ambientes, a ampla testagem para Covid-19, *lockdowns* e fechamento de fronteiras foram adotadas. Essas medidas protetivas são estimuladas pela OMS até hoje². Frente à crise sanitária instaurada no Brasil e a ainda baixa taxa de vacinação, até julho de 2021, as medidas não farmacológicas remanescem com grande importância na contenção do vírus.

Enquanto países da Europa e outros, como a Nova Zelândia, controlaram a pandemia precocemente³ com medidas de distanciamento, fechamento de fronteiras e uso obrigatório de máscaras, o Brasil teve um desempenho não apenas pífio, mas intencionalmente ineficiente no combate à pandemia. O país da Oceania reportou, desde o início da pandemia até julho de 2021, apenas 26 mortes⁴. Já no Brasil, com as crenças negacionistas disseminadas pelo governo federal, a baixa adesão às medidas de isolamento e a desvalorização do uso de máscaras, tivemos uma das piores curvas epidemiológicas do mundo, com manutenção de altas médias móveis de casos e de óbitos por um longo período. Disputando os piores dados com países como Estados Unidos e Índia, o Brasil é hoje o terceiro pior país em número absoluto de casos registrados no mundo e o segundo no *ranking* de óbitos pela doença⁴.

A partir de então, a dificuldade de organização de estratégias de contenção da circulação

do vírus e, atualmente, a condução nacional desestruturada e desarticulada da vacinação entre estados e municípios⁵, resultou na recente marca atingida de mais de 607.000 mortes pela Covid-19⁴ no Brasil. Segundo o consórcio de imprensa, a partir da consolidação dos dados das secretarias estaduais de saúde, temos 21.793.402 casos e 607.462 mortes até 30 de outubro de 2021.

A postura negacionista que permeou os dezenove meses do vírus no País, acrescida da falta de controle incisivo e da falta de uniformidade na condução da pandemia no Brasil, resultou em um grande desgaste mental da população⁶, dificultando ainda mais a contenção de comportamentos de risco para a infecção. O aumento das aglomerações e o baixo uso de máscaras são alguns exemplos de comportamentos que se tornaram comuns e dificultam o controle dos casos. Como na disseminação inicial do vírus no País, o descumprimento das medidas de distanciamento social perpetuou-se tanto nas elites, que voltaram a ocupar os leitos de hospitais particulares contaminados pela Covid-19⁷, como nas classes sociais mais vulneráveis, com menor possibilidade de aderir a medidas como *home office* e isolamento social e que mantém o uso do transporte público⁸. No estado de São Paulo, estudos demonstraram que a região metropolitana apresentou a maior quantidade de casos positivos na pandemia da Covid-19. Além disso, as principais rodovias e aeroportos que conectam a capital às cidades com maior densidade populacional foram muito importantes para a disseminação dos casos, indicando uma expansão da capital para o interior – a ‘interiorização’ da pandemia⁹. Outro estudo observou que no município de São Paulo, por exemplo, existia importante diferença na soroprevalência do Sars-CoV-2 em distritos de renda média mais alta em relação aos de renda média mais baixa, chegando a 21,6% nos distritos mais ricos e 30,4% nos distritos mais pobres¹⁰ – a ‘periferização’ da pandemia.

Mesmo com a chegada das vacinas em janeiro de 2021, o cenário de crise sanitária

pouco se alterou em decorrência da desorganização, em âmbito nacional, da estratégia de vacinação no País. Em julho de 2021, após a emergência de uma segunda onda de casos no País, sem que ainda tivéssemos controlado a primeira^{11,12}, vimos a manutenção da transmissão do vírus. Em boa parte dos estados, apesar de leve melhora, a taxa de ocupação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) permaneceu em níveis críticos de março a junho deste ano, de acordo com o boletim extraordinário do Observatório Covid-19 da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), de 14 de julho de 2021¹². Soma-se à intensificação da crise sanitária, a diminuição da adesão às medidas não farmacológicas para contenção e bloqueio da transmissão e a demora na vacinação, com somente 15,7% da população vacinada com ambas as doses da vacina e 43,2% com a primeira dose da vacina até julho de 2021¹³.

Algo importante é estarmos atentos à manutenção de praticamente a mesma força de trabalho desde 2020, início da pandemia, até hoje, com os profissionais já esgotados pelos desafios estabelecidos, com alta demanda de atendimento e com aumento do volume de trabalho em todas as esferas da saúde. Soma-se a esta sobrecarga a desinformação disseminada e a instabilidade política, a comunicação inadequada, a falta de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) para todos os profissionais de saúde, a falta de políticas públicas e de testagem adequada com acompanhamento dos casos positivos e suspeitos e do rastreamento dos comunicantes, o medo da infecção, o estigma profissional, o distanciamento de redes de suporte e o luto pela perda de pacientes ou até mesmo de familiares¹⁴.

Sendo a linha de frente no combate à Covid-19 majoritariamente feminina¹⁵ e a área da saúde composta, predominantemente, por mulheres¹⁶, a pandemia as afeta de maneira desigual. Para profissionais do sexo feminino atuantes na área da saúde, a pandemia tem um peso maior em decorrência do papel de gênero da mulher na sociedade, levando à preocupação, exaustão física, alta carga mental e uma gama

de consequências nas diferentes profissões. Simone de Beauvoir¹⁷ elucida em seu livro 'O Segundo Sexo' (1980) o debate acerca do papel da mulher na sociedade e como ele é construído com base num papel de gênero estabelecido.

Dentro do papel construído para a mulher, entra o debate acerca da divisão sexual do trabalho, abordado por Helena Hirata¹⁸. De acordo com a socióloga, essa divisão se baseia no princípio de que há a separação do trabalho, entre o homem e a mulher, em decorrência do sexo biológico, estruturando a distribuição diferencial dos dois gêneros no mercado de trabalho. Ademais, ela ampara a ideia de que há uma hierarquização nesta divisão, que denota o trabalho do homem como superior ao da mulher e resulta na repartição desigual do trabalho doméstico, que é previsto como de encargo feminino.

A socióloga Lícia Peres¹⁹ destaca que esta divisão assimétrica culmina no acúmulo de horas trabalhadas pela mulher como um todo: após a inserção da mulher no mercado de trabalho, ela assume o trabalho fora de casa, na esfera pública, bem como dentro de casa, na esfera privada (em geral, cuidados com a casa, crianças, enfermos), desdobrando-se em múltiplos papéis. A sobrecarga pela dupla jornada de trabalho feminina fica evidente quando olhamos os dados de 2020 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)²⁰ que indicam que, em geral, as mulheres dedicam 10,4 horas a mais por semana que os homens nos afazeres domésticos, sendo essa taxa de realização de afazeres maior entre as mulheres independente de cor, raça ou idade.

Ainda, em sua teoria crítica sobre justiça social, a filósofa norte-americana Nancy Fraser analisa a redistribuição do trabalho entre o trabalho produtivo, definido como aquele que resulta em um salário, com valor de troca dentro do sistema capitalista e o trabalho reprodutivo, definido com aquele necessário para o sustento da vida humana na esfera doméstica, sem geração de riqueza, realizado pela mulher²¹. Fraser²² sustenta a teoria de que parte da injustiça econômica que envolve as mulheres deriva da sustentação econômica de

que o trabalho reprodutivo (gratuito, feminino e desvalorizado socialmente) provê ao do trabalho produtivo realizado pelos homens. É bem estabelecido, portanto, o impacto do gênero nas dinâmicas de trabalho na sociedade atual.

Antes da pandemia, o resultado da inserção feminina no mercado de trabalho era a terceirização do trabalho doméstico, na maioria das vezes para outras mulheres de menor renda e em geral pretas e pardas²³. O distanciamento social e a mudança desse cenário levaram à redução da presença das empregadas domésticas nas moradias. Na nova conjuntura, o excesso do trabalho doméstico aparenta recair para as mulheres na residência. Portanto, as mulheres da área da saúde, além de ganharem maior responsabilidade profissionalmente com o enfrentamento da pandemia, permanecem como cuidadoras principais do lar: elas encontram-se duplamente sobrecarregadas²⁴.

Atualmente, além dessa sobrecarga advinda da dupla jornada de trabalho, a presença diária do cenário nacional desgastante também contribui negativamente para suas angústias. No décimo sexto mês após a chegada do vírus ao País, o esgotamento e sobrecarga delas é uma realidade.

O maior volume de trabalho converte-se em desgaste e gera sobrecarga mental. Numa nova rotina em que se borram as fronteiras entre horário de trabalho e horário de lazer, a demanda pela disponibilidade constante das profissionais dentro e fora de casa gera sobrecarga que se soma ao estresse e ansiedade constante, devido ao contexto pandêmico e resulta em uma carga mental enorme com grande repercussão na saúde mental dessa população²⁵.

Ainda, a realidade ditada pela presença da Covid-19 é regida pela alteração das relações pessoais, profissionais, familiares e sociais, devido ao distanciamento que o vírus determina²⁶ e seu impacto nas redes de suporte disponíveis para essas profissionais, que convivem com nova fonte de estresse e ansiedade rotineiramente²⁵, lidando diariamente com questões da saúde no enfrentamento direto ou indireto à Covid-19.

Ainda não há como saber o impacto da pandemia na vida delas, visto que este é um cenário sem precedentes. Traçar o perfil das profissionais para entender o que as afeta nesse contexto é importante na compreensão das repercussões desse período na saúde dessas trabalhadoras, que ainda terão um longo caminho no combate à pandemia do coronavírus no País. Será que o impacto psicopatológico nessas pessoas estará entre as sequelas da Covid-19? Será que estará acentuado em meio aos indivíduos implicados no universo da saúde? Quanto será que o trabalho produtivo e reprodutivo impacta nisso? Será que é maior para elas? A literatura já aponta esse tipo de adoecimento decorrente de epidemias anteriores²⁷.

Esse artigo se propõe a analisar as repercussões da pandemia da Covid-19 entre diferentes perfis de profissionais da saúde no estado de São Paulo. Ainda, entender as repercussões entre as mulheres trabalhadoras da área da saúde, descrevendo e analisando a sobrecarga de trabalho e suas principais manifestações entre as entrevistadas. Pretende-se a, também, comparar com as principais repercussões apontadas pelos homens entrevistados, no intuito de entender se há diferenças entre estes.

Material e métodos

A pesquisa faz parte de um estudo maior, que adotou uma abordagem mista: quantitativa, em estudo transversal e descritivo, com banco de dados rodado no programa Stata versão 13.0 e posteriormente analisado pelas pesquisadoras. Foi realizada comparação entre as respostas dos participantes do gênero feminino e masculino com o uso de teste de qui-quadrado. Foi considerado significativo para a análise valores de $p < 0,05$. A parte qualitativa utilizou, para os relatos submetidos ao final do questionário, análise de conteúdo a partir do referencial da pesquisa qualitativa de Bardin.

A porção quantitativa deste estudo foi realizada a partir da aplicação do questionário semiestruturado 'Perfil e sobrecarga dos

profissionais de saúde e estudantes da área da saúde na Pandemia da Covid-19' em Google Forms, com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, (CAAE: 32682720.8.0000.5479). O questionário foi uma adaptação de outros já validados, utilizados em pesquisas sobre comportamento no Brasil, (saúde mental no Imip – Instituto Materno Infantil de Pernambuco e o utilizado pelo coletivo Adelaides: Feminismos e Saúde, no último congresso geral da Abrasco – Associação Brasileira de Saúde Coletiva), por estes tratarem de questões de gênero e saúde. Vale ressaltar que todas as questões respondidas foram analisadas e que nos detivemos mais profundamente naquelas com diferença significativa por gênero, articulando estes achados com a literatura sobre o assunto. O questionário foi composto de perguntas de múltipla escolha acerca de dados sociodemográficos, área de atuação, impacto da pandemia nas atividades, contato com o novo coronavírus e diagnóstico de Covid-19, carga de trabalho na pandemia, manifestações e sintomas da sobrecarga (alterações de humor, desconforto físico, alterações cognitivas, agitação, pessimismo, alterações de sono e apetite). Contou com uma porção final livre para os participantes deixarem suas considerações e sugestões por escrito.

Os convites para responder ao questionário foram realizados através da ampla divulgação do endereço eletrônico do questionário em Google Forms, com texto padronizado utilizado pelas pesquisadoras responsáveis, que explicitou os objetivos da pesquisa e convidou as partes interessadas a participarem. A divulgação foi feita a partir da lista de contatos de profissionais da área da saúde das pesquisadoras responsáveis, por meio de ampla divulgação em suas redes. Foram coletadas respostas do dia 22/06/2020 ao dia 07/08/2020, período durante o qual houve constante divulgação do questionário nas redes das pesquisadoras responsáveis. As respostas foram gravadas em base de dados gerada automaticamente e transferidas para um banco de dados virtual.

As perguntas abertas foram transcritas e conferidas de acordo com a fidedignidade.

O banco da pesquisa geral possuiu 386 respostas, das quais 13 eram de participantes que não trabalhavam ou estudavam no estado de São Paulo e foram excluídos da amostra final. Obtivemos então 371 respostas. Para este estudo, foram incluídos apenas os profissionais da área da saúde e, dessa forma, a amostra final foi composta por 149 respostas ao questionário aptas para análise.

Trabalhou-se com amostra de conveniência, composta por profissionais da área da saúde, que se dispuseram a responder o questionário. Por se tratar de amostra de conveniência não probabilística, ressalta-se que os resultados obtidos não podem ser generalizados, entretanto a abordagem dessa população é relevante na compreensão do que as afeta.

Em nosso estudo foram cumpridos os princípios éticos preconizados para pesquisas envolvendo seres humanos.

Resultados

Caracterização da amostra

Foram obtidas 149 respostas, dentre elas, 78,5% do sexo feminino e 21,5% do sexo masculino. A amostra contou com aproximadamente 40% dos entrevistados com idade maior que 50 anos, proporção que se mantém entre as mulheres e homens, sendo que, dentre as 117 mulheres, 36 (30,8%) tinham entre 51 e 60 anos e dentre os 32 homens esse percentual foi de 21,9%, enquanto 11 (9,40%) mulheres e 21,9% (7) dos homens tinham mais de 60 anos.

A maior parte dos participantes (53,3%) apresentou renda média mensal de 8 salários-mínimos ou mais, com uma diferença significativa ($p = 0,019$) entre homens e mulheres. Enquanto entre eles, 75% recebem 8 salários-mínimos ou mais por mês, entre elas esse número é de apenas 47%. Entre as diferentes categorias profissionais, esse desequilíbrio se

mantém, exceto entre os enfermeiros, como mostra a *tabela 2*.

A distribuição das profissões levou em conta a quantidade mínima de pelo menos dez participantes por área de atuação na amostra geral para compor uma categoria. Os demais, foram agrupados na categoria 'outros', essa com alta diversidade de áreas de atuação, representando, dessa forma, o alto percentual de 32,89%. Entretanto, o número de médicos, enfermeiros, psicólogos e nutricionistas foi relevante.

A diferença foi significativa ($p=0,002$) no percentual de homens e mulheres na medicina, sendo a profissão de 56,25% dos entrevistados sexo masculino e de 19,7% de entrevistadas do sexo feminino. Do total de médicos da amostra geral, a maioria (56,1%) era de mulheres. Deve-se levar em conta que as pesquisadoras do estudo estão inseridas no meio acadêmico

e profissional da medicina, sendo atribuída a essa questão possível viés de resultado à amostra, com maior número de participantes da área médica (27,5%). Entretanto, ressaltam-se outras diferenças como o maior percentual de mulheres que são enfermeiras (17,1%), psicólogas (18,8%) e nutricionistas (8,55%).

Quanto ao tempo de atuação profissional, 69,1% atuam na profissão há mais de 10 anos, percentual comum entre homens e mulheres. Em relação à área de atuação durante a pandemia, 35,57% trabalhavam em áreas que não envolviam contato com pacientes, como de gestão e docência. Entretanto, a maior parte da amostra (36,9%) atuava em contato com pacientes com Covid-19. Entre as mulheres, 32,5% das entrevistadas estavam em contato com pacientes com Covid-19, entre os homens esse percentual foi de 53,1% dos 32 entrevistados.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra e distribuição de gênero

	Geral (n = 149)		Feminino (n = 117)		Masculino (n = 32)		Diferença entre sexos	
	n	%	n	%	n	%	Teste de qui-quadrado	Valor de p
Sexo								
Feminino	117	78,52%	-	-	-	-		
Masculino	32	21,48%	-	-	-	-		
Idade							5,9458	0,203
21-30	19	12,75%	13	11,11%	6	18,75%		
31-40	36	24,16%	29	24,79%	7	21,88%		
41-50	33	22,15%	28	23,93%	5	15,63%		
51-60	43	28,86%	36	30,77%	7	21,88%		
> 60	18	12,08%	11	9,40%	7	21,88%		
Estado civil							13,1531	0,022
Solteiro(a)	48	32,21%	36	30,77%	12	37,50%		
Casado(a)	60	40,27%	51	43,59%	9	28,13%		
Divorciado(a)	17	11,41%	16	13,68%	1	3,13%		
União estável	22	14,77%	13	11,11%	9	28,13%		
Outro	2	1,34%	1	0,85%	1	3,13%		
Renda mensal							7,9289	0,019
Até 4 SM	24	16,11%	21	17,95%	3	9,38%		
4-8 SM	46	30,87%	41	35,04%	5	15,63%		
8+ SM	79	53,02%	55	47,01%	24	75,00%		

Tabela 1. (cont.)

	Geral (n = 149)		Feminino (n = 117)		Masculino (n = 32)		Diferença entre sexos	
	n	%	n	%	n	%	Teste de qui-quadrado	Valor de p
Profissão							17,5177	0,002
Médico	41	27,52%	23	19,66%	18	56,25%		
Enfermeiro	24	16,11%	20	17,09%	4	12,50%		
Psicólogo	24	16,11%	22	18,80%	2	6,25%		
Nutricionista	11	7,38%	10	8,55%	1	3,13%		
Outros	49	32,89%	42	35,90%	7	21,88%		
Tempo de profissão							3,6930	0,449
Menos de 1 ano	10	6,71%	7	5,98%	3	9,38%		
1-2 anos	7	4,70%	4	3,42%	3	9,38%		
3-5 anos	10	6,71%	8	6,84%	2	6,25%		
6-10 anos	19	12,75%	17	14,53%	2	6,25%		
Mais de 10 anos	103	69,13%	81	69,23%	22	68,75%		
No momento sua atividade							6,3762	0,095
Não envolve contato com pacientes	53	35,57%	42	35,90%	11	34,38%		
Envolve contato com pacientes não Covid-19	41	27,52%	37	31,62%	4	12,50%		
Envolve contato com pacientes com Covid-19	21	14,09%	14	11,97%	7	21,88%		
Envolve contato com pacientes não Covid-19 e com Covid-19	34	22,82%	24	20,51%	10	31,25%		

Fonte: elaboração própria.

Nota: em negrito valores de p <0,05.

Tabela 2. Declaração de renda entre as diferentes categorias profissionais

	Médico		Enfermeiro		Psicólogo		Nutricionista		Outros											
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres										
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%										
Renda mensal																				
Até 4 SM	1	5,56%	1	4,35%	0	0,00%	3	15,00%	0	0,00%	4	18,18%	0	0,00%	0	0,00%	2	28,57%	13	30,95%
4-8 SM	0	0,00%	2	8,70%	3	75,00%	10	50,00%	0	0,00%	7	31,82%	0	0,00%	1	10,00%	2	28,57%	21	50,00%
8+ SM	17	94,44%	20	86,96%	1	25,00%	7	35,00%	2	100,00%	11	50,00%	1	100,00%	9	90,00%	3	42,86%	8	19,05%

Fonte: elaboração própria.

Impactos da pandemia: avaliação da sobrecarga

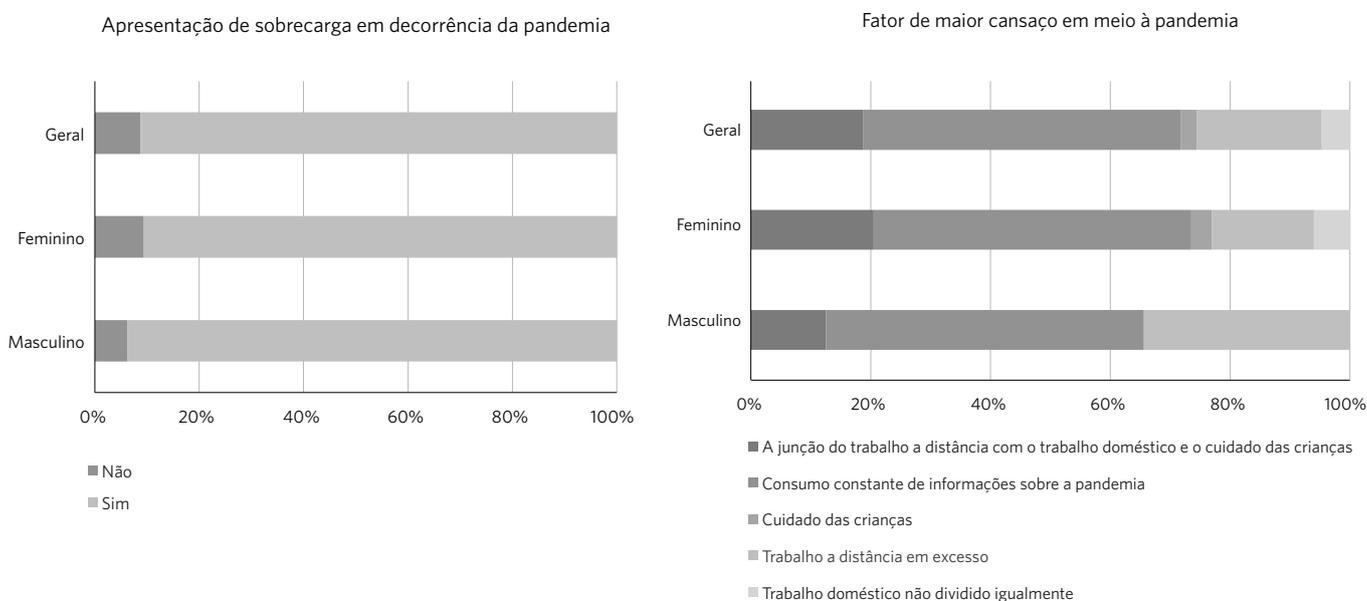
A sobrecarga reportada pelos participantes da pesquisa relativamente às mudanças de vida cotidiana na pandemia foi significativa. 91,3% do total de entrevistados apontando sobrecarga (*gráfico 1*). Dentre as 117 mulheres entrevistadas, 106 (90,6%) relataram sentir-se sobrecarregadas e, entre os 32 homens, 30 (93,75%) relataram o mesmo.

Dos profissionais sobrecarregados, 39,13% estavam no atendimento de pacientes Covid-19 positivos. Para 47,83% destes, o trabalho foi o principal fator de cansaço neste contexto (versus. 28,26% dos profissionais sem contato com pacientes e vs. 23,91% dos profissionais que atendiam somente pacientes não Covid-19). Os profissionais em atendimento de pacientes com Covid-19 foram os que mais reportaram aumento da carga horária dedicada

ao trabalho durante a pandemia (38,54%), sendo mais da metade (56,25%) daqueles que reportam trabalhar 10h ou mais horas por dia.

A sobrecarga de trabalho somada ao trabalho doméstico em ambiente domiciliar foi a resposta mais prevalente (48,5%). Já o percentual de entrevistadas que relataram sobrecarga principalmente em casa, foi de 16,2%. Apenas 9,4% dos homens entrevistados referiram o mesmo. Quanto aos motivos apontados para a sensação de sobrecarga, ressaltamos que 7 mulheres falam do trabalho doméstico não dividido igualmente como principal fator de cansaço na pandemia e, dentre estas, 4 mulheres dizem o mesmo sobre o cuidado com as crianças. Nenhum dos entrevistados do sexo masculino, apontou o mesmo. O consumo constante de informações sobre a pandemia foi o fator de cansaço mais lembrado por ambos: homens e mulheres.

Gráfico 1. Sobrecarga em decorrência da pandemia e fator apontado como principal motivo desse cansaço em meio à sobrecarga relatada



Fonte: elaboração própria.

Quanto às manifestações ou sintomas da sobrecarga, 70,5% da amostra geral referiu alterações no humor como mau humor, irritabilidade e desânimo, esse percentual foi o mesmo entre homens e mulheres. Mais da metade (57,3%) das mulheres e metade (50%) dos homens referiu desconforto físico (dor de cabeça, dor muscular, cansaço, enjoos, tontura). Enquanto 41,9% das mulheres referiram problemas de memória, dificuldade em concentrar-se, confusão, e 39,3% agitação e inquietação, respectivamente, somente 21,9% e 12% dos homens reportaram o mesmo. O pessimismo excessivo foi mais reportado pelos homens (31,25%) do que pelas mulheres (23,1%). As alterações de sono foram notadas por mais da metade da amostra total (53,69%), sendo que um quarto das mulheres (25,6%) e um oitavo

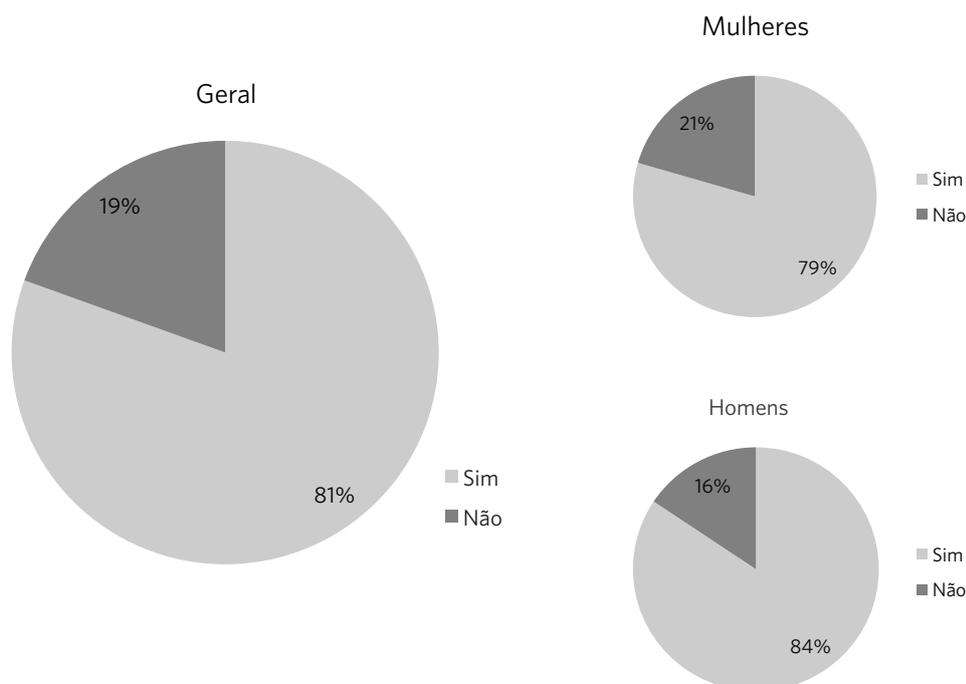
dos homens (12,5%) relataram aumento na quantidade de pesadelos.

Ambiente familiar

Houve uma diferença significativa ($p = 0,022$) de estado civil entre homens e mulheres. Quando analisada a amostra geral, a maior parte (40,3%) era de pessoas casadas. Entretanto, esse percentual foi maior entre as mulheres (43,6%) do que entre os homens (28,1%).

A maior parte dos homens (37,5%) e quase um terço das mulheres (30,8%) era solteiro(a). Somente 11,4% da amostra era divorciada. A maior parte dos divorciados estavam entre as mulheres (13,7%). Homens eram 3,1%. Um percentual considerável de participantes tinha união estável (14,8%), mais frequente entre os homens (28,1%).

Gráfico 2. Aumento do trabalho doméstico e de cuidados no contexto da pandemia na amostra geral, entre os homens da amostra e entre as mulheres da amostra

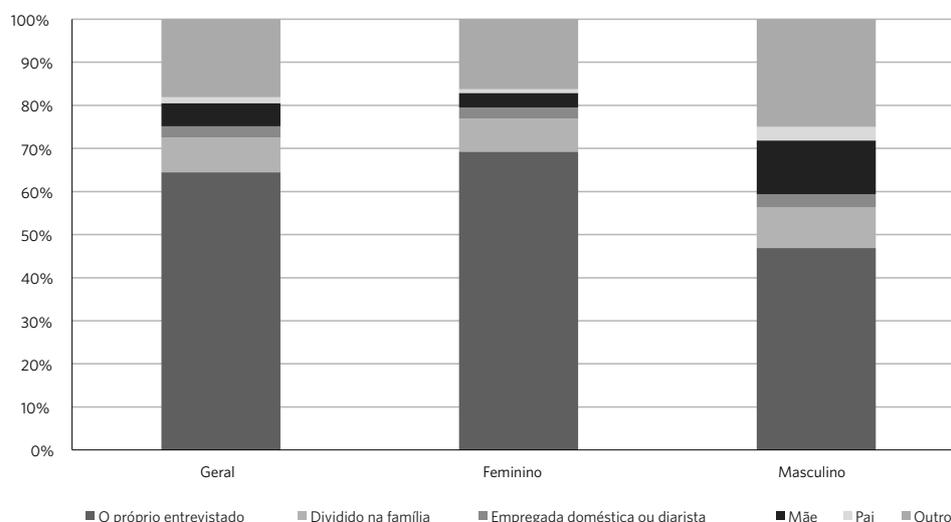


Fonte: elaboração própria.

Em relação aos trabalhos domésticos, a maior parte dos entrevistados (80,5%) apontou que estes aumentaram muito no contexto da pandemia (*gráfico 2*). Esse percentual foi de 79,5% entre as 117 mulheres entrevistadas e 84,4% entre os 32 homens. Já a responsabilidade pelo trabalho doméstico foi apontada majoritariamente como do entrevistado. Entretanto,

enquanto mais de dois terços (69,2%) das mulheres referem ser responsáveis pelo trabalho doméstico em sua residência, nem metade (46,9%) dos homens refere o mesmo. Também, um percentual maior de homens, 15,6% versus 6%, refere depender de mulheres como a mãe ou empregada doméstica/diarista na realização dos trabalhos domésticos.

Gráfico 3. Responsável pelo trabalho doméstico na residência do(a) entrevistado(a)



Fonte: elaboração própria.

Discussão

Os resultados que encontramos corroboram com a literatura nacional e internacional sobre a participação das mulheres na área da saúde: elas são maioria^{15,16}. A presença maior de homens que de mulheres na medicina também é apontada pela literatura. Pesquisadores da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), em 2017, apontaram a participação de 54,4% de homens, comparados aos 45,6% de mulheres na profissão¹⁶. Entretanto, temos referências na literatura de que está em curso um processo de ‘feminização’ da medicina, que também

é demonstrada em nossa amostra com maioria feminina entre os médicos do estudo. A tendência de maior participação feminina na carreira médica também aparece entre as mais jovens, com o maior número de mulheres entre os estudantes da graduação¹⁶.

Entre as outras categorias profissionais, a diferença entre participação de homens e mulheres não se mantém. Historicamente, trabalhos de cuidados relacionados a áreas como a da enfermagem, parte importante de nossa amostra, já eram ocupados majoritariamente por mulheres, enquanto os homens ocupavam áreas de maior prestígio social, como a medicina¹⁵.

Achado importante foi a diferença entre a renda média mensal referida pelas mulheres em relação à dos homens. Parte da literatura aponta que, no geral e na área da saúde, mulheres ganham menos que os homens mesmo que possuam a mesma formação^{16,28,29}. Dados da OMS apontam que, mesmo que a hora trabalho seja a mesma, a desigualdade salarial entre homens e mulheres na mesma profissão está presente e aparece na composição da renda mensal. São eles que, na maior parte das vezes, acumulam os cargos de chefia, coordenação e diretoria, o que amplia o salário final. Os homens possuem também maior atuação na área do ensino, na cirurgia e na administração³⁰ – áreas de maior prestígio social – estando mais frequentemente em posições de poder e de maior renda mensal.

Segundo a OMS, mesmo após descontada a diferença de horas trabalhadas e as diferentes ocupações entre homens e mulheres, ainda há um abismo inexplicável de 11,2% entre o salário dos homens e mulheres dentro da mesma ocupação e trabalhando a mesma quantidade de horas¹⁵.

As mulheres, por sua vez, têm maior papel no trabalho não remunerado realizado em casa (trabalho doméstico, cuidado com as crianças etc.) que, além de diminuir sua disponibilidade de tempo para acumulação de cargos semelhante aos homens, as desgasta sobremaneira. Ainda, sustentado por Fraser, esse trabalho reprodutivo realizado por elas é parte do que sustenta o trabalho produtivo realizado pelos homens e que os permite maior acúmulo de renda, perpetuando a desigualdade^{22,30}. A literatura aponta que são as mulheres que, em meio a pandemia, mais reduziram o horário no trabalho e, conseqüentemente, sua renda, principalmente aquelas com filhos e em casais que ambos trabalham³¹. A desigualdade entre homens e mulheres frente ao trabalho e renda é uma dentre as várias situações exacerbadas pela pandemia. Não obstante, para muitas profissionais da saúde, essa redução não foi possível e, ainda assim, o acúmulo de atividades domésticas foi enorme.

A maior parte de nossa amostra (36,9%) trabalha diretamente com pacientes com síndrome gripal/sintomáticos respiratórios/positivos para a Covid-19 em suas rotinas de trabalho. Nossos dados apontam que estes profissionais são os que estiveram submetidos à maior carga de trabalho no contexto da pandemia. Alguns estudos apontam ainda que os profissionais de saúde em contato direto com pacientes positivos para Covid-19 apresentam mais frequentemente sintomas de ansiedade, depressão, perda da qualidade do sono e angústia³². Grande parte da nossa amostra (35,9%) relatou não trabalhar em contato direto com a área Covid-19, mas em atividades de gestão, pesquisa ou docência. Isso pode ser um viés de resultado em decorrência da área de atuação de uma das pesquisadoras responsáveis como docente e pesquisadora. Entretanto, a saúde mental de todos os profissionais da área da saúde foi impactada como consequência dos desafios proporcionados pela pandemia e exige olhar singular^{33,34}.

É de extrema relevância a sobrecarga descrita pelos participantes da pesquisa. Passados dezenove meses de pandemia, os dados sobre a Covid-19 pelo consórcio de veículos de imprensa indicam média móvel de casos de Covid-19 acima de 60 mil e de mortes pela doença acima de 1500 desde março até julho de 2021. Neste tempo, acumularam-se cansaço, ansiedade, estresse e trabalho na vida dos profissionais da saúde, que permanecem os mesmos desde o início. O impacto na saúde mental desses profissionais é real^{25,32} e continuará afetando sua atuação e sua saúde, caso não haja um olhar específico para tais trabalhadores.

As manifestações físicas e emocionais da sobrecarga estiveram bastante presentes, tanto entre os homens quanto entre as mulheres, reforçando o impacto negativo já evidenciado da pandemia na saúde mental dos profissionais da saúde^{32,34}. Nota-se que as mulheres reportaram mais desconforto físico, alterações cognitivas, agitação e inquietação e maior aumento de pesadelos, ou seja, sua saúde mental se encontra mais fragilizada.

Na literatura, alguns dos principais fatores estressores numa quarentena advinda de uma pandemia são: duração da quarentena, medo de infecção, frustração e tédio, suprimentos básicos inadequados e informação inadequada sobre a pandemia³⁶. Se considerarmos o contexto brasileiro, mesmo que aqui o conceito de quarentena diferencie isolamento e distanciamento social, alguns aspectos avaliados são aplicáveis à realidade do País como fatores estressores no período da pandemia da Covid-19: a incerteza da duração do isolamento social, o medo de infecção, a frustração e tédio ao permanecer longos períodos afastados da sociedade e, por fim, a falta e contradição de informações fornecidas pelos líderes de governo que fazem parte da rotina dos brasileiros e, assim, dos profissionais da saúde⁵. A literatura apoia que esses fatores repercutem diferentemente conforme o gênero³⁷.

Ao analisar os fatores de cansaço geradores de sobrecarga entre mulheres e homens, algumas noções permaneceram semelhantes, independente do gênero. Há alta relevância do consumo constante de informações sobre a pandemia (a razão de cansaço mais prevalente para ambos) e o trabalho a distância em excesso como geradores de sobrecarga. De acordo com a literatura, o consumo de noticiários e notícias mais densos, rotineiro no cenário atual, está associado com pior saúde mental e bem-estar³⁸. Vale ressaltar que a parcela de mulheres que se sentem cansadas em decorrência da junção do trabalho à distância com o trabalho doméstico e o cuidado das crianças foi maior que a parcela de homens. Isso corrobora a literatura que aponta que as mulheres estão submetidas à dupla jornada de trabalho, absorvendo o peso do trabalho doméstico mesmo no contexto atual³⁹.

Enquanto parte das mulheres reportaram o trabalho doméstico não dividido igualmente ou o cuidado com as crianças como o fator principal de cansaço, nenhum homem sequer selecionou esta alternativa. Considerando o papel social da mulher como principal determinante na atribuição do trabalho doméstico

não remunerado e a consequente divisão desequilibrada desse nas famílias brasileiras⁴⁰, os achados da pesquisa reforçam as desigualdades nos papéis de gênero postas em discussão por Beauvoir, Hirata e Péres¹⁷⁻¹⁹. O cuidado com o lar, com as crianças e animais é invisibilizado na vida de mulheres trabalhadoras que, mesmo após um longo dia de trabalho, chegam em casa e se deparam com funções e afazeres não atribuídos aos homens do lar.

A maior parte da amostra considera que houve aumento do trabalho doméstico durante a pandemia. Este aumento foi mais percebido pelos homens do que pelas mulheres. Isso pode ser em decorrência de um aumento em relação ao que costumavam fazer, pois previamente à pandemia, o trabalho doméstico já era majoritariamente realizado por mulheres do lar²⁰ ou era terceirizado para uma empregada doméstica²³. Com a alteração das relações interpessoais e dinâmicas organizacionais decorrentes da pandemia, é possível que tenha havido melhor divisão do trabalho doméstico em algumas residências, sendo notado mais pelos homens. Outra possibilidade, se baseia na concepção de que a realização do trabalho doméstico pelas mulheres já está naturalizada dentro do sistema patriarcal¹⁸, visto que dados coletados em março de 2021 pelo Núcleo de Estudos da Burocracia (Fundação Getúlio Vargas – FGV) apontam que elas acumularam mais de 30 horas semanais de atividades domésticas durante a pandemia³⁹.

Conseqüentemente, as mulheres nem mesmo reconhecem este aumento ou até mesmo a sobrecarga que ele gera. Nossos dados apontam que mais de 60% das mulheres entrevistadas eram as responsáveis pelo trabalho doméstico em sua residência enquanto nem metade dos homens possuíam a mesma incumbência. Podemos notar também o maior volume de trabalho doméstico nas residências masculinas que são terceirizadas para outras mulheres, como mães e empregadas domésticas, o que reforça a divisão sexual do trabalho enraizada na sociedade brasileira¹⁸. A sobrecarga de trabalho para as mulheres

acaba sendo, portanto, no âmbito profissional e doméstico. Consequência disso parece ser a maior carga mental e aumento da suscetibilidade ao adoecimento mental. A literatura mostra que as mulheres da área da saúde reportam mais exaustão mental e manifestam mais sintomas da síndrome de Burnout que os homens⁴¹.

Limitações

Quanto às limitações do estudo, há limitação do espaço amostral e da generalização possível a partir dos dados e resultados obtidos pelo tipo de amostra utilizada. Além disso, apesar do número relevante de respostas analisadas, houve grande heterogeneidade de atuação profissional reportada, tanto referente à profissão como em relação ao atendimento ou não de pacientes. Esses grupos possuem realidades diferentes e difíceis de comparar.

Apesar disso, o estudo apresenta vários pontos fortes. Traz um olhar sobre a situação de um grupo muito relevante no enfrentamento à pandemia: os profissionais da saúde. Independente do grau de contato com a Covid-19, todos atuam direta ou indiretamente na pandemia. Ademais, traz um olhar de gênero, ainda pouco empregado sobre esta população, apontando dificuldades enfrentadas pelas mulheres, muitas vezes negligenciadas na nossa sociedade patriarcal.

Conclusões

A realidade brasileira foi determinante ao avaliar o impacto da pandemia na vida dos trabalhadores da saúde, segundo nosso estudo. Os profissionais da saúde já são um grupo vulnerável no contexto atual e compreendemos que, ainda por cima, há fatores descritos como estressores presentes cotidianamente na rotina dos entrevistados, como a incerteza do tempo de isolamento, o medo da infecção, a frustração

ao enfrentar desfechos desfavoráveis de seus pacientes, assim como a falta de apoio das políticas públicas adequadas ao enfrentamento da pandemia e a contradição das informações fornecidas pelos líderes de governo.

Além de evidenciar a sobrecarga relatada pelos profissionais da saúde, um dos pilares do combate ao novo coronavírus, nosso estudo demonstrou evidente diferenças de gênero nos impactos da pandemia. Se enquanto profissionais as mulheres sofreram o mesmo impacto que os homens, ao analisarmos suas realidades neste contexto, a diferença nos fatores que geraram sobrecarga para as mulheres, ligados ao ambiente doméstico, a baixa remuneração para desenvolver as mesmas funções e seu papel de gênero, reflete em maior fragilização de sua saúde mental, evidenciada pelos resultados obtidos. Nosso estudo concluiu, portanto, que a pandemia da Covid-19 é mais difícil para elas.

Em cenário sem precedentes, ainda não é possível saber as repercussões futuras desse fato, nem se esta situação será considerada futuramente uma das sequelas da pandemia. É importante utilizarmos o olhar de gênero ao pensar estratégias de intervenção para recuperação saudável da sociedade em um futuro pós-pandêmico no qual as consequências de uma sociedade sobrecarregada virão.

Colaboradoras

Vieira J (0000-0003-2360-1186)* contribuiu para a realização da pesquisa com aplicação do questionário, coleta e análise de dados, revisão bibliográfica, elaboração e revisão do manuscrito. Anido I (0000-0002-3058-2107)* contribuiu para a realização da pesquisa com aplicação do questionário, coleta de dados e revisão do manuscrito. Calife K (0000-0002-7038-8069)* contribuiu para a realização da pesquisa, elaboração e revisão do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- World Health Organization. WHO Director General's Opening Remarks at the Media Briefing on COVID 19 – 11 March 2020. 2020. [acesso em 2020 set 20]. Disponível em: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>.
- World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) advice for the public. 2021. [acesso em 2021 jun 25]. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>.
- Cousins S. New Zealand eliminates COVID-19. *Lancet*. 2020; 395(10235):1474.
- Dong E, Du H, Gardner L. An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. *Lancet infect. diseases*. 2020; 20(5):533-4.
- Lancet T. COVID-19 in Brazil: "So what?". *Lancet*. 2020; 395(10235):1461.
- Pfefferbaum B, North CS. Mental health and the Covid-19 pandemic. *N Engl J Med*. 2020; (383):510-512.
- Calife K, Chioro A. A pandemia da Covid-19 em São Paulo: o caminho da desigualdade. 2020. [acesso em 2020 nov 24]. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/observabr/2020/11/19/a-pandemia-da-covid-19-em-sao-paulo-o-caminho-da-desigualdade/>.
- Chioro A, Calife K, Santos Barros CR, et al. COVID-19 em uma Região Metropolitana: vulnerabilidade social e políticas públicas em contextos de desigualdades. *Saúde debate*. 2020; 44(esp4):219-231.
- Rex FE, Borges CAS, Kafer PS. Spatial analysis of the COVID-19 distribution pattern in São Paulo State, Brazil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2020 [acesso em 2020 nov 24]; 25(9). Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/spatial-analysis-of-the-covid19-distribution-pattern-in-sao-paulo-state-brazil/17603?id=17603>.
- Tess B, Alves MC, Reinach F, et al. Inquérito domiciliar para monitorar a soroprevalência da infecção pelo vírus SARS-CoV-2 em adultos no município de São Paulo entre os dias 1 e 10 de outubro de 2020. *SoroEpi MSP*. 2020. [acesso em 2020 nov 24]. Disponível em: <https://www.monitoramentocovid19.org>.
- World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19): Weekly epidemiological, update - 17 November 2020. 2020. [acesso em 2020 dez 15]. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/weekly-epi-update-14.pdf?sfvrsn=df2b8dd_6&download=true.
- Fundação Oswaldo Cruz. Boletim Extraordinário 14 de julho de 2021. Boletim Observatório Covid-19. 2021. [acesso em 2021 ago 5]. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim_extraordinario_2021-julho.pdf.
- Mathieu E, Ritchie H, Ortiz-Ospina E, et al. A global database of COVID-19 vaccinations. *Nat Hum Behav*. 2021.
- Lima NT, Buss PM, Paes-Sousa R. COVID-19 pandemic: A health and humanitarian crisis. *Cad. Saúde Pública*. 2020; 36(7).
- Boniol M, McIsaac M, Xu L, et al. Gender equity in the health workforce: analysis of 104 countries. Geneva: World Health Organization; 2019. [acesso em 2020 ago 15]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311314/WHO-HIS-HWF-Gender-WP1-2019.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Scheffer M, Cassenote A, Guilloux AGA, et al. *Demografia Médica no Brasil*. 2018. São Paulo: FMUSP; CFM; Cremesp; 2018.
- De Beauvoir S. *O segundo sexo*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2014.
- Hirata H, Kergoat D. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. *Cad. de pesq*. 2007; 37(132):595-609.

19. Peres L. Os desafios para o século XXI. *Mulher e Trabalho*. 2011; (1):51-53.
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Em média, mulheres dedicam 10,4 horas por semana a mais que os homens aos afazeres domésticos ou ao cuidado de pessoas. 2020. [acesso em 2021 jun 25]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/27877-em-media-mulheres-dedicam-10-4-horas-por-semana-a-mais-que-os-homens-aos-afazeres-domesticos-ou-ao-cuidado-de-pessoas>.
21. Vogel L. *Marxism and the oppression of women: Toward a unitary theory*. Chicago: Haymarket Books; 1983.
22. Fraser N. Feminismo, capitalismo e a astúcia da história. In: Hollanda HB, organizadora. *Pensamento feminista. Conceitos fundamentais*. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo; 2019.
23. Brites J. Afeto e desigualdade: gênero, geração e classe entre empregadas domésticas e seus empregadores. *Cadernos pagu*. 2007; (29):91-109.
24. Gausman J, Langer A. Sex and gender disparities in the COVID-19 pandemic. *J. of Women's Health*. 2020; 29(4):465-6.
25. Spoorthy MS, Pratapa SK, Mahant S. Mental health problems faced by healthcare workers due to the COVID-19 pandemic—A review. *Asian J. psych*. 2020; (51):102119.
26. Ornell F, Schuch JB, Sordi AO, et al. “Pandemic fear” and COVID-19: mental health burden and strategies. *Braz. J. Psych*. 2020; 42(3):232-5.
27. Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. (OPAS/OMS). *Serviços Recomendados Gerais de Saúde. Proteção da saúde mental em situações de epidemias*. 2006. [acesso em 2021 jun 20]. Disponível: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Protecao-da-Saude-Mental-em-Situacoes-de-Epidemias--Portugues.pdf>.
28. Probst ER, Ramos P. *A evolução da mulher no mercado de trabalho*. Santa Catarina: ICPG; 2003.
29. Mahase E. Gender pay gap in general practice is 35%, report finds—owing to age, working hours, and partnerships. *BMJ*. 2020; (368):m112.
30. Santos TS. Gênero e carreira profissional na Medicina. *Mulher e trabalho*. 2011; (21):4.
31. Collins C, Landivar LC, Ruppanner L, et al. COVID 19 and the gender gap in work hours. *Gender Work Organ*. 2021; 28(S1):101-112.
32. Lai J, Ma S, Wang Y, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease. *JAMA Netw Open*. 2020; 3(3):e203976.
33. Fundação Oswaldo Cruz. *Cartilha de Recomendações Gerais: Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia de Covid-19*. 2020. [acesso em 2021 jun 25]. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/cartilha_recomendacoes_gerais_06_04_0.pdf.
34. Teixeira CFS, Soares CM, Souza EA, et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. *Ciênc. Saúde Colet*. 2020 [acesso em 2021 jul 9]; 25(9):3465-3474. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>.
35. Lotta G, Fernandez M, Magri G, et al. A pandemia de COVID19 e (os)as profissionais de saúde pública: uma perspectiva de gênero e raça sobre a linha de frente. Núcleo de Estudos da Burocracia e Fiocruz. 2021. [acesso em 2021 jul 9]. Disponível em: <https://neburocracia.wordpress.com/publicacoes/>.
36. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*. 2020; 395(10227):913-920.
37. Lotta G, Fernandez M, Magri G, et al. A pandemia de COVID19 e (os)as profissionais de saúde pública:

- uma perspectiva de gênero e raça sobre a linha de frente. Núcleo de Estudos da Burocracia e Fiocruz. 2021. [acesso em 2021 jul 9]. Disponível em: <https://neurocracia.wordpress.com/publicacoes/>.
38. Boukes M, Vliegthart R. News consumption and its unpleasant side effect. *J. Med. Psych.* 2017; 29(3):137-147.
39. Lotta G, Fernandez M, Corrêa M, et al. A pandemia de COVID19 e (os)as profissionais de saúde pública: 2ª fase. Núcleo de Estudos da Burocracia e Fiocruz. 2021. [acesso em 2021 jul 9]. Disponível em: <https://neurocracia.wordpress.com/publicacoes/>.
40. Melo HP, Castilho M. Trabalho reprodutivo no Brasil: quem faz?. *Rev econ. contemp.* 2009; 13(1):135-58.
41. Barelo S, Palamenghi L, Graffigna G. Burnout and somatic symptoms among frontline healthcare professionals at the peak of the Italian COVID-19 pandemic. *Psych. Res.* 2020; (290):113129.

Recebido em 16/07/2021
Aprovado em 04/11/2021
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Mortalidade por violência contra mulheres antes e durante a pandemia de Covid-19. Ceará, 2014 a 2020

Mortality from violence against women before and during the Covid-19 pandemic. Ceará, 2014 to 2020

Elisângela Rodrigues Chagas¹, Fernando Virgílio Albuquerque de Oliveira², Raimunda Hermelinda Maia Macena²

DOI: 10.1590/0103-1104202213204

RESUMO Compreendendo a importância do monitoramento da violência contra mulheres, este estudo teve como objetivo analisar o comportamento da curva de crimes violentos, letais e intencionais contra mulheres, no estado do Ceará, nos últimos anos e discutir acerca dos aspectos que envolvem a curva epidemiológica dos crimes letais contra a mulher, principalmente com o início da pandemia de Covid-19. Trata-se de uma pesquisa ecológica, utilizando os dados secundários disponíveis na plataforma da Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social do estado do Ceará entre os anos de 2014 a 2020. A coleta foi realizada no mês de janeiro de 2021, os dados foram analisados com auxílio do programa Excel. Constatou-se que a violência contra a mulher no estado do Ceará encontra-se em ascensão e que anos com eventos sanitários atípicos, como a pandemia da Covid-19, tendem a impactar negativamente a vida em sociedade e mais diretamente a vida das mulheres. Torna-se essencial que as autoridades, as instituições, organizações sociais, comunidade acadêmica, profissionais de todos os setores e serviços públicos e privados estejam sensibilizados e empenhados em cobrar a efetivação das políticas de enfrentamento alinhadas a rede de serviços, principalmente no momento de maior vulnerabilidade da pandemia.

PALAVRAS-CHAVES Violência contra a mulher. Isolamento social. Covid-19.

ABSTRACT *Understanding the importance of monitoring in confront violence against women, this study aimed to analyze the behavior of the curve of violent, lethal and intentional crimes against women in the state of Ceará in recent years and discuss aspects that involve the epidemiological curve of lethal crimes against women, especially with the beginning of the Covid-19 pandemic. This is an ecological survey, using the secondary data available on the platform of the Secretariat of Public Security and Social Defense of the state of Ceará between the years 2014 to 2020. The collection was carried out in January 2021, the data were purchased with the aid of the Excel program. It was found that violence against women in the state of Ceará is on the rise and that years with atypical health events, such as the Covid-19 pandemic, tend to have a negative impact on life in society and more directly on women lives. It is essential that authorities, institutions, social associations, the academic community, professionals from all sectors in public and private services are sensitized and committed to demanding the implementation of confrontation policies aligned with the service network, especially at the moment of greatest vulnerability of the pandemic.*

KEYWORDS *Violence against women. Social isolation. Covid-19.*

¹Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE) - Fortaleza (CE), Brasil. elisangelachagas.psi@gmail.com

²Universidade Federal do Ceará (UFC) - Fortaleza (CE), Brasil.



Introdução

A violência é definida como a utilização da força física, de poder ou em forma de ameaça contra si, outra pessoa ou contra um grupo e/ou comunidade, que resulte em lesão, dano psicológico, privação, deficiência de desenvolvimento ou morte. Trata-se de um fenômeno social, fazendo-se presente em múltiplos lugares e classes sociais, representando um grande problema de saúde pública, visto que impacta de forma significativa a vida em sociedade¹.

Atos violentos são responsáveis pela morte de milhares de pessoas anualmente, principalmente daquelas com idade entre 15 e 44 anos. Dentre esse público, destaca-se a violência direcionada às mulheres, que é definida como toda e qualquer ação violenta realizada com base no gênero².

O 'Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência' publicado pela OMS, no ano de 2014, afirma que a cada três mulheres, uma foi vítima de violência física e/ou sexual em algum momento da vida, o que reflete a magnitude da violência contra a mulher na realidade atual. Destaca-se também o fato de que tais atos violentos praticados contra as mulheres normalmente partem de parceiros íntimos, o que torna a situação ainda mais ampla e complexa³.

Ainda nesse sentido, o 'Mapa da Violência 2015: homicídio de mulheres no Brasil', elaborado pela Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais, revelou que o Brasil é o quinto país, dentro de um total de 83, que mais comete violência contra mulheres, apresentando 48 vezes mais homicídios que o Reino Unido, por exemplo. A taxa total é de 4,8 homicídios por 100 mil mulheres, um índice muito superior ao encontrado em outras partes do mundo⁴.

No que diz respeito às políticas públicas direcionadas ao enfrentamento e combate à violência contra a mulher, destaca-se que estas vêm sendo desenvolvidas desde a década de 1980, buscando minimizar a incidência e evitar a ocorrência do agravo em questão,

promovendo estratégias de atendimento e proteção às mulheres vítimas de violência. O Programa de Assistência Integrada à Saúde da Mulher (Paism), de 1983, é considerado o primeiro programa criado com o conceito de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Embora não seja uma política voltada especificamente ao enfrentamento à violência, abarca o fenômeno devido a compreensão de saúde ampliada⁵. Em termos de segurança pública, a partir do Decreto nº 23.769/1985, no estado de São Paulo, foi criada a primeira Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (Deam)⁶.

Entretanto, o que se percebe é que, ainda assim, as intervenções realizadas com as mulheres que procuram os serviços de saúde e sugerem situação de violência se limitam a cuidados das sequelas e/ou sinais físicos⁷. Pesquisas revelam o sentimento de impotência sinalizado por profissionais da saúde diante da complexidade do fenômeno da violência, percepções estereotipadas que naturalizam comportamentos agressivos e violentos em homens e passividade em mulheres, além da dificuldade em conceber a violência contra mulher como uma questão de saúde pública⁵.

Nesse contexto das propostas de inclusão da perspectiva de gênero nas políticas públicas para a reconstrução de uma sociedade mais justa para todas e todos, pode-se apontar a importância da criação de estatísticas confiáveis com intuito de revelar a realidade desse fenômeno⁸.

Do ponto de vista da segurança pública, no estado do Ceará, a Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social (SSPDS), vinculada à Superintendência de Pesquisa e Estratégias de Segurança Pública do Estado do Ceará (Supesp), acompanha a evolução da criminalidade e da violência. Mensalmente são publicados na plataforma os dados estatísticos oriundos de diversas fontes, sendo a principal o Sistema de Informações Policiais⁹.

Compreendendo a importância da notificação e do controle epidemiológico no combate à violência e proteção à integridade física e

moral das mulheres vítimas de violência, torna-se necessário o seguinte questionamento: qual o comportamento dos dados de mortalidade de crimes violentos, letais e intencionais contra mulheres nos últimos anos e durante o ano de 2020, em que iniciou-se a pandemia de Covid-19?

Deste modo, este estudo analisa o comportamento da curva de crimes violentos, letais e intencionais contra mulheres no Ceará, entre os anos 2014 e 2020, pretendendo identificar o perfil recente de notificações de casos de violência contra a mulher no estado e discutir acerca dos aspectos que envolvem a curva epidemiológica dos crimes letais contra a mulher.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa ecológica, que utiliza dados secundários disponíveis na plataforma da SSPDS. O estado do Ceará é uma unidade federativa localizada na região Nordeste do Brasil, com população estimada de 9.187.103 pessoas, distribuídas em 184 municípios, em um território de 148.894,441 km²¹⁰.

Seu território é dividido administrativamente pela SSPDS em 19 Áreas Integradas de Segurança (AIS), sendo as dez primeiras compondo o município de Fortaleza (AIS1 a AIS10) e as demais agrupando os outros municípios do estado (AIS11 a AIS19)⁹. A amostragem foi por conveniência e foram incluídos na amostra todos os dados considerados relevantes para os objetivos deste estudo, totalizando uma base com 2.079 casos ocorridos no período de 2014 a 2020.

Foram coletados os dados disponíveis no *site*: <https://www.sspds.ce.gov.br/>, na aba Estatísticas. Estabeleceu-se como critérios de inclusão no estudo: homicídios de mulheres de todas as idades, caracterizados como feminicídio ou não, no território do estado do Ceará, disponíveis na base de dados pública do *site* da SSPDS de todos os anos disponibilizados. Foram excluídos os dados referentes ao ano de 2013, por estar disponível na plataforma

somente o número total de vítimas, sem especificação das variáveis necessárias para o estudo, além de homicídios de mulheres com dados incompletos ou inconsistentes, que inviabilizariam a análise do perfil epidemiológico.

A coleta de dados foi realizada no mês de janeiro de 2021, especificando-se as informações inerentes à questão norteadora, conforme definida a população e amostra. Foram utilizados os dados que possuíam semelhança ao objeto estudado e que permitiram discussão e análise da temática do estudo. A escolha pelo período de estudo para análise de série histórica se deu pelo fato de que a plataforma da SSPDS disponibiliza os dados de janeiro de 2014 até o momento em que esta pesquisa foi realizada.

A base escolhida realiza um compilado mensal dos dados sobre crimes violentos letais e intencionais que engloba os boletins de ocorrência, termos circunstanciados de ocorrência e inquéritos policiais, além de fontes secundárias, relatórios que são enviados através do Comando de Policiamento do Interior Sul e Norte (CPI), Coordenadoria Integrada de Operações de Segurança (Ciops) e Perícia Forense do Estado do Ceará (Pefoce). A agilidade da consolidação mensal das informações no *site* da SSPDS tornou-se, portanto, um fator para justificar a fonte para este estudo. Além disso, os dados são compilados e disponibilizados de forma livre pela plataforma a cada mês, sem a possibilidade de reajustes (inserção ou exclusão de casos), que inviabilizariam considerar a base como inalterável e elegível para o estudo.

As variáveis incluídas para análise epidemiológica foram: sexo (apenas o feminino), idade da vítima, natureza do fato, município da ocorrência, meio de agressão utilizado, dia, mês e ano de ocorrência. Entende-se por crimes violentos letais e intencionais os homicídios dolosos, ou seja, cometidos intencionalmente, feminicídio, lesão corporal seguida de morte e roubo seguido de morte, independente da arma ou meio utilizado, que teve como resultado a morte das vítimas¹⁰. Foram utilizados, ainda,

dados de estimativa de população residente no Ceará fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para os cálculos de taxa de mortalidade.

A tipificação do crime como feminicídio só passou a ser utilizada na fonte de dados a partir de 2017 (com poucos casos naquele ano), não havendo essa natureza nos anos anteriores da amostra. Dessa forma, deve-se observar essa variável com cautela e considerar que seja possível que alguns crimes contabilizados como homicídios dolosos contra mulheres, de 2014 a 2017, possam ter sido feminicídios.

Após a coleta de dados, estes foram agrupados em planilhas do programa Excel for Windows®, consolidados e padronizados. O referido programa foi utilizado, ainda, para os cálculos de análise descritiva e construções de gráficos e tabelas do estudo. Realizou-se, ainda, a análise da tendência temporal por meio de gráficos de linhas e modelos de regressão joinpoint (regressão linear segmentada por pontos de inflexão de Poisson) a partir dos dados de taxa de mortalidade ao longo do período do estudo através do software. Por meio da definição dos segmentos, efetuou-se a estimativa e testou-se a Variação Percentual Anual (APC) e a Variação Percentual Anual Média (AAPC), com seus respectivos IC95%, permitindo-se a demonstração de crescimento (APC positivos), redução (APC negativos) ou manutenção (APC=0) da tendência dos dados analisados.

Todos os aspectos ético-legais que envolvem pesquisas com seres humanos e/ou

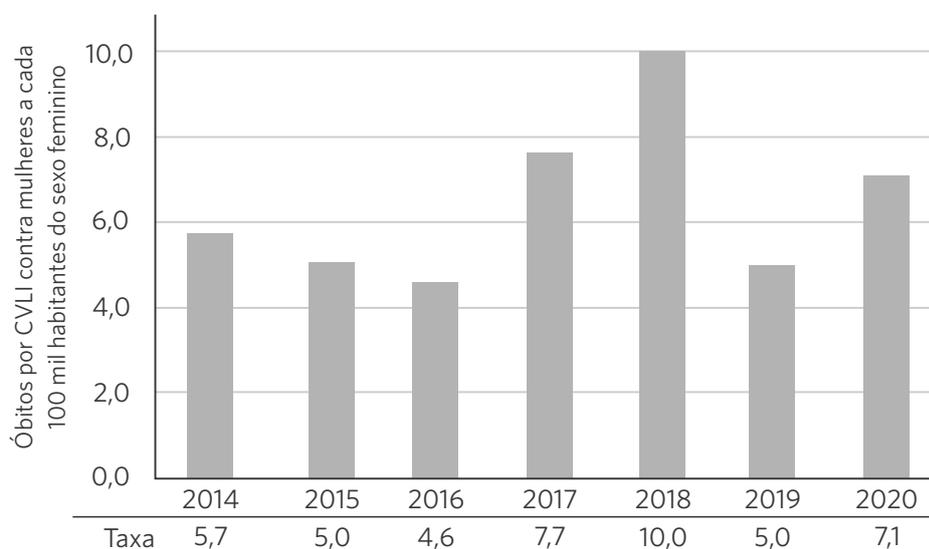
informações acerca destes foram respeitados durante a realização desta pesquisa, de acordo com a Resolução nº 466/2012. Por tratar-se de um estudo com dados secundários disponíveis e de acesso público no *site* do órgão responsável, não foi necessária submissão ao comitê de ética, podendo-se iniciar as coletas sem a imposição desta etapa. Ainda assim, os pesquisadores mantiveram os princípios éticos para não maleficência das pessoas incluídas na amostra, respeitando os dados de identificação dos casos apenas em análises internas e mantendo o anonimato na apresentação dos resultados.

Resultados

No presente estudo, observou-se que a média total da mortalidade no Ceará foi de 6,4 ($\pm 1,9$) óbitos para cada 100 mil mulheres entre os anos de 2014 a 2020. Os anos que estiveram acima da referida média foram 2017, 2019 e 2020, com 7,7, 10 e 7,1 óbitos a cada 100 mil mulheres, respectivamente. Além disso, houve incremento de 43,5% de 2019 para 2020 (*gráfico 1*).

Podemos constatar ainda que a taxa de mortes se mantém ou cresce com o passar do tempo. Os dois incrementos que se destacam, além do supracitado de 2019 para 2020, são de 2016 para 2017, com 67,7%, e de 2017 para 2018, com 30%.

Gráfico 1. Taxa de mortalidade por crimes violentos letais e intencionais contra mulheres segundo ano de ocorrência. Ceará, 2014 a 2020



Fonte: elaboração própria.

Em relação à análise temporal, não foram observados momentos distintos de variação das taxas de feminicídio. Entretanto, pode ser observada variação das taxas de mortalidade no período de 2014 a 2020, de 5,82% ao ano (-8,9 - 22,9), embora sem significância estatística. Não foi conclusiva a APC, tendo em vista a limitação da série histórica, entretanto os achados revelam uma potencial tendência ao crescimento das taxas de feminicídio.

Quanto à natureza do crime, os três primeiros registros de feminicídio só foram apontados em dezembro do ano de 2017, ou seja, trinta e três meses seguintes à sanção da Lei nº 13.104, totalizando menos de 1% das mortes naquele ano. Nos anos seguintes, o registro de feminicídio continua com porcentagem baixa em relação aos homicídios dolosos.

Outra observação que a *tabela 1* apontada é uma redução dos números de feminicídio para 8,1% no ano de 2020, contra 14,7% no ano anterior. De forma invertida, em 2019 tivemos 82,8% em homicídios dolosos contra 89,9% em 2020 (*tabela 1*).

Sobre o meio da agressão, observa-se que, em todos os anos mencionados, a arma de fogo é o que mais se destaca, seguido das armas brancas. A menor proporção de mulheres mortas por arma de fogo foi em 2016, com 62,2% do total dos assassinatos. Em 2018, ocorreu a maior taxa de mortes por arma de fogo (80,3%), enquanto que 78,5% do total de mulheres mortas foi por arma de fogo no ano em que teve início o isolamento social pela Covid-19.

Tabela 1. Número e porcentagem de crimes violentos letais e intencionais contra mulheres segundo característica da agressão, faixa etária, mês e ano de ocorrência. Ceará, 2014 a 2020

Característica da agressão	2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020		Total da série
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Natureza do crime															
Feminicídio		0,0		0,0		0,0	3	0,8	27	5,8	34	14,7	27	8,1	91
Homicídio doloso	257	99,2	223	97,4	201	96,2	337	95,5	420	90,9	192	82,8	301	89,9	1.931
Lesão corporal seguida de morte		0,0	2	0,9	2	1,0	2	0,6	1	0,2	1	0,4	1	0,3	9
Roubo seguido de morte	2	0,8	4	1,7	6	2,9	11	3,1	14	3,0	5	2,2	6	1,8	48
Meio de agressão															
Arma branca	43	16,6	38	16,6	54	25,8	49	13,9	48	10,4	43	18,5	44	13,1	319
Arma de fogo	183	70,7	161	70,3	130	62,2	270	76,5	371	80,3	156	67,2	263	78,5	1.534
Outras	31	12,0	23	10,0	23	11,0	33	9,3	40	8,7	33	14,2	28	8,4	211
Não informado	2	0,8	7	3,1	2	1,0	1	0,3	3	0,6		0,0		0,0	15
Mês de ocorrência															
Janeiro	33	12,7	18	7,9	21	10,0	10	2,8	52	11,3	15	6,5	30	9,0	179
Fevereiro	15	5,8	23	10,0	20	9,6	13	3,7	44	9,5	16	6,9	30	9,0	161
Março	35	13,5	22	9,6	20	9,6	18	5,1	41	8,9	13	5,6	30	9,0	179
Abril	18	6,9	28	12,2	20	9,6	29	8,2	32	6,9	25	10,8	31	9,3	183
Maiο	24	9,3	27	11,8	14	6,7	18	5,1	32	6,9	17	7,3	40	11,9	172
Junho	24	9,3	18	7,9	16	7,7	25	7,1	33	7,1	17	7,3	32	9,6	165
Julho	20	7,7	10	4,4	8	3,8	33	9,3	41	8,9	27	11,6	23	6,9	162
Agosto	15	5,8	12	5,2	12	5,7	35	9,9	34	7,4	13	5,6	15	4,5	136
Setembro	12	4,6	17	7,4	14	6,7	41	11,6	41	8,9	21	9,1	25	7,5	171
Outubro	30	11,6	18	7,9	19	9,1	39	11,0	33	7,1	20	8,6	32	9,6	191
Novembro	18	6,9	13	5,7	21	10,0	46	13,0	39	8,4	24	10,3	24	7,2	185
Dezembro	15	5,8	23	10,0	24	11,5	46	13,0	40	8,7	24	10,3	23	6,9	195
Faixa etária															
0 a 9 anos	1	0,4	3	1,3	4	1,9	4	1,1	4	0,9	5	2,2	7	2,1	28
10 a 19 anos	56	21,6	32	14,0	27	12,9	77	21,8	114	24,7	43	18,5	72	21,5	421
20 a 29 anos	76	29,3	62	27,1	74	35,4	112	31,7	133	28,8	68	29,3	100	29,9	625
30 a 39 anos	50	19,3	51	22,3	48	23,0	53	15,0	100	21,6	52	22,4	81	24,2	435
40 a 49 anos	28	10,8	40	17,5	28	13,4	37	10,5	48	10,4	28	12,1	36	10,7	245
50 a 59 anos	15	5,8	13	5,7	14	6,7	17	4,8	23	5,0	11	4,7	13	3,9	106
60 a 69 anos	2	0,8	6	2,6	5	2,4	5	1,4	4	0,9	6	2,6	9	2,7	37
70 anos e mais	7	2,7	6	2,6	2	1,0	3	0,8	10	2,2	5	2,2	10	3,0	43
Total por ano	259		229		209		353		462		232		335		2.079

Fonte: elaboração própria.

Em relação às médias das taxas de mortalidade por mês de 2014 a 2020, observou-se a seguinte distribuição (em número de casos a cada 100 mil mulheres residentes): janeiro com média equivalente a 0,6 ($\pm 0,3$); fevereiro com 0,5 ($\pm 0,2$); março com 0,6 ($\pm 0,2$); abril com 0,6 ($\pm 0,1$); maio com 0,5 ($\pm 0,2$); junho com 0,5 ($\pm 0,1$); julho com 0,5 ($\pm 0,3$); agosto com 0,4 ($\pm 0,2$); setembro com 0,5 ($\pm 0,3$); outubro com 0,6 ($\pm 0,2$); novembro com 0,6 ($\pm 0,3$) e dezembro com 0,6 ($\pm 0,2$).

No que se refere à taxa de mortalidade dos meses de 2020 em comparação com a média para a série histórica, três meses destacaram-se com valores acima da referida média: abril, maio e junho. Abril de 2020 apresentou taxa de 0,6 óbitos a cada 100 mil mulheres, equivalente a 14,1% a mais quando comparado com a média do mesmo mês em anos anteriores. Já o mês de maio apresentou um aumento de 37,5% e junho 25% em relação à média da série histórica ao apresentarem, respectivamente, 0,9 e 0,7 óbitos a cada 100 mil mulheres. Os três meses representam a fase de isolamento mais rígida durante a pandemia por Covid-19 no Ceará, de acordo com os Decretos nº 33.536, nº 33.608 e nº 33.631.

No quesito faixa etária, conforme pode-se observar na *tabela 1*, os números que se destacam são os homicídios dos 10 aos 49 anos, sendo pico as vítimas com idade entre 20 e 39 anos. As mulheres jovens foram as maiores vítimas de homicídio no Ceará durante os anos de 2014 a 2020. Um dado que chama a atenção é o número de vítimas com faixa etária de 10 a 19 anos. Como podemos observar, nos anos de 2014, 2017, 2018 e 2020, no total de mulheres assassinadas, mais de 20% eram meninas com idades de 10 a 19 anos. Em 2018, entre a faixa etária de 10 a 19 anos, essa porcentagem é ainda maior, onde observamos 25,6% de meninas mortas. Em números absolutos, foram mortas no Ceará 118 meninas, de um total 462 vítimas naquele ano.

As variações observadas relacionadas às idades das mulheres da amostra, destacam para uma idade mínima de 0 anos e máxima de 91, com mediana de 28 anos, percentil 25% de 20 anos e percentil 75% de 38 anos.

Discussão

No Brasil, no ano de 2018, o número total de mulheres assassinadas chegou a 4.519. Esse número corresponde a uma taxa de 4,3 mortes para cada 100 mil mulheres. Dos 27 estados do País, 19 obtiveram redução nas taxas de assassinatos de mulheres entre os anos 2017 e 2018. O estado do Ceará está entre os três que apresentaram taxa maior que 20% em crimes letais contra mulheres. Entre os anos 2008 a 2018, o Brasil aponta para um aumento de 4,2% no assassinato de mulheres, e o Ceará apresenta um crescimento de 278,6% neste tipo de crime letal¹¹.

Conforme descrito nos resultados, o presente estudo observou um aumento no total geral de homicídios dolosos e feminicídios no ano de 2020 em relação ao ano de 2019. A pandemia pelo novo coronavírus teve início, no Ceará, no ano de 2020, devendo-se levar em consideração que este representa um período de maior vulnerabilidade para mulheres devido às suas consequências, como o isolamento social e a maior manutenção de vítimas e agressores em casa¹².

Em relação ao número e à porcentagem de crimes letais contra mulheres segundo o mês e ano de ocorrência, pode-se observar que nos meses de abril, outubro, novembro e dezembro, há um número maior no total de vítimas e esse percentual se mantém maior e constante durante praticamente todos os anos da série. Em maio de 2020, mês de alta em número de casos de Covid-19 e com maior rigidez no isolamento social no Ceará (Decreto nº 33.608), observa-se que houve um aumento no percentual de homicídios, reforçando as hipóteses levantadas no presente estudo de relação entre os dois fenômenos; nos meses seguintes, esse percentual diminuiu.

A necessidade de permanecer em suas residências também representa para algumas mulheres a continuidade em locais onde são perpetradas dinâmicas de poder, relacionamentos abusivos, violência física, psicológica e sexual. Mulheres em situação de violência tiveram vias de fuga diminuídas pelas

restrições de locomoção durante período pandêmico de isolamento rígido, além de dificuldade de acesso a serviços de proteção às vítimas¹².

Nesse contexto da pandemia, as mulheres foram, em maiores ou menores níveis, obrigadas a permanecerem em suas casas com seus filhos e seus companheiros. A restrição de mobilidade, as dificuldades financeiras, o distanciamento dos demais membros familiares e o medo do contágio potencializaram e encorajaram os violentadores. Um fator que deve ser considerado é que o distanciamento social também acontecia nos serviços de proteção, o que levou a uma restrição nos atendimentos presenciais e, portanto, dificultou o acesso das vítimas a esses serviços¹³.

Outra observação apontada pelo presente estudo é a redução dos registros com a qualificadora feminicídio no ano de 2020 em relação ao ano anterior. De forma invertida, foram registrados mais homicídios dolosos em 2020 do que em 2019. Esse fenômeno nos leva a duas suposições: o número de feminicídio realmente diminuiu ou as mortes motivadas por questões de gênero não estão sendo registradas como deveriam. Além disso, o período pandêmico pode ter sido responsável por afetar o processo de trabalho durante as investigações do caso e sua caracterização devida como feminicídio.

No que se refere às faixas etárias mais acometidas, o 'Atlas da Violência 2020' corrobora os dados apresentados pelo presente estudo, ao indicar que no território brasileiro as mulheres jovens, com idades entre 15 e 29 anos, foram as principais vítimas de crimes letais entre os anos de 2008 e 2018¹¹.

Os dados da SSPDS coletados não fornecem informações sobre os crimes letais e intencionais na perspectiva racial, mas esses números em outras fontes de pesquisa estão em ascensão. A ausência dessa variável na fonte do presente estudo dificulta a análise do fenômeno sob a perspectiva da interseccionalidade, uma vez que as questões de gênero não são os únicos problemas que atravessam a vida dessas mulheres e a experiência da

violência contra mulheres brancas e negras é diferente devido ao racismo estrutural, recomendando-se a busca por outras fontes para melhor compreensão desses aspectos¹⁴.

O 'Atlas da Violência 2020' afirma que no Brasil, em 2018, do total de mulheres mortas, 68% eram negras e, entre os anos de 2008 e 2018, houve um aumento de 12,4% nos homicídios de mulheres pretas; já o assassinato de mulheres não negras diminuiu 11,7% durante o mesmo período. O Ceará ficou entre os quatro estados do Brasil em que o número de mulheres negras mortas é quatro vezes maior que o de mulheres não negras¹¹.

Em relação ao meio de agressão utilizado nos crimes contra as mulheres, o estudo observou que o principal é a arma de fogo, o que corrobora com a literatura que aponta a mesma circunstância para o Brasil. Entre os anos 2013 e 2018, o número de mulheres mortas por arma de fogo em suas residências aumentou em 25% no País¹¹. Em 2019, o governo federal emitiu o Projeto de Lei nº 3.723/2019 para ampliação e flexibilização de porte e posse de armas. Para especialistas, facilitar o acesso a armas de fogo pode agravar o número de feminicídios, considerando que este é o instrumento mais utilizado pelos agressores para o assassinato de suas vítimas. Além disso, para os pesquisadores, não existe evidência de que os projetos de leis criados para a pauta de armamento sejam baseados em estatísticas¹⁵.

Através da cultura patriarcal, a subordinação das mulheres e a violência sofrida por elas têm caráter estrutural por longas décadas. A partir dos papéis de gênero atribuídos a homens e mulheres pela sociedade, as relações de poder são desempenhadas baseadas em controle, dominação e opressão, resultando em discriminação e estereótipos que se refletem nas novas gerações nas esferas públicas, entendidas como: governo, política, religião, escolas, mídia, dentre outros; e privadas, entendidas como família, parentes e pessoas próximas com algum vínculo afetivo. Esse cenário de controle, opressão e violências contra as mulheres tornou-se cada vez mais natural dentro

das sociedades, gerando consequências gravíssimas à integridade física, psicológica e à vida das mulheres¹⁶.

As questões sobre a desigualdade de gênero vêm sendo debatidas desde o século passado internacionalmente. Desde a década de 1970, movimentos feministas começaram a pressionar com mais veemência a comunidade internacional, levando em consideração a realidade violenta enfrentada pelas mulheres. A partir desses movimentos, as mulheres vêm conquistando direitos emancipatórios, prioridade no contexto de proteção dos direitos humanos, reformas em legislações¹⁶.

De forma cronológica, podemos citar avanços importantes conquistados pelo movimento de mulheres no Brasil. A Constituição Federal de 1988, as conferências da Organização das Nações Unidas (ONU) e a Organização dos Estados Americanos (OEA) reafirmaram o preceito de dignidade humana na década de 1990. Ainda em 2001, o assédio sexual foi tipificado como crime. Em 2002, o Estado brasileiro apresentou relatório ao Comitê da Convenção para Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (Cedaw) com amplo levantamento que deu visibilidade à violência contra a mulher. Nos anos que se seguiram, houve outros avanços nas políticas públicas de enfrentamento do problema frente aos esforços dos movimentos feministas, levando para os espaços de decisão e poder à necessidade de implementação de ações estratégicas e permanentes neste sentido¹⁷.

Apesar das conquistas importantes, o número de mulheres que sofrem violência, muitas delas letais, continua crescendo, e pelo simples fato de serem mulheres. Nos anos 1990, surgiu a primeira proposta de criminalização do feminicídio. Feministas estudiosas observaram que a violência de gênero ainda era naturalizada ou ignorada pelo direito penal. Na mesma década, muitos países da América Latina aprovaram reformas legais que tipificavam o homicídio de mulheres¹⁸.

Em 1976, a advogada Diana Russel utilizou pela primeira vez o termo ‘femicídio’ no Tribunal Internacional de Crimes contra

Mulheres em Bruxelas. O objetivo de Diana seria dar visibilidade às mortes de mulheres cometidas por homens. Para a advogada, o termo homicídio usado nesse tipo de crime neutralizava sua gravidade. Em 1990, Diana Russel redefiniu feminicídio como ato final de um contínuo sistemático de terrores contra mulheres, fundamentado no patriarcado, que vai desde atos opressores físicos e psicológicos, procedimentos cirúrgicos forçados ou não, incesto, estupro de crianças e mulheres, procedimentos estéticos e outros atos violentos que resultem na morte de mulheres¹⁸.

A partir do termo feminicídio, originou-se a expressão feminicídio que, para Marcela Lagarde, representa a morte de mulheres cometida por homens em razão da condição de gênero, que acontecem dentro de um contexto de impunidade em que o Estado se mantém cúmplice quando não garante segurança à vida das mulheres; ou seja, o Estado tem responsabilidade na morte dessas mulheres¹⁸.

O Brasil foi um dos últimos países da América Latina a tipificar o feminicídio. A Lei nº 13.104 foi sancionada pela então presidente Dilma Rousseff, no dia 9 de março de 2015. A Lei do Feminicídio qualifica o crime de homicídio de mulheres e o diferencia dos demais, reconhecendo que essa morte se deu por condições de desigualdade dentro do ambiente doméstico ou familiar e/ou em razão de menosprezo ou discriminação à condição de mulher¹⁹. As peculiaridades desse crime são o ódio e a aversão a mulheres, a crueldade e perversão explícita no corpo da vítima²⁰.

Mesmo existindo uma lei, em vigor desde o ano de 2015, que dá conta dos crimes de feminicídio, ainda há muitos desafios a serem superados, tanto na implementação das políticas públicas, quanto no acesso à justiça. Diante do fato de um crime letal contra uma mulher, é necessário que a investigação, o processo e o julgamento estejam alinhados na perspectiva de gênero. Sem a percepção de gênero por parte dos operadores da justiça, os autores dos crimes não serão punidos como diz a lei e as vítimas não serão reparadas²¹.

Há um Protocolo Latino-Americano para Investigação de Mortes Violentas de Mulheres a ser seguido pela polícia, Ministério Público, tribunais e defensorias; mesmo assim já foram identificadas irregularidades e omissões nas investigações e processos judiciais em casos de mortes por razão de gênero. É incabível e intolerável que vítimas de feminicídio sejam julgadas moralmente por suas condutas e histórias de vida e que tais julgamentos sejam considerados justificativas para culpá-las das agressões que sofreram²¹.

Nesse contexto, vale ressaltar que a figura feminina sofre pela forma como são socializados homens e mulheres numa sociedade racista, patriarcal e heteronormativa. Estabelecem-se papéis de gênero que as colocam em um lugar de inferioridade em relação ao homem, de fragilidade e vulnerabilidade, seja pelas atividades desempenhadas, seja pelo exercício da maternidade²².

Na maioria das civilizações antigas, a mulher representava uma figura passiva, não possuindo participação na organização da família e sem autonomia em relação ao marido. Quanto a este, era responsável pelas decisões familiares, posse de escravos e outros papéis de poder, garantindo que a mulher permanecesse sob seu comando²².

Ao ser identificada como inferior, a mulher torna-se mais propensa a sofrer violência, muitas vezes causada pelas desiguais relações de gênero e apresentando-se de forma diversificada ao decorrer do tempo. Historicamente, a violência contra a mulher é algo que sempre fez parte da sociedade, sendo praticada principalmente por parceiros próximos e ocasionando sérios impactos na saúde e bem-estar social destas mulheres³.

A violência desferida contra as mulheres tem uma característica diferente das violências que os homens sofrem. Dificilmente as mulheres são vítimas de violência no trânsito, em brigas ou por dívidas; geralmente são pessoas próximas ou com vínculo afetivo, tais como companheiros ou ex-companheiros, avôs, pais, irmãos ou vizinhos que

agredem ou matam mulheres. Além disso, as agressões geralmente acontecem em suas próprias casas, ou seja, o lugar de onde se espera segurança se tornou, para as mulheres, um ambiente hostil²³.

Para entender as peculiaridades do fenômeno da violência, portanto, devemos considerar o conceito de gênero, uma vez que a Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006) especifica, em seu art. 5º, que “configura violência doméstica contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero”²⁴. Além disso, deve-se considerar os mecanismos do patriarcado de manutenção dos espaços hegemônicos de poder, dificultando o acesso de figuras que desempenhem papel de desconstrução e mudança dessa realidade, principalmente as mulheres negras¹³.

Para muitos estudiosos e pesquisadores, quando falamos de gênero, estamos falando da construção social de uma sociedade, ou seja, é a partir dessa construção que são determinados os papéis para homens e mulheres. Ainda no útero, os pais definem quais as cores do quarto, das roupas, dos brinquedos de seu bebê a partir do sexo biológico. Idealizam também como deverão se comportar e como irão educá-los baseados nos órgãos genitais dos filhos em uma perspectiva binarista, cisgênera e heteronormativa²³. Nesse sentido, espera-se que os sujeitos apresentem um recorte de gênero universal e fixo que não inclui um conjunto de corpos e condições de vida dissidentes desta ordem social²⁵.

Os meninos aprendem desde cedo a serem livres, exploram brincadeiras e brinquedos que denotam liberdade, poder e prestígio, além de serem incentivados a conquistar as profissões mais valorizadas pela sociedade. Já as meninas são consideradas seres delicados e que necessitam de mais cuidados. Portanto, para as meninas são oferecidos brinquedos que as treinem para o cuidado, para o lar e afazeres domésticos²³.

Assim, a sociedade atribui diferenças biológicas às diferenças sociais e políticas, determinam hierarquicamente como homens

e mulheres devem se comportar e se constituir. As mulheres aprendem que devem servir e lhes são impostos papéis de menor valor, logo, aos homens é conferido o poder sobre as mulheres; a esse poder damos o nome de patriarcado²³.

Para Cunha²⁶, patriarcado caracteriza-se através de um regime de dominação e subordinação em que o homem ocupa o lugar central da família e representa a autoridade máxima, enquanto os demais membros da família devem obediência.

O patriarcado se mantém a partir de uma economia doméstica organizada, na qual as mulheres são consideradas apenas objetos de prazer e satisfação sexual, porém com sua importância na reprodução de herdeiros e na força de trabalho. É um sistema de dominação-exploração, que se mantém presente nas sociedades de hoje com novas configurações, apesar dos avanços conquistados²⁵.

Através dessa estrutura sólida, desigual e disseminada culturalmente é que são mantidas, aceitas e validadas as relações de posse e violência dos homens sobre mulheres e são mais naturalizadas e potencializadas quando são associadas a outras vulnerabilidades como habitação, desemprego, racismo estrutural e baixa escolaridade, que vitimam de forma acentuada mulheres negras^{13,23}.

Uma dificuldade encontrada durante a realização deste estudo, foi a limitação de dados disponíveis na plataforma em relação à vítima, tais quais raça, classe social, identidade de gênero e sobre a ocorrência do crime. Diante da percepção do crescimento da curva de crimes violentos letais e intencionais contra mulheres, torna-se essencial que as autoridades, as instituições, organizações sociais, comunidade acadêmica, profissionais de todos os setores e serviços públicos e privados estejam sensibilizados e empenhados em cobrar a efetivação das políticas de enfrentamento alinhadas a toda rede de serviços.

Podem-se apontar como limitações desta pesquisa questões inerentes à fonte de dados utilizada, que apresenta restrições

relacionadas ao escopo de variáveis limitadas que não permitiram uma maior caracterização do perfil epidemiológico da amostra em questão. Além disso, o número de anos disponíveis ser reduzido pode ter impactado diretamente na não relevância estatística dos cálculos realizados na análise de tendência temporal.

Nesse contexto, vale ressaltar, ainda, que a violência de gênero é um fenômeno complexo e atravessado de subjetividades que podem não ser captadas em instrumentos quantitativos utilizados para a tabulação da fonte no momento da produção dos dados secundários. No entanto, o presente estudo buscou sanar essas questões subjetivas e mais profundas ao realizar um apanhado da literatura para articular com os resultados apresentados e complementar a compreensão do fenômeno.

Considerações finais

A violência contra a mulher no estado do Ceará encontra-se em ascensão e anos com eventos sanitários atípicos, como a pandemia da Covid-19, tendem a impactar negativamente a vida em sociedade e mais diretamente a vida das mulheres.

É urgente que a sociedade se empenhe em sanar todo mal que o patriarcado causa, especialmente às mulheres. Até o momento, as políticas de enfrentamento à violência contra a mulher têm contribuído no acareamento que a violência impõe, mas todos esses esforços ainda são insuficientes quando nos deparamos com o número tão elevado de mulheres mortas no estado e no Brasil.

Além disso, deve-se ressaltar a importância da coleta, análise e monitoramento de informações sobre o agravo perpetrado contra mulheres em sistemas oficiais, para que capturem com qualidade e aproximação da realidade dados sobre feminicídio. O processo de vigilância deve ser feito também no setor saúde para auxílio na tomada de decisão de gestores e

para o direcionamento de ações estratégicas e políticas de promoção do cuidado integral de mulheres em situação de violência.

Acredita-se que este trabalho poderá ser útil para nortear e sensibilizar autoridades para a pauta da violência no estado, além de fomentar outros estudos com a mesma temática.

Colaboradores

Chagas ER (0000-0003-2228-5636)*, Oliveira FVA (0000-0001-6626-906X)* e Macena RHM (0000-0002-3320-8380)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial sobre Violência e Saúde. Genebra: OMS; 2002.
2. Silva LEL, Oliveira MLC. Violência contra a mulher: revisão sistemática da produção científica nacional no período de 2009 a 2013. *Ciênc. Saúde Colet.* 2015; 20(11):3523-32.
3. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência 2014. Genebra: OMS; 2014.
4. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2015: homicídio de mulheres no Brasil. Brasília, DF: Flacso Brasil; 2015. [acesso em 2021 dez 18]. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmninnibpcjpcgglefindmkaj/viewer.html?pdfurl=http%3A%2F%2Fwww.onumulheres.org.br%2Fwp-content%2Fuploads%2F2016%2F04%2FMapaViolencia_2015_mulheres.pdf&clen=2038082&chunk=true.
5. Osis MJMD. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 1998; 14(sup1):25-32.
6. Brasil. Decreto nº 23769, de 6 de agosto de 1985. Cria a Delegacia de Polícia de Defesa da Mulher. *Diário Oficial do Estado de São Paulo.* 7 Ago 1985.
7. Kind L, Orsini MLP, Nepomuceno V, et al. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. *Cad. Saúde Pública.* 2013; 29(9):1805-15.
8. Organização das Nações Unidas. Declaração e plataforma de ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher. Pequim: ONU; 1995.
9. Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social. Estatísticas. 2020. [acesso em 2020 nov 2]. Disponível em: <https://www.sspds.ce.gov.br/estatisticas-2/>.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Ceará. Cidades e estados. 2020. [acesso em 2021 fev 20]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ce.html>.
11. Cerqueira D, Bueno S, coordenadores. Atlas da violência 2020. Brasília, DF: Ipea; 2020.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

12. Bradbury-Jones C, Isham L. The pandemic paradox: The consequences of COVID-19 on domestic violence. *J. Clin. Nurs.* 2020; 29(13-14):2047-9.
13. Marques R. Enfrentamento à violência doméstica e familiar contra mulher: feminicídio no Brasil. Fortaleza: Fundação Demócrito Rocha; 2020.
14. Butler J. Problemas de gênero: feminismo e subversão de identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2003.
15. Agência Câmara de Notícias. Para especialistas, ampliação do porte de armas de fogo pode aumentar riscos para mulheres. 2019. [acesso em 2021 fev 13]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/599507-para-especialistas-ampliacao-do-porte-de-armas-de-fogo-pode-aumentar-riscos-para-mulheres/>.
16. Gebrim LM, Borges PCC. Violência de gênero: tipificar ou não o feminicídio/feminicídio. *Rev. inform. Legislat.* 2014; 51(202):59-75.
17. Barsted LL. O progresso das mulheres no enfrentamento da violência. In: Barsted LL, Pitanguy J. O progresso das mulheres no Brasil 2003-2010. Rio de Janeiro: CEPIA; Brasília, DF: ONU Mulheres; 2011. p. 346-381.
18. Campos CH. Feminicídio no Brasil: uma análise crítico-feminista. *Sist. Penal. Violência.* 2015; 7(1):103-15.
19. Brasil. Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015. Altera o art. 121 do Decreto-Lei 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. *Diário Oficial da União.* 10 Mar 2015. [acesso em 2021 fev 9]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13104.htm.
20. Marques ES, Moraes CL, Hasselmann MH, et al. A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. *Cad. Saúde Pública.* 2020; 36:e00074420.
21. Marley L. Enfrentamento à violência doméstica e familiar contra mulher: políticas e diretrizes nacionais para investigar, processar e julgar. Fortaleza: Fundação Demócrito Rocha; 2020.
22. Leite RM, Noronha RML. A violência contra a mulher: herança histórica e reflexo das influências culturais e religiosas. *Rev. Direito. Dialogicidade.* 2015; 6(1):3.
23. Carneiro I. Enfrentamento à violência doméstica e familiar contra mulher – o processo de debate e a construção de direitos. [curso]. Fortaleza: Fundação Demócrito Rocha; 2020.
24. Brasil. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Lei Maria da Penha. *Diário Oficial da União.* 8 Ago 2006. [acesso em 2021 fev 15]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm.
25. Saffioti HIB. Gênero, patriarcado, violência. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo; 2004.
26. Cunha BM. Violência contra a mulher, direito e patriarcado: perspectivas de combate à violência de gênero. In: Anais da 16ª Jornada de Iniciação Científica de Direito da UFPR; 2014; 1-2 outubro 2014. Curitiba. Curitiba: UFPR; 2014. [acesso em 2020 nov 2]. Disponível em: <http://www.petdireito.ufpr.br/index.php/anais-da-xvi-jornada-de-iniciacao-cientifica-vol-1-n-5-curitiba-2014/>.

Recebido em 15/04/2021

Aprovado em 24/10/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Percepções e experiências de mulheres atuantes no campo da saúde sobre violências de gênero

Perceptions and experiences of women active in the health field on gender violence

Fernanda Felício de Lima¹, Sabrina Helena Ferigato¹, Carla Regina Silva¹, Ana Luiza de Oliveira e Oliveira²

DOI: 10.1590/0103-1104202213205

RESUMO Este artigo é fruto de uma pesquisa de mestrado que se propôs a mapear e analisar as percepções de mulheres que atuam no campo da saúde coletiva brasileira sobre violências de gênero vividas e expressas em seus cotidianos, a partir do recorte de um estudo amplo, intitulado ‘Mulheres da Saúde Coletiva: um retrato de quem constrói o campo’, desenvolvido pelo movimento de pesquisa-intervenção-luta de mulheres atuantes nesse campo, que formam a ‘Coletiva Adelaides: Feminismos e Saúde’. Trata-se de um estudo quanti-qualitativo, do tipo pesquisa-intervenção, que parte do método da cartografia e dos referenciais teóricos das epistemologias feministas negras. Os resultados são apresentados com base na tipificação das violências percebidas pelas mulheres, na sua interface com o processo do trabalho em saúde e na cotidianidade, apontando para a persistência e a gravidade das violências identificadas no cotidiano de mulheres atuantes no campo da saúde coletiva e nas contribuições possíveis para os estudos de gênero, que se dão pelo aprofundamento e pela análise desse cenário a partir da articulação dos conceitos de interseccionalidade e política do empoderamento, bem como pelo delineamento de possibilidades para enfrentamento dessas violências.

PALAVRAS-CHAVE Violência de gênero. Estudos de gênero. Feminismo. Interseccionalidade. Saúde pública.

ABSTRACT This article is the result of a master's research that aimed to map and analyze the perceptions of women who work in the field of Brazilian public health on gender violence experienced and expressed in their daily lives, through the cut-out of a broad study, entitled ‘Women of Collective Health: a portrait of who builds the field’, developed by the research-intervention-struggle movement of women active in this field, who form the ‘Collective Adelaides: Feminisms and Health’. This is a quanti-qualitative study, intervention-type research, which starts from the mapping method and the theoretical references of black feminist epistemologies. The results are presented based on the typification of violence perceived by women, their interface with the process of work in health and daily life, pointing to the persistence and severity of the violence identified in the daily life of women working in the field of collective health and the possible contributions to gender studies, which are given by the deepening and analysis of this scenario from the articulation of the concepts of intersectionality and empowerment policy, as well as the delineation of possibilities for coping with these violence.

KEYWORDS Gender-based violence. Gender studies. Feminism. Intersectionality. Public health.

¹Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) – São Carlos (SP), Brasil. fernandafeliciolima@gmail.com

²Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) – Natal (RN), Brasil.



Introdução

Histórica e culturalmente, observa-se em todas as sociedades modernas, em menor ou maior grau, a influência do sistema patriarcal nas organizações sociais e relações de gênero que, por consequência, estabeleceram-se a partir da dominação e do controle do homem sobre a mulher e que promovem a violência masculina contra as mulheres¹⁻³. Em uma cultura machista, “[...] a violência é o meio mais eficaz para coagir e subordinar a parceira à vontade masculina e de fazê-la obedecer às regras do homem”⁴⁽²⁵⁴⁾.

Nos espaços privados, a violência de gênero, caracterizada como violência doméstica⁵, no geral, é exercida por homens que têm laços de parentesco, consanguíneos ou de afinidade com as mulheres vitimadas².

Embora haja leis que caracterizam os diferentes tipos de violência sofrida por mulheres em âmbito doméstico e familiar e/ou público e a promulgação de uma lei que caracteriza o desdobramento fatal da perpetuação da violência de gênero contra mulheres, os índices apontam o Brasil como o 5º (quinto) país com a maior taxa de homicídios de mulheres no mundo⁶⁻⁸.

De acordo com o ‘Mapa da Violência 2015: homicídio de mulheres no Brasil’⁷, entre os anos de 2003 e 2013, o homicídio de mulheres brancas teve uma queda de 9,8%, enquanto o homicídio de mulheres negras teve um aumento de 54,2%. Em consonância com esses dados, o ‘Atlas da Violência’⁸ demonstra que houve crescimento nos índices de homicídio de mulheres, indicando o assassinato de 13 mulheres por dia no país, totalizando, em 2017, o número de 4.936 mulheres mortas por assassinato.

Evidencia-se a importância de análises interseccionais quanto aos marcadores sociais, a fim de compreender a complexidade que permeia os processos de violências contra as mulheres, visto que todas estão sujeitas a vivenciar discriminações de gênero. Assim, os fatores relacionados a identidades e lugares sociais (raça, cor e etnia; classe; religião;

orientação sexual; entre outros) ocupados por determinados grupos de mulheres podem ser tomados como categorias analíticas para desvelar e modificar tais experiências opressivas.

Esse panorama é permeado pela inseparabilidade de cultura e política e se constitui como possível estratégia para responder às questões socioeconômicas e de vulnerabilidades para além do processo saúde-doença que historicamente tem pautado as práticas de cuidado, numa tendência atual de medicalização da vida⁹ e, em parte, de controle da vida.

Considerando-se a gravidade do problema e as medidas mínimas ou insatisfatórias promovidas pelo Estado^{10,11}, ressalta-se a importância da atuação de entidades não governamentais e dos movimentos e organizações feministas brasileiros¹² como atores políticos e sua capacidade de impulsionar políticas públicas de efetivação da cidadania das mulheres, em especial, no que se refere ao enfrentamento das violências de gênero.

Nesse sentido, esta pesquisa se desenvolveu com base em um recorte da produção científica nacional de um grupo de mulheres brasileiras profissionais de saúde de diferentes áreas técnicas e regiões do País que atuam no campo da saúde coletiva e se organizaram enquanto grupo feminista ‘Coletiva Adelaides: Feminismos e Saúde’, a fim de promover ações de tensionamento e construção de movimento político, afetivo e científico para produção de conhecimento situado por meio dos feminismos, em defesa do cuidado, da vida e, sobretudo, das mulheres¹³.

A Coletiva Adelaides é composta majoritariamente por mulheres brancas e constituída por grupos de diferentes correntes dos feminismos. A autora principal deste artigo é negra, e este é derivado de sua dissertação de mestrado, que foi construída com o intuito crítico de lançar luz a esse cenário a partir da perspectiva dos estudos de gênero, especificamente, do feminismo negro, sendo delineada por mulheres de diferentes raças/etnias que participam da Coletiva e atuam no campo da saúde coletiva.

O objetivo deste estudo, que se debruça sobre os dados produzidos resultantes da pesquisa mais ampla, foi mapear e analisar as percepções e experiências de mulheres que atuam no campo da saúde no Brasil sobre violências de gênero, vividas e expressas em seus cotidianos. Como referenciais teórico-metodológicos tomamos a cartografia, bem como as epistemologias feministas negras para a análise temática dos dados.

Para embasar a discussão desses dados, partir-se-á do conceito da interseccionalidade¹⁴⁻¹⁸ (que se dispõe a analisar e pensar articuladamente raça, gênero e classe social interceptadas em uma matriz de opressões sobrepostas) e da política do empoderamento¹⁹ (compreendida como política de potencialização, autoafirmação, autovalorização, autorreconhecimento/conhecimento de si e de sua história para a análise crítica e afirmação de sua posição coletiva, social e política).

Percurso e métodos

A interface entre saúde e violência de gênero pode ser identificada quando se pensa a função do sistema de saúde e de seus profissionais na assistência às vítimas de violência, assim como nas estratégias setoriais de enfrentamento da cultura de violência como um determinante do processo saúde-doença-intervenção. No entanto, uma das facetas dessa interface, ainda pouco explorada pelos estudos em saúde, é a expressão da violência de gênero por dentro do sistema de saúde.

Ou seja, no campo da saúde, devido à divisão sexual do trabalho, aos impactos do patriarcado e ao sexismo^{1,6,10,13}, as mulheres são situadas como centrais nas relações de cuidado. Nessa direção, dois problemas podem ser identificados: o cuidado como prática doméstica e a decupagem desse papel em seu ambiente de trabalho. Então, quando posicionadas como cuidadoras dentro de um sistema de saúde, a relação público e privado se materializa nas relações de trabalho e de atenção à saúde de

modo a excluir suas trajetórias de vida – que são afetadas no exercício relacional desse cuidado, em condições e contextos diversos, a depender de outros marcadores sociais como sua posição de classe e restrições determinantes do racismo estrutural e institucional¹.

Composto por um grande contingente de mulheres cuidadoras profissionais, o campo da saúde não está imune de ser um espaço de reprodução das violências estruturais da sociedade patriarcal, tampouco coloca essas mulheres em um lugar blindado das violências que elas próprias buscam enfrentar a partir dos recursos técnico-afetivos disponíveis em seus contextos profissionais.

Tendo em vista essas considerações, a Coletiva Adelaides propôs uma pesquisa ampliada, aprovada pelo Comitê de Ética de Pesquisas com Seres Humanos pela Universidade Estadual de Campinas (nº 063486/2018)²⁰, que abrangeu mulheres trabalhadoras, gestoras, pesquisadoras e ativistas da saúde coletiva de todo o Brasil e retratou, em uma perspectiva de gênero, quem são as mulheres atuantes na construção desse campo, quais são suas trajetórias e ao seus modos de atuação/intervenção.

Para tanto, a Coletiva Adelaides desenvolveu e validou um instrumento de coleta de dados, isto é, um questionário autoaplicável e autogestionado²⁰ que esteve hospedado on-line na plataforma Google® Forms por um período de oito meses (de julho de 2018 a fevereiro de 2019), a fim de garantir livre acesso e fácil manuseio de todas as respondentes do questionário, ou seja, mulheres trabalhadoras, gestoras, pesquisadoras e ativistas do campo da saúde coletiva, de todas as regiões do País. O referido questionário conta com cinco eixos norteadores: Dados gerais sobre o acesso aos direitos sociais básicos; A atuação profissional/acadêmica na saúde coletiva; Engajamento social e o ativismo político; Experiências envolvendo machismo e violência; Aspectos da maternidade (para quem tem filhos/as/es).

Nesses eixos estão inseridas 12 seções (*quadro 1*), com questões obrigatórias e opcionais, que

variam entre perguntas fechadas (múltipla escolha) e abertas (possibilidade de desenvolver

comentários e narrativas a fim de aprofundar qualitativamente determinados eixos).

Quadro 1. Descrição das seções do questionário da pesquisa

1.	DADOS GERAIS
2.	ACESSO À EDUCAÇÃO
3.	ACESSO À SAÚDE
4.	ACESSO A TRABALHO E RENDA
5.	ATUAÇÃO NA SAÚDE COLETIVA
6.	PARTICIPAÇÃO EM MOVIMENTOS SOCIAIS E POLÍTICOS
7.	ATUAÇÃO ACADÊMICA
8.	VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER
9.	FEMINISMO E MACHISMO
10.	MACHISMO NOS AMBIENTES DE TRABALHO, ESTUDO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL
11.	RELAÇÕES FAMILIARES E RESPONSABILIDADES DOMÉSTICAS
12.	MATERNIDADE

Fonte: Elaboração própria.

A seleção de participantes foi feita a partir do recrutamento em *snowball*, isto é, por meio da técnica de amostragem por bola de neve²¹, na qual a Coletiva Adelaides atuou como semente. O local de divulgação do questionário se deu pelos espaços on-line (redes sociais e aplicativo multiplataforma de mensagens instantâneas e comunicação em áudio e vídeo), nos quais cada respondente enviava o questionário para outras mulheres e/ou grupo de mulheres aos quais estava vinculada, tendo como critérios de inclusão:

- Ter acesso à internet e a redes sociais;
- Ser mulher (cisgênero, travesti ou transsexual) que se autorreconhece como profissional, trabalhadora, pesquisadora ou ativista no campo da saúde coletiva;
- Responder com aceite o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para participação voluntária na pesquisa.

Partindo do anseio de compreender quais são as percepções e experiências relacionadas à violência de gênero das mulheres que atuam

no campo da saúde no Brasil, bem como suas produções de estratégias e tensionamentos para enfrentamento e/ou superação das violências, o estudo quanti-qualitativo que origina este artigo se desvela a partir de um recorte da pesquisa ampliada, com foco em uma cartografia do eixo das ‘Experiências envolvendo machismo e violência’.

Optou-se por esse recorte pelo movimento teórico-subjetivo que produziu nas pesquisadoras durante o processo de participação como respondentes do questionário. Além do pressuposto de que existe um intercruzamento entre marcadores sociais da diferença e o exercício desigual de poder que produz lugares e acesso distintos para diferentes grupos de mulheres e contribui para o aumento e a persistência cotidiana das violências praticadas contra elas.

A escolha da cartografia como método para análise dos dados se faz pela oportunidade que o método oferece para que o processo de implicação das pesquisadoras fosse considerado enquanto parte do próprio ato de pesquisar, numa ruptura explícita com a suposta neutralidade entre objeto de pesquisa e pesquisador²², por meio do acompanhamento de um processo narrado, cujo objetivo rompe com a lógica de

representar um objeto, e se propõe a desenhar as conexões e os caminhos oferecidos pelo campo de pesquisa²³.

Embora as autoras deste estudo não estivessem inseridas em um campo empírico específico, entende-se que os processos narrados, ainda que, aparentemente, explicitando vivências passadas, presentificam-se em todas as mulheres inseridas no campo da saúde. Desse modo, partindo de um universo de dados já produzidos, propõe-se experimentá-los e analisá-los por meio do encontro com os índices percentuais das violências sofridas e com as narrativas das mulheres participantes da pesquisa ampliada.

Consideram-se para este artigo as respostas oriundas das questões semiestruturadas dos eixos selecionados, bem como as narrativas produzidas pelas mulheres no campo para comentários livres, inscrito no eixo 'Violência Contra a Mulher'. Ressalta-se que não houve qualquer definição prévia no questionário quanto a esses conceitos, de modo que as respostas produzidas se pautam necessariamente na definição e interpretação singular e subjetiva de cada uma das mulheres para essas categorias.

As narrativas foram lidas integralmente e, depois, distribuídas em 12 categorias temáticas, de acordo com o *quadro 2*. Essa etapa, densa e, ao mesmo tempo, delicada por sua complexidade, foi permeada por reflexões envolvidas na escolha de quais narrativas devem ser elencadas e como devem ser apresentadas. Para tanto, os fundamentos da cartografia atuaram como fio condutor da discussão, alinhada ao compromisso de não produzir reducionismos sobre a importância e a singularidade das histórias partilhadas.

Optou-se por manter as narrativas em sua totalidade, respeitando as escolhas descritivas das mulheres participantes, suprimindo apenas trechos que poderiam comprometer a preservação ética da identidade dessas mulheres. Além disso, foram editadas palavras abreviadas e/ou compreendidas como erros de digitação, sem qualquer prejuízo ou alteração de seu significado.

Em uma análise interseccional^{15,18}, procurou-se visibilizar essas questões, assim como as lutas, os enfrentamentos e as resistências das mulheres participantes e de que maneira outras intersecções (como o racismo, o sexismo, a desigualdade de classe, a heteronormatividade, entre outras opressões e relações de poder) são produzidas e se apresentam no cotidiano. Partiu-se da compreensão de que as opressões e os marcadores sociais se inter cruzam e trabalham juntos para produzir e fazer perpetuar um conjunto de injustiças sociais no plano coletivo que podem contribuir para o surgimento do sentimento de impotência subjetiva no plano individual.

Resultados e discussão

O questionário foi respondido por 1018 mulheres, tendo sido desenvolvido o seguinte retrato sociodemográfico: são mulheres inseridas em 23 estados do território nacional, nascidas entre os anos de 1941 e 1999. Há maior predominância de mulheres participantes na região Sudeste (44,6%), seguida por Nordeste (25,4%), Sul (20,3%), Centro-Oeste (5,9%) e, por último, Norte (3,8%).

Sobre identidade de gênero, 994 mulheres (97,6%) se declaram cisgênero (se identificam com gênero de nascença); quatro (0,4%) são transgênero (não se identificam com gênero de nascença); as demais (menos de 3%) se caracterizam como cis não satisfeita com o papel social atribuído ao gênero; não binárias; femininas; do sexo feminino; bissexuais ou heterossexuais, panorama que evidencia a diversidade quanto às definições e compreensão sobre diferenças entre as categorias identidade de gênero e orientação sexual.

Quanto à orientação sexual, 874 se declaram heterossexuais (85,9%); 105 bissexuais (10,35%); 36 homossexuais (3,5%); uma pansexual; uma lésbica e uma que declara gostar de pessoas e não de classificá-las.

Em conformidade com esses dados, ressalta-se a necessidade e a importância do

aprofundamento de estudos qualitativos e quantitativos sobre essa temática, a fim de abarcar a potência de tamanha diversidade e pautar as pesquisas, de modo a incluir as diferentes categorias identitárias e de sexualidade que compõem o universo relacional para além dos padrões cisheteronormativos.

Na caracterização quanto ao estado civil, 371 são solteiras ou separadas judicialmente (36,4%); 350 casadas (34,4%); 222 em união estável (21,8%); 63 divorciadas (6,2%); e 12 viúvas (1,2%). Destaca-se, com relação a esse panorama, que a maioria das mulheres participantes acessa algum tipo específico de arranjo familiar (572 mulheres, considerando as casadas ou em união estável), que, possivelmente, pode produzir divisão de tarefas e papéis sociais, mesmo que desiguais, devido ao patriarcado e ao sexismo.

Sobre maternidade, a fim de identificar mulheres que sofreram violências obstétricas, considerou-se pertinente a análise de que 472 (46,4%) das 1018 respondentes engravidaram em algum momento de suas vidas; 251 (24,6%) mulheres sofreram aborto; enquanto 295 (29%) não vivenciaram processos gestacionais.

Para caracterização racial e étnica, as participantes tiveram autonomia para definir como se declaram, a partir de opções estabelecidas pelo questionário, além de um campo livre para comentários descritivos, denominado 'Outra'.

Tendo em vista a diversidade do panorama étnico-racial produzido, para fins de comparabilidade com outras pesquisas e para identificar os diferentes processos de auto-declaração de raça/etnia, esta pesquisa se pautou na distribuição classificatória proposta pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), bem como nas discussões políticas que apontam a divisão entre pardos e pretos como um dos efeitos do projeto colonialista de embranquecimento da população²⁴. Para Gonzalez¹⁸, a ideologia do branqueamento é uma das bases que amparam os discursos de construção de uma suposta 'democracia racial' expressa pelos processos de miscigenação.

Sendo assim, para análise dos dados da pesquisa, considerou-se a apresentação dos resultados nas categorias 'Mulheres Brancas' e 'Mulheres de Cor'¹⁵, a saber, negras, amarelas e indígenas, além de outras nomenclaturas da categoria 'Outra', como multicolorida; brasileira misturada; sem enquadramento formal; misturada como as brasileiras de forma geral. O termo 'mulheres de cor' adotado remete à compreensão que Akotirene¹⁵ apresenta na nota 6 da obra *Interseccionalidade*:

Na epistemologia feminista negra adotamos uma política de tradução que respeita os significados políticos originais, neste caso 'mulheres de cor' contém mais representatividade que 'mulheres não-brancas'.

Especificamente para a produção deste artigo, as análises comparativas, a partir deste ponto, serão desenvolvidas a partir do agrupamento de mulheres brancas (685) e mulheres negras (304), a saber, as mulheres que se declararam como pretas; pardas; afrodescendentes; morenas; nem brancas nem pretas.

Numa análise comparativa entre as mulheres negras, as mulheres brancas e os processos de relacionamentos, observa-se que 30% (90) delas afirmam não ter um relacionamento, comparadas aos 16% (111) de mulheres brancas que também não estão em um relacionamento, ou seja, havia o dobro de mulheres negras que afirmaram não estar em um relacionamento, quando comparadas às mulheres brancas.

É possível apreender, também, a existência hegemônica, a partir desses arranjos familiares, de um modelo socialmente aceito do que tem sido considerado como rede de apoio e suporte. Condição que corrobora os estudos que apontam para maior vulnerabilidade com relação às redes de apoio e suporte de mulheres que estão fora dos padrões eurocêntricos de raça e etnia (mulheres amarelas, indígenas, negras, entre outras), que não se aloca em grupos relacionais cisheteronormativos, bem como mulheres pobres e/ou periféricas com menor acesso à educação e a trabalhos formais^{1,7,8,18}.

No eixo de Acesso à Educação, há uma paridade entre o acesso à educação fundamental e ao ensino médio: 50,5% estudaram em escolas públicas (514 mulheres) e 49,5% em escolas privadas (504 mulheres). Entretanto, entre mulheres brancas (685) e mulheres negras (304), os índices demonstram que 568 das brancas cursaram escola pública, comparadas às 267 negras, ou seja, 88% das mulheres negras estudaram exclusivamente em escolas públicas.

Com relação à pós-graduação, observa-se que 50% das brancas (339) concluíram a pós-graduação em Instituições Públicas, comparadas às 124 negras (41%). Quanto aos cursos de pós-graduação, as mulheres brancas também possuem percentuais melhores: 12% cursaram Doutorado (80); 31% Mestrado (210); 46% Especialização (317); e 22% Residência (153), comparadas às mulheres negras, entre as quais, 8% cursaram Doutorado (24); 27% Mestrado (81); 37% Especialização (112); e 21% Residência (64).

Quanto ao item referente a Acesso a Trabalho e Renda, observa-se que 54% das mulheres brancas estão trabalhando (366), em comparação às 42% das negras (129). 33% das brancas (228) e 40% das negras (123) trabalham e estudam. 21% das mulheres brancas (142) têm maior acesso a renda (de 3 a 5 salários-mínimos – entre R\$ 2.862,00 e R\$ 4.770,00), enquanto, para as mulheres negras, a porcentagem é de 25% (75).

Este retrato das mulheres atuantes na saúde coletiva e que foram participantes desta pesquisa demonstra um universo específico de mulheres que acessam maiores e melhores condições de suporte e participação social, dado o conjunto de marcadores sociais que as caracterizam em lugar social privilegiado: maioria branca; com acesso a muitos anos de educação; a trabalho e renda, portanto, com maior poder concreto e simbólico. Mas que, ainda assim, são vulnerabilizadas pelas violências impostas pelas opressões de gênero.

Percepções e narrativas sobre violência contra a mulher

No eixo ‘Violência Contra a Mulher’, 1.004 mulheres responderam às questões sobre sua percepção quanto à violência contra a mulher, das quais, apenas 183 (18%) afirmam não terem sido vítimas de violência por serem mulheres.

As perguntas possibilitaram que mais de uma opção de resposta fosse assinalada, de maneira que há especificidades quanto aos tipos de violências de gênero que 821 (82%) mulheres declaram ter sofrido e ao modo como identificam que essas violências e discriminações se expressam em seu cotidiano. Novamente, no comparativo entre mulheres brancas e mulheres negras, observam-se maiores índices de violências entre as mulheres negras.

A partir das questões abertas, solicitou-se que as mulheres participantes narrassem livremente em maior profundidade suas vivências quanto à violência contra a mulher, por meio da sentença disparadora ‘Queremos saber mais sobre as suas vivências e percepções sobre a violência. Comente sua resposta anterior, se desejar’. Foram produzidas 254 respostas.

Compreende-se que existe uma diversidade de experiências e modos de ser mulher, que se estabelecem a partir dos lugares sociais que ocupam e que são condicionantes ao acesso (ou não) de oportunidades para exercício pleno de sua cidadania, enquanto sujeitos de direitos. Nesse sentido, é necessário romper com uma visão universal (do homem branco, colonizador, cisheterossexual) das vivências e experiências de mulheres, considerando

[...] as categorias de raça, gênero, classe e sexualidade como elementos da estrutura social que emergem como dispositivos fundamentais que favorecem as desigualdades e criam grupos¹⁷⁽⁶¹⁾.

Com base nisso, apresenta-se o panorama a seguir (*quadro 2*), organizado a partir do modo como as violências são tipificadas no Brasil, isto é, baseado na Lei Maria da Penha (11.340/2006)

e contendo alguns trechos de narrativas que foram adicionadas para este artigo.

É preciso, para uma análise crítica dos dados apresentados, contextualizar as violências tipificadas tendo como critério as interviolações (violências que acontecem em diferentes esferas de suas vidas e se relacionam entre si) sofridas pelas mulheres e que são interseccionais, como foi identificado a partir dos dados comparativos entre mulheres brancas e mulheres negras (pretas; pardas; afrodescendentes; morenas; nem brancas nem pretas), assim como mulheres LGBTI+ (não pertencentes e/ou que não se identificam com padrão

cisheteronormativo). Destacam-se, também, especificidades de violência para mulheres que experienciaram processos gestacionais (engravidaram e/ou sofreram aborto).

Nesses casos, os índices de violências se alteram e se estratificam a partir das opressões interseccionais, ou seja, embora o número de participantes respondentes inseridas nesses grupos seja significativamente menor, os índices de interviolações vividas abrangem uma porcentagem muito acima da média, se comparados com grupos de mulheres definidos por outros marcadores sociais, como indicado no *quadro 2*.

Quadro 2. Caracterização contextualizada e expressão das violências de gênero

Índice numérico contextualizado	Violências tipificadas	Nº de mulheres que sofreram as violências	Narrativas produzidas
1	Violência Psicológica	437 (42,9%)	Recebi comentários de um professor sobre atuar na área cirúrgica e ser mãe, afirmando que não há como ser as duas coisas. Sobre a violência psicológica, sofri pressão psicológica do meu pai durante 19 anos por defender a minha mãe, e ele não aceitar a sua autonomia por ser mulher.
2	Discriminação por ser Mulher	435 (42,7%)	É muito difícil ser mulher nesse mundo. Andar pelas ruas é, por si, um grande risco. [...] Atuar na política sendo mulher é [...] um grande desafio. [...] boa parte das vezes que fui chefiada por homens tive minha fala tolhida, meu comportamento questionado, minhas ideias subjugadas.
3	Violência Moral	315 (30,9%)	[...] vítima de perseguição sexista e assédio moral no trabalho e tive que abandonar meu cargo de diretora de um departamento, pois eram cinco diretores homens e somente eu de mulher. Minhas opiniões eram constantemente desconsideradas e minha autoridade ignorada! Não suportei tanta pressão e saí do cargo!
4	LGBTIFOBIA (Mulheres que não estão/se identificam com padrão cisheteronormativo = 168)	50 (29,8%)	[...] Nunca sofri a violência física, mas tenho medo de andar na rua, de ser atropelada ao andar de mãos dadas com minha namorada, de ocupar espaços públicos e ser deslegitimada.
5	Violência Institucional	266 (26,1%)	Conduta médica culpabilizadora e terapêutica punitiva (sem analgésicos, longas horas de espera) em dois hospitais por tentativa de aborto [...] Levei um tapa na cara de um policial, pois não deixei ele revistar meu corpo.
6	RACISMO (Mulheres que se autodeclararam de cor/não brancas = 333)	83 (24,9%)	[...] Já me pediram para prender meu cabelo com pente porque o colega se incomodava com as "ondinhas" que faziam meu cabelo. Fora paciente que nem conheço e recusa logo atendimento porque [...] eu nunca sou a médica da unidade, sou sempre a técnica de enfermagem ou a enfermeira. Não estou rebaixando nenhum profissional, pelo contrário, sem eles é inviável o meu serviço. Mas as pessoas ainda têm muita dificuldade de aceitar que existe, sim, uma médica mulher negra!

Quadro 2. (cont.)

Índice numérico contextualizado	Violências tipificadas	Nº de mulheres que sofreram as	Narrativas produzidas
		violências	
7	Violência Sexual na Infância/Adolescência	222 (21,8%)	Na infância, já tive ao menos 5 tentativas de violência sexual: seja de estranhos na rua, que pediam informações dentro de carros e quando eu me aproximava estavam nus, desde pessoas próximas da família, que tentavam se aproximar. A violência sexual nunca se consumou em ato sexual, mas toda criança/adolescente mulher passa por esses constrangimentos! [...]
8	VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA (Mulheres que engravidaram e/ou sofreram aborto = 723)	104 (14,4%)	Sofri violência obstétrica [...] tentaram negar meu acesso ao parto humanizado, com a enfermeira obstétrica que atuava no serviço. Me colocaram acesso venoso e ocitocina sintética contra minha vontade, fizeram inúmeros toques desnecessários, mas, ao final, consegui parir naturalmente, graças à intervenção/defesa da enfermeira obstetra que estava de plantão.
9	Violência Doméstica	132 (12,9%)	Me sinto como se fosse descartável, tenho medo do meu atual parceiro, tenho medo de não conseguir vencer essa guerra... tem noites em que não durmo pelo simples fato de não saber se estarei de pé no dia seguinte.
10	Violência Física	118 (11,5%)	Fui vítima de um relacionamento abusivo no meu primeiro casamento. Violência física e psicológica. Demorou pouco menos de dois anos para que eu conseguisse sair do relacionamento, mas as marcas duram até hoje [...]
11	Violência Sexual na Vida Adulta	114 (11,1%)	Vivi um relacionamento abusivo por 5 anos [...] Trabalhei com um médico que fazia diversas brincadeiras com cunho pejorativo e sexual, inclusive na frente da equipe de enfermagem. Já fui assediada sexualmente durante um assalto, acredito que só escapei do estupro porque me neguei a ir a uma rua escura com ele, mas ainda assim ele passou a mão em mim.
12	Violência Patrimonial	60 (5,8%)	[...] Meus livros e coisas já foram jogados no lixo por cônjuge; que também já fingiu que me trombou, quando na verdade veio em minha direção para atacar-me (parti pra cima questionando-o, e acabou assumindo a ação).

Fonte: elaboração própria.

As tipificações das violências de gênero e sua transversalização nas zonas comuns existenciais de mulheres atuantes no campo da saúde

Outro ponto a ser ressaltado na análise deste estudo se mostra a partir do mapeamento dos espaços da vida cotidiana nos quais se expressam as violências narradas. Nomeou-se essa interface, entre a violência e a cotidianidade, como zonas comuns de existência, que são permeadas/marcadas por violência de gênero,

isto é, organizações cotidianas que se constituem a partir de processos de vida partilhados pelas mulheres, enquanto parte de um modelo geral de estrutura social e que são, também, espaços marcadamente violentos.

Foram definidas cinco zonas comuns de existência (*quadro 3*) nas quais observou-se predominância e persistência da violência nos relatos e experiências, tanto nos espaços de vida quanto no modo como se expressam essas agressões e violações no cotidiano das mulheres e em seus fazeres diários.

A violência psicológica foi em relação ao primeiro namorado que tive na adolescência. A violência moral está junto à discriminação racial (embora eu me considere branca, já morei em lugares em que me consideravam negra e por eu ser mulher). Além disso, sofri violência pelo local em que morava, periferia [...] discriminação nos mais diversos ambientes. Em relação à violência sexual, tive um episódio de abuso [...] um parente passou a mão em mim [...]

Essa narrativa evidencia a violência psicológica com parceiro na adolescência e que, portanto, apresenta-se na relação afetiva partilhada; a violência moral que, junto à discriminação racial, expressa-se em diferentes espaços de circulação, entre eles, na ocupação do espaço público a partir da moradia, nesse caso, em região periférica, condição que gera como desdobramento o sentimento de não pertencimento e inferioridade, bem como a existência vulnerável.

Aqui, o racismo opera a partir de um emaranhado complexo, pois, ao mesmo tempo que uma mulher negra com uma pele mais clara (possivelmente parda) – identificação pessoal, conforme os processos históricos de miscigenação e política do embranquecimento^{18,24} – tem acesso a alguns direitos que a mulher negra retinta não acessa, ela também é desprovida do direito à identidade e à autodefinição étnico-racial, pois não recebe o mesmo tratamento que uma mulher branca.

[...] Parceiro íntimo machista que insistia em me diminuir e em tentar se colocar numa posição superior. Desvalorizava meus atributos profissionais e minhas características femininas físicas e de mulher negra. Mantinha um discurso machista de que eu não tinha que discordar de sua opinião.

Observa-se que a discriminação de gênero e a violência psicológica se delineiam nas zonas comuns de relações afetivas e nos espaços domésticos, assim como a identidade racial é determinante nos processos de opressão, visto que as características e os atributos ancestrais

e da negritude¹⁵ amplificam as humilhações desenvolvidas pelos parceiros. Ressalta-se que não foram levantadas informações sobre os parceiros e que seria necessário realizar distintas análises entre casais de mesmas ou distintas identidades raciais, pois há uma série de diferenças já debatidas na literatura e pelos movimentos sociais e negros que abrem diferentes perspectivas para se compreender o fenômeno da violência sofrida pela mulher negra em uma sociedade machista e racista.

As especificidades que acompanham a condição biológica de ser mulher, tal como o ato de gerar vida, podem se tornar sinônimo de discriminação e violência – refletidas na indisponibilidade de acolhimento e desrespeito às mulheres gestantes –, de acordo com as demandas ocasionadas nesse processo de vida. Essas discriminações podem se desenvolver nos processos de trabalho/estudo e, inclusive, ser reproduzidas por mulheres, como se destaca neste relato:

[...] Tive minha opinião menosprezada pelo fato de ser mulher. Quando tive complicações durante a gestação [...] minha chefia [mulher] disse que eu ali não tinha nenhum privilégio e que gestação não era doença.

Isto posto, pressupõe-se que para compreender as dimensões e esferas do cotidiano atravessadas pelas violências, que se expressam e se inter cruzam, os marcadores sociais da diferença devem ser estudados e considerados para construção tanto de ações micropolíticas (que atravessam o dia a dia da vida doméstica, as relações afetivas, os processos de trabalho e as ações de cuidado de si, por exemplo) quanto para a produção de macropolíticas públicas que possam efetivamente transformar as relações instituídas socialmente, com base em princípios da afirmação das diferenças, da igualdade de direitos e da justiça social. Uma vez que

As violências cercam a vida de todas as mulheres em todos os espaços, às vezes de forma muito sutil.

Mesmo em espaços de movimentos sociais, de partidos que lutam pela igualdade [...]. Ser mulher, muitas vezes, é sinônimo de ser abusada. Tantas formas, tão doídas. [...]. Ser mulher é encarar de frente sofrimento por vários lados.

Desse modo, torna-se necessário que os discursos e as perspectivas progressistas e da saúde coletiva incluam em suas análises e proposições apontamentos e possibilidades que o conceito da interseccionalidade traz enquanto ferramenta sofisticada e potente para análise crítica do modo cada vez mais complexo como as opressões se apresentam na vida cotidiana e nas relações de diferentes grupos minoritários e invisibilizados no Brasil¹⁴, como estratégia para produzir uma política dialógica entre os diferentes atores sociais inseridos nesses contextos, em conformidade com a compreensão sobre as intersecções¹⁸ e os marcadores da diferença existentes¹⁵.

Tendo em vista o contexto específico deste estudo, identifica-se que os serviços de saúde, enquanto espaço público de pertencimento, bem como locus expressivo dos processos cotidianos de trabalho, de formação e de militância, constituem-se como uma zona comum de existência que reproduz e perpetua as violências que deveriam combater.

As relações desiguais de poder baseadas em classes sociais, gênero e raça/etnia, somadas a cenas cotidianas de discriminação e invisibilidade de pautas e demandas das mulheres, implicam a constituição do campo da saúde como um espaço potencial que reproduz os inúmeros desafios de gênero a serem enfrentados pelas mulheres tanto como profissionais quanto como usuárias da rede de apoio e assistência em saúde, com um prejuízo ainda maior para as mulheres negras.

O compromisso com o processo de fortalecimento de si e sua consequente ruptura com os ciclos da violência também se caracterizam em nossa sociedade como funções da mulher, premissa que internalizamos, enquanto grupo. A narrativa abaixo descrita expressa essa função a partir do entendimento da importância de

‘ser durona’, embora pontue os desafios implicados no processo de ruptura com relações de dominação, tendo em vista o medo e a insegurança produzidos pelas violências que, uma vez percebidas e enfrentadas, produz condições possíveis de emancipação:

Quando se nasce mulher, você precisa ser durona desde o primeiro dia. Mas, de todos os tipos de violência que já sofri, a pior pra mim é a psicológica, porque ela te enclausura em medo e insegurança. Quando você consegue romper esse domínio, consegue superar as demais.

Joice Berth, em seu livro ‘Empoderamento’¹⁹⁽¹⁸⁾, explicita que o processo de empoderamento, de ‘dar poder’/potência requer um aprofundamento das dimensões envolvidas em sua construção, isto é, compreender ‘quem dá poder e de que tipo de poder estamos falando’.

Com base nisso, sujeitos e grupos imersos em realidades opressivas são, muitas vezes, impedidos de ter e/ou construir uma percepção clara de si enquanto oprimidos e parte de um grupo igualmente oprimido. A fim de não inverter a lógica, ou seja, retirar o poder de um (opressor) para dar a outro (oprimido), mas, sim, subvertê-la, é preciso pensar caminhos para reconstrução das bases sociopolíticas e “enfrentamento da opressão para eliminação da situação injusta e equalização de existências em sociedade”¹⁹⁽²³⁾. Assim, é importante reconhecer as forças e condições sistêmicas que nos oprimem enquanto mulheres em suas inserções singulares e, então, atuar na mudança das relações de saber-poder existentes, em um processo de emancipação individual e coletiva.

Tendo em vista as narrativas apresentadas, assim como a análise desenvolvida a partir das percepções e experiências relacionadas a violências de gênero, entende-se que a construção de estratégias de resistência para o enfrentamento das opressões e o fortalecimento dos processos femininos vitais – processos que são necessários não apenas para a sobrevivência, mas para a manutenção e a qualificação da vida

das mulheres – configuram um dos pilares fundamentais para a transformação da sociedade de modo geral e da vida das mulheres, em específico.

Este estudo buscou identificar se existem essas produções no campo da saúde coletiva e/ou nas narrativas analisadas e, neste caso, lançar luz ao modo como essas produções têm se constituído. O processo de escuta e trocas dialógicas é apontado como imprescindível para o adequado acolhimento de mulheres vítimas de situações e experiências violentas.

A força de algumas mulheres me ajudou e sair dessa história, que muito me fez sofrer até que resolvi aceitar que vivia um relacionamento abusivo [...].

A inexistência de processos de troca e partilha como esses contribui para a intensificação do isolamento e da sensação de impotência diante da gravidade das violações. “*Vivência muito difícil, com poucas possibilidades de partilhar. Me sentia culpada pelo julgamento de terceiros e me adoeceu muito*”.

A histórica culpabilização das mulheres enquanto vítimas e a sua responsabilização, para que sejam capazes de romper com o ciclo da violência, expõe e denuncia a situação abusiva à qual estamos submetidas, pois saber-se vítima é uma condição que em muito vulnerabiliza a mulher. Visibilizar em ato e narrar essa condição para outras pessoas é um esforço ainda maior e de intenso sofrimento, do qual as mulheres não têm se esquivado.

Os espaços públicos, em especial, os de assistência em saúde, também podem atuar por meio de abordagens inadequadas e que não favorecem a ruptura do ciclo de violência. Nesse sentido, essas práticas constituem violência institucional e contribuem para o aprofundamento da dificuldade das mulheres de relatarem os abusos sofridos e denunciarem seus agressores.

Fatores estruturais relativos ao espaço físico das unidades de atendimento, tais como sala de atendimento pequena e ausência de privacidade; ou à dinâmica dos atendimentos, com pouco

tempo disponível para acolhimento humanizado, atuam como limitantes e desfavoráveis para a efetividade e integralidade do cuidado²⁵, considerando que um dos pontos de apoio utilizados por mulheres quando vítimas de violências são os serviços de assistência à saúde.

As emoções causadas pelas situações de violência, muitas vezes vividas pelas próprias profissionais em suas vidas pessoais, são consideradas, no estudo de Hasse e Vieira²⁶, como possíveis fatores que podem dificultar esse processo de reflexão, acolhimento, atendimento e encaminhamento adequado.

A violência muitas vezes pode aparecer nas pequenas ações e relações cotidianas, o que às vezes não nos faz perceber que estamos sofrendo violência, ainda mais por não compartilharmos as experiências. Muitas vezes, também, a violência é reproduzida por outras mulheres pelo forte machismo em nossa cultura.

Processos de acolhimento e suporte representados por acompanhamento terapêutico são mais um dos recursos necessários para que as mulheres possam identificar e desnaturalizar as violências em seus cotidianos, para o resgate de sua saúde mental, para fortalecer a autoestima, buscar novas possibilidades de emancipação social, financeira e emocional, bem como para retomar seu protagonismo social e político, para iniciar a ruptura do ciclo de violência.

[...] Após psicoterapia, estou conseguindo superar e não aceitar mais nenhum tipo de ofensa ou assédio moral pautados na minha condição de mulher.

Fui vítima de violência sexual na infância. Marcou minha vida profundamente em diversos aspectos. Depois de adulta, percebi o tanto que isso me afetou e faço terapia desde então [...].

Salienta-se, porém, que o suporte terapêutico em saúde mental ainda figura como recurso privilegiado e, portanto, pouco acessível a muitas mulheres, sobretudo negras e pobres.

A cultura da medicalização da vida perpassa os processos de saúde-doença, incluindo aqui o âmbito de desenvolvimento das violências^{9,25}.

No Brasil, numa esfera pública e política, o combate às violências centraliza-se, principalmente, na lógica pouco resolutiva do punitivismo, enquanto, em âmbito privado e doméstico, a responsabilidade pela interrupção do ciclo apresenta-se como função da mulher, que, para suportar os processos de vulnerabilização e agressividade, em muitos casos, faz uso contínuo de medicações⁴.

Para que os processos de escuta e trocas se efetivem, sendo capazes de produzir empatia e práticas centradas no cuidado emancipatório-relacional, é importante a visibilidade e a construção de espaços individuais e coletivos em que se possibilite que sejamos ouvidas; nos quais possamos nos sentir seguras para refletir sobre nosso percurso e trajetória, retomar vivências anteriores e presentes de sofrimentos e abusos, sem que sejamos responsabilizadas e culpabilizadas no processo.

É essencial, portanto, que esses espaços (privados/públicos, sociais/institucionais, afetivos/profissionais, relacionais/acadêmicos), por um lado, instrumentalizem as mulheres a partir da discussão e do delineamento das opressões do mundo moderno, seus desdobramentos teórico-práticos na vida cotidiana e nas instituições e estruturas societárias, e, por outro, ultrapasse as estratégias instrumentalizantes, que operam sobretudo no plano das consciências, incluindo novas modalidades éticas, estéticas e sensíveis de cuidado para a criação de novos mundos possíveis, ativando planos comuns de criação coletiva e de forças ativas.

No que se refere ao processo de instrumentalização, podem-se incluir ações de atenção, formação, educação permanente, gestão e controle social fomentadas por meio do estudo e da aplicação das teorias feministas enquanto produtoras de análise crítica e fortalecimento para produzir enfrentamentos e transformações na sociedade, bem como o aprofundamento daquilo que se compreende por processos de empoderamento enquanto ferramenta de

emancipação, visto que, na organização social moderna e tecnológica, seu sentido está sendo esvaziado, devido ao uso superficial, pautado no conceito de *marketing* para consumo e estética dos corpos¹⁹.

[...] Só passei a entender as situações que vivi como violência já na vida adulta, depois de estudar sobre o tema e começar a desnaturalizar tais situações.

[...] Ao término da graduação, voltei a morar com meus pais e nessa época já havia conhecido o feminismo e compreendido que os motivos para as violências cometidas pelo meu pai não eram consequência de álcool e transtorno mental. Passei a enfrentá-lo repetidas vezes quando gritava ou agredia minha mãe.

Quanto há a ativação da potência coletiva de criação de outros mundos possíveis, incluem-se iniciativas inventivas e instituintes de fomento de redes colaborativas, espaços convivenciais de experimentações múltiplas ou, dito de outro modo, a criação de zonas comuns existenciais de ruptura com os ciclos de violência:

[...] A participação em movimentos e espaços coletivos me ajudaram a ser dona de mim mesma e ser protagonista. Sou mais forte e feliz. Enfrento as adversidades com muita força e luz.

Nessa direção, destaca-se a proposição de tensionamentos e enfrentamentos materializados pela criação da própria Coletiva Adelaides no campo da saúde coletiva, a fim de pautar e fortalecer um movimento de pesquisa-luta-intervenção que é protagonizado por mulheres militantes feministas em busca de produzir conhecimento pautado nas epistemologias feministas em uma necessária e vital ruptura com o eurocentrismo e consequente transformação das bases de produção acadêmica e intelectual no Brasil. O fortalecimento do feminismo negro nos espaços de debate sobre os estudos de gênero em saúde é também um desafio que essa pesquisa buscou enfrentar,

criando zonas de singularização e de composição com outras correntes feministas, ampliando a pauta da negritude nos modos de pensar o feminismo em saúde.

Neste momento histórico-social, é urgente a produção de resistências e a criação de novos modos de cuidar de todas/todos/todes/todxs nós enquanto seres viventes, pautados na partilha de saberes, na divisão igualitária de responsabilidades, no respeito à cultura dos povos originários e afrodescendentes, no combate às opressões raciais, de gênero, de classe, bem como na defesa do meio ambiente e de todos os seres vivos.

O questionário produzido por esta Coletiva atuou tanto como ferramenta de pesquisa quanto como dispositivo de reflexões e intervenções, conforme explícito nesta narrativa: *“Com o questionário me dei por conta que havia sofrido violência sexual, mas que nunca tinha falado sobre isso [...]”*.

Observa-se, portanto, que as epistemologias feministas negras e as pesquisas coletivas são imprescindíveis para a construção de políticas públicas de enfrentamento às violências alinhadas ao conceito de interseccionalidade e ao próprio fortalecimento do SUS como espaço de defesa da vida das mulheres. Além disso, reforça-se a necessidade da ampliação dos estudos de gênero nos espaços de formação em saúde, no âmbito da organização dos serviços de assistência e da instrumentalização da equipe profissional para a produção de práticas de cuidado atentas aos marcadores sociais da diferença, aos estereótipos de gênero e sexistas.

Identificou-se que as mulheres participantes da pesquisa que tiveram acesso a conhecimentos referentes aos feminismos e discussões relacionadas ao enfrentamento do machismo tornaram-se mais fortalecidas e capacitadas para reconhecerem e se posicionarem contra ações violadoras, condição vital para iniciarem processos de ruptura com os ciclos da violência, tanto no setor sanitário como em sua vida cotidiana.

Considerações finais

Espera-se com este estudo contribuir para a compreensão das violências de gênero em suas expressões cotidianas que foram naturalizadas institucionalmente nos espaços onde a vida se apresenta e delinea, em um processo produtor de realidades violentas e que se perpetuam na vida das mulheres.

A cartografia foi especialmente cara nesta prática de pesquisa, pois permitiu um duplo movimento de produção de conhecimento: por um lado, uma aproximação com diferentes maneiras de narrar as experiências da violência, marcando posições narrativas singulares (narrativas de cada participante e, também, das pesquisadoras implicadas em uma Coletiva de trabalhadoras feministas). Por outro, foi possível a construção de planos comuns da experiência da violência vivida por mulheres que partilham, também, o cotidiano de serem profissionais do cuidado, um plano comum povoado por matrizes de opressão interseccionais, relações, saberes, poderes, discursos e práticas historicamente construídos. Dar passagem a esse plano comum que é cotidianamente tecido na vida dessas mulheres é, também, fortalecer a dimensão interventiva da pesquisa cartográfica e, ao mesmo tempo, fortalecer a dimensão coletiva de enfrentamento da própria violência contra mulheres, por meio da afirmação de uma política da narratividade²⁷.

Como limites da pesquisa, aponta-se que a perspectiva do feminismo negro interseccional foi adotada na etapa de análise dos dados, impondo limites que poderiam ter sido transpostos caso essa abordagem já tivesse sido adotada na etapa de coleta de dados (o que permitiria, por exemplo, a construção das questões do formulário direcionadas aos marcadores sociais da diferença, assim como a redefinição das sementes do modelo *snowball*⁽²¹⁾). No entanto, esse processo, mesmo que tardio, proporciona, como sugerido por estudos afrocentrados^{14,17,18}, que se produzam

incômodos e transformações aos feminismos latino-americanos, bem como na análise e crítica à sua histórica passividade teórico-prática com relação ao racismo.

Procurou-se dar passagem ao quão vulnerabilizadas nós mulheres estamos com relação à nossa participação e existência no mundo, mesmo em grupos privilegiados do ponto de vista étnico-racial e econômico, e, mais fortemente, em mulheres negras, submetidas (mas não submissas) às vivências subalternizadoras que atravessam historicamente o corpo negro²⁸. No Brasil, constata-se o desamparo na precariedade de políticas públicas que considerem as interseccionalidades e não reproduzam ações de caráter enviesado e insuficientes diante da complexidade da cadeia e do entrelaçamento das opressões que estruturam a sociedade.

O conceito de interseccionalidade proposto no âmbito das epistemologias feministas negras¹⁴⁻¹⁹ representa, então, um dispositivo necessário e central para produções e enfrentamentos efetivos no combate às diferentes opressões que estruturam e afetam a sociedade, de modo geral, e sobretudo os grupos minoritários, porque viabiliza uma análise sobre condições de vida que se constituem a partir de diferentes marcadores sociais que estabelecem (ou não) acesso ao direito à vida e a uma existência digna. Como foi possível observar por meio das narrativas descritas por diferentes grupos de mulheres e que revelam os complexos intercruzamentos de opressões que se dão justamente devido aos marcadores sociais²⁸.

O patriarcado tende a produzir um conjunto de efeitos despotencializadores da vida em suas possibilidades de perseverar na existência, pois se pauta em processos de subjetivação morais e reativos, produzindo a tendência de

gerar vidas cafetinadas²⁹ por processos de colonização da subjetividade feminina.

Sendo assim, para que exista um combate pela vida, é preciso insurgir tanto na esfera macropolítica quanto nos espaços micropolíticos onde a vida germina. A fim de que nós possamos desenvolver um novo roteiro, no qual a macro e a micropolítica que orientam os afetos e desejos não sejam perpassadas por abusos de poder, ao contrário, estejam articuladas nos campos relacionais de nossa cotidianidade, implicando a construção de um novo corpo, que depende de um trabalho teórico transdisciplinar e uma pragmática clínico-estético-política²⁹, alinhados às necessidades urgentes de conhecimento situado nos contextos de vida das mulheres e localizados no mundo, em suas contradições e potências²⁸, concomitantemente às lutas por justiça social.

Colaboradoras

Lima FF (0000-0002-8523-9613)* foi responsável substancialmente pela concepção e o planejamento, pela análise e a interpretação dos dados; contribuiu significativamente para a elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo; participou da aprovação da versão final do manuscrito. Ferigato SH (0000-0001-7567-7225)*, orientadora desta pesquisa, atuou na concepção e no planejamento, análise e a interpretação dos dados; contribuiu significativamente para a elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo e participou da aprovação da versão final do manuscrito. Silva CR (0000-0002-7079-8340)* e Oliveira ALO (0000-0001-9537-1979)* contribuíram igualmente para a elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo, participando também da aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Biroli F. Gênero e Desigualdades: os limites da democracia no Brasil. São Paulo: Boitempo; 2018.
2. Saffioti HIB, Almeida SS. Violência de Gênero: Poder e Impotência. Rio de Janeiro: Revinter; 1995.
3. Saffioti HIB. Violência e Assédio Sexual: Violência de Gênero no Brasil atual. *Est. Fem.* 1994; 2(esp):443-461.
4. Deeke PL, Boing FA, Oliveira FW, et al. A Dinâmica da Violência Doméstica: uma análise a partir dos discursos da mulher agredida e de seu parceiro. *Saúde Soc.* 2009; 18(2):248-258.
5. Ritt CF. A violência doméstica contra a mulher: Uma afronta aos direitos humanos, direitos fundamentais e a dignidade humana. In: *Anais do 8º Seminário Internacional Fazendo Gênero: Corpo, Violência e Poder*; 2008 nov. 25-28; Florianópolis. Florianópolis: UFSC. p. 01-06.
6. Cerqueira D, Lima RS, Bueno S, et al. Atlas da Violência 2018. Nota Técnica, Relatório de Pesquisa, 18. Brasília, DF: IPEA; Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2018.
7. Waiselfisz JJ. Mapa da Violência 2015: homicídio de mulheres no Brasil. Brasília, DF: AllType Assessoria Editorial Ltda; 2015.
8. Cerqueira D, Lima RS, Bueno S, et al. Atlas da Violência 2019. Nota Técnica, Relatório de Pesquisa, 19. Brasília, DF: IPEA; Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2019.
9. Han C. Symptoms of another life: time, possibility, and domestic relations in Chile's credit economy. *Cultural Anthropology.* 2011; 26(1):7-32.
10. Centro Feminista de Estudo e Assessoria. Lei Maria da Penha: do papel para a vida: Comentários à Lei 11.340/2006 e sua inclusão no ciclo orçamentário. Brasília, DF: CFEMEA; 2009.
11. Nobre TM, Barreira C. Controle social e mediação de conflitos: as delegacias da mulher e a violência doméstica. *Soc.* 2008; (20):38-163.
12. Escorsim SM. Violência de gênero e saúde coletiva: um debate necessário. *Rev. Katálysis.* 2014; 17(2):235-241.
13. Freire RC, Rodrigues OS, Ferigato SH, et al. A produção do conhecimento sob a perspectiva de gênero e feminista na Saúde Coletiva – o que nos move e o que estamos buscando. In: *XX Encontro Nacional da Rede Feminista Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisa sobre Mulher e Relações de Gênero (REDOR): Feminismos, produção de conhecimento e ativismos*; 2018 dez 4-7; São Paulo. São Paulo: Secretaria Executiva do Encontro Nacional Participação, Democracia e Políticas Públicas; 2018. p. 1-14.
14. Almeida SL. Racismo Estrutural. São Paulo: Polén; 2019.
15. Akotirene C. Interseccionalidade. São Paulo: Polén; 2019. [acesso em 2021 dez 22]. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmninnkcbajpcjgclcfndmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Ffiles.cercomp.ufg.br%2Fweby%2Fup%2F1154%2Fo%2FInterseccionalidade_%2528Feminismos.Plurais%2529_-_Carla_Akotirene.pdf%3F1599239359&clen=1245914&chunk=true.
16. Ferrufino AH, Miranda VL, Morrison R, et al. Transacionalismo, Interseccionalidade Feminista e Método Narrativo: aportes para a pesquisa em Terapia Ocupacional e Ciência Ocupacional. *Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup.* 2019; 3(1):150-161.
17. Ribeiro D. O que é lugar de fala? Belo Horizonte (MG): Letramento, 2017.
18. Gonzalez L. Por um feminismo afro-latino-americano: ensaios, intervenções e diálogos. Rio de Janeiro: Zahaar; 2020.

19. Berth J. Empoderamento. São Paulo: Polén; 2019.
20. Oliveira CF. Mulheres da Saúde Coletiva: um retrato de quem constrói o campo. Em andamento. [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; [no prelo].
21. Vinuto J. A amostragem de bola de neve em pesquisa qualitativa: um debate aberto. *Temáticas*. 2014; 22(44):203-220.
22. Paulon SM, Romagnoli RC. Pesquisa-intervenção e cartografia: melindres e meandros metodológicos. *Estud. Pesq. Psic.* 2010; 10(01):85-102.
23. Ferigato SH, Carvalho SR. Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões. *Interface (Botucatu)*. 2011; 15(38):663-676.
24. Nascimento A. O branqueamento da raça: uma estratégia de genocídio. In: Nascimento A. *O genocídio do negro brasileiro*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1978.
25. Souza AAC, Cintra RB. Conflitos éticos e limitações do atendimento médico à mulher vítima de violência de gênero. *Rev. Bioét.* 2018; 26(1):77-86.
26. Hasse M, Vieira EM. Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados. *Saúde debate*. 2014; 38(102):482-493.
27. Passos E, Benevides R. Por uma política de narrativa. In: Passos E, Kastrup V, Escóssia L. *Pistas do método da cartografia*. Porto Alegre: Sulina; 2009. p. 150-171.
28. Bairros L. Nossos feminismos revisitados. *Estud. Femin.* 1995; 3(2):458-463.
29. Rolnik S. *Esferas da Insurreição – Notas para uma vida não cafetinada*. São Paulo: n-1 edições; 2018.

Recebido em 29/08/2020
Aprovado em 03/12/2021
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Percepção de motoristas de Uber sobre condições de trabalho e saúde no contexto da Covid-19

Uber drivers perception about their work and health conditions in the context of Covid-19

João Pedro Greggo¹, Sergio Roberto de Lucca¹, Valmir Azevedo¹, Marcia Bandini¹

DOI: 10.1590/0103-1104202213206

RESUMO O trabalho mediado por plataformas como a Uber vende uma ideia ilusória de ‘empreendedorismo’ para descaracterizar vínculos trabalhistas, sem perder o controle sobre os motoristas. Na pandemia da Covid-19, motoristas de aplicativos arcaram com custos adicionais para adotar medidas de proteção para evitar o risco de contaminação pelo Sars-CoV-2. Estudo descritivo e comparativo conduzido a partir de uma amostra de conveniência com motoristas da plataforma Uber. O instrumento de pesquisa foi a aplicação virtual de questionário desenvolvido pelos pesquisadores com contribuições de representantes de associações e sindicato da categoria. De um grupo com cerca de 500 motoristas Uber de grupos de WhatsApp, 104 motoristas participaram do estudo, dos quais 50% tem jornadas de onze horas diárias ou mais e 24% trabalham sete dias por semana. Na pandemia, 79% referiram redução das horas trabalhadas, 96% diminuição da renda e 17% tiveram sintomas compatíveis com Covid-19. Condições precárias de trabalho foram agravadas durante a pandemia, que ressaltou a vulnerabilidade do modelo de trabalho mediado por aplicativos. Esses trabalhadores são expostos a um trabalho inseguro, sem garantias pela empresa que os contrata, e ainda assumem todos os custos e riscos do exercício profissional. Esta pesquisa deu voz aos motoristas de aplicativos e, assim, pode contribuir para a melhoria de suas condições de trabalho.

PALAVRAS-CHAVES Condições de trabalho. Saúde do trabalhador. Emprego. Administração das tecnologias da informação.

ABSTRACT *Work mediated by platforms such as Uber sells an illusory idea of ‘entrepreneurship’ to mischaracterize labor relations, without losing control over drivers. In the Covid-19 pandemic, Uber drivers had to handle with additional costs to adopt protective measures in order to avoid risks of contamination by Sars-CoV-2. Quantitative cross-sectional study based on a convenience sample with Uber drivers. The research instrument was a questionnaire developed by the researchers, with contributions from representatives of associations and unions. Out of 500 Uber drivers in the WhatsApp groups, 104 drivers participated in the study, 50% referred working-hours equal or above 11 daily hours, and 24% worked seven days a week. In the pandemic, 79% reported a reduction in working hours, 96% had a decreased income and 17% presented symptoms compatible with Covid-19. Poor working conditions were aggravated during the pandemic that highlighted the vulnerability of the application-mediated work model. These drivers are exposed to unsafe work conditions, with no guarantees by the hiring company, and also assume all costs and risks of their professional practice. This study gave voice to these drivers and, thus, it can contribute to propose improvements of their working conditions.*

KEYWORDS *Working conditions. Occupational health. Employment. Information technology management.*

¹Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. mbandini@unicamp.br



Introdução

Desde os anos 1970, a globalização e o desenvolvimento das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) aceleraram o processo global de precarização do trabalho, com redução de direitos trabalhistas conquistados pelos trabalhadores ao longo do tempo. O trabalho mediado por plataformas digitais tais como a Uber, pioneira desse processo de empresas operadas por algoritmos, vende para o trabalhador uma ideia ilusória de ‘empreendedorismo’ para descaracterizar os vínculos trabalhistas, sem perder o controle sobre esse auto gerente- subordinado¹, que adere à plataforma digital como forma de sobrevivência.

Nessa condição, além de não possuírem qualquer suporte ou vínculo que garanta acesso a direitos trabalhistas, trabalhadores e trabalhadoras ‘uberizados’ assumem todos os riscos e custos de sua atividade profissional e acabam reféns de uma remuneração variável por demanda. Horas de espera por uma corrida não são pagas e, dessa forma, os motoristas se tornam trabalhadores *just-in-time*¹⁻⁴.

Nessa nova organização de trabalho flexibilizado, as empresas detêm toda a tecnologia para organizar a oferta de ‘empreendedores’ disponíveis e a demanda de clientes, em uma forma virtual de subordinação e controle sobre o trabalho¹.

Em empresas como a Uber, o gerenciamento virtual, o controle e a vigilância do trabalho ocorrem por meio das programações algorítmicas, reforçando uma falsa sensação de que há uma mediação, um gestor do serviço ao cliente. Entretanto, é a empresa que contrata o ‘empreendedor’, mediante a exigência de seguro do veículo, definição do valor do serviço ou remuneração e, ainda, demite ou bloqueia definitivamente o motorista em função da avaliação dos clientes e se exime de apresentar justificativas pela decisão. A Uber detém total controle sobre a distribuição do trabalho, assim como a determinação do valor das corridas, transformando sua autonomia do ‘parceiro empreendedor’ em uma ilusão¹.

Além de se responsabilizarem por todos os custos para exercer sua atividade laboral, os motoristas de aplicativos são reféns de serem avaliados negativamente pelo cliente e sofrerem suspensão ou bloqueio temporário ou definitivo da plataforma, o que também pode acontecer caso haja rejeição de muitas corridas. Nesse processo, retira-se a autonomia e o poder de decisão do motorista sobre o seu trabalho^{1,5,6}.

Para evitar o bloqueio devido à avaliação negativa dos clientes, é exigido um ótimo padrão de atendimento aos passageiros em todas as viagens, incluindo o ar-condicionado sempre ligado, disponibilidade de balas e água, manter o carro sempre limpo e aspirado por dentro, conseguindo, assim, manter a sua nota acima de 4,6⁷.

Na pandemia da Covid-19, os motoristas de aplicativos tiveram que arcar com custos adicionais para adotar medidas de proteção para evitar a exposição e o risco de contaminação pelo Sars-CoV-2, considerando-se o ambiente fechado do veículo. Não havendo qualquer compensação por parte da empresa, os rendimentos foram ainda mais comprometidos.

Além do risco de contaminação dos motoristas, a pandemia também evidenciou a precariedade do trabalho por aplicativos no tocante à falta de regulação de direitos trabalhistas, de saúde ocupacional e de proteção social. Nesse contexto, este estudo teve como objetivo descrever o perfil biossocial dos motoristas de aplicativos – suas características demográficas, sociais e de trabalho – e o impacto da pandemia da Covid-19 nessa categoria profissional.

Metodologia

Trata-se de estudo descritivo comparativo a partir de amostra de conveniência de um grupo de motoristas da plataforma Uber vinculado às seguintes entidades: Associação dos Motoristas por Aplicativo Autônomo de São Carlos e Região (Amasc), Associação dos Motoristas de Aplicativo de Campinas e Região (Amacre)

e Sindicato dos Trabalhadores com Aplicativos de Transportes Terrestres Intermunicipal do Estado de São Paulo (STATTESP).

O instrumento de pesquisa foi desenvolvido pelo pesquisador responsável contemplando as seguintes etapas: (1) desenvolvimento do instrumento preliminar de pesquisa a partir do levantamento da literatura sobre o tema do estudo; (2)

apresentação e discussão da versão preliminar com representantes das associações e do sindicato envolvidos; (3) elaboração da versão final do questionário de pesquisa; (4) inclusão do instrumento de pesquisa no *software* Google Forms®. As questões do referido questionário abordaram aspectos gerais referentes aos objetivos propostos, conforme descrição no *quadro 1*.

Quadro 1. Instrumento de pesquisa

Tema	Variáveis analisadas
Dados sócio-demográficos	Idade, sexo, estado civil, raça-etnia, grau de escolaridade, se estuda atualmente, ocupação principal, cidade onde trabalha, número de dependentes.
Trabalho como motorista de aplicativo	Tempo de trabalho com a Uber, horas trabalhadas por dia no aplicativo, dias da semana em que trabalha, trabalho com outro aplicativo, trabalho fora dos aplicativos, gastos com o veículo, influência do trabalho na convivência familiar, satisfação com o trabalho, violência durante o trabalho.
Aspectos relacionados à saúde e previdência	Contribuição com o INSS, contribuição com previdência privada, se possui plano de saúde, acidente no trabalho, incapacidade para o trabalho (relacionado ao acidente), utilização do SUS, problema de saúde (diabetes, hipertensão arterial, dislipidemia, outras doenças).
Trabalho durante a pandemia de Covid-19	Diminuição da renda (em porcentagem), uso de máscaras e outros equipamentos de proteção individual, medidas adotadas para higienização do veículo, contato próximo com caso suspeito e/ou confirmado de Covid-19, se teve diagnóstico positivo de Covid-19 (trabalhador).
Questões abertas	Foram incluídas quatro questões abertas sobre o que motivou ser um motorista de aplicativo e quais são os aspectos positivos e quais são os pontos negativos do trabalho e o que poderia melhorar em seu trabalho como motorista de aplicativo.

Fonte: elaboração própria.

O pesquisador responsável foi temporariamente incluído, pelos respectivos representantes, nos grupos de WhatsApp® vinculados a STATTESP, Amasc e Amacre, para o envio do *link* do questionário (Google Forms®). De cerca de 500 motoristas, 104 participantes responderam o questionário após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os dados permaneceram anônimos para conservar a confidencialidade dos participantes.

O questionário via Google Forms e a forma de acesso via WhatsApp® adotados nesta pesquisa possibilitaram ao pesquisador o contato direto com os participantes em um ambiente informal durante a pesquisa de campo.

A pesquisa foi realizada no período de 17/9/2020 a 4/12/2020 e os dados obtidos foram exportados para uma planilha Excel® descritiva.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CAAE-36043120.1.0000.5404).

Resultados

Dos cerca de 500 integrantes dos grupos de WhatsApp, o estudo obteve 104 (20,8%) respostas na íntegra para o instrumento de pesquisa.

Dos 104 (100%) participantes, 16 (15,4%) tinham 30 anos ou menos e a faixa etária predominante foi de 31 a 50 anos (65,4%). A maioria dos participantes é do sexo

masculino 87 (83,7%) e 83 (79,8%) são casados/as.

A metade dos respondentes (52,5%) tinha o ensino médio completo. Entretanto, observou-se grande diversidade de escolaridade entre os motoristas, inclusive com curso superior e pós-graduação.

Os dados que representam o perfil biossocial dos entrevistados estão relatados na íntegra na *tabela 1*.

Tabela 1. Perfil biossocial dos motoristas e aplicativo entrevistados

Idade	N	%
Menor ou igual a 30	16	16
31 a 40	34	32,7
41 a 50	34	32,7
51 a 60	15	15
Maior que 61	5	5
Sexo		
Masculino	87	84%
Feminino	17	16%
Situação marital		
Casado/União estável	83	80%
Solteiro	12	12%
Divorciado	9	9%
Viúvo	0	0%
Raça		
Branca	56	54%
Parda	37	36%
Preta	6	6%
Indígena	2	2%
Amarela	2	2%
Não desejo informar	1	1%
Escolaridade		
Médio completo	52	50%
Superior completo	25	24%
Pós-graduação	10	10%
Fundamental incompleto	9	9%
Fundamental completo	8	8%

Fonte: elaboração própria.

Ser motorista de aplicativo é a ocupação principal para 87 (83,7%) dos entrevistados, enquanto que para os demais este tipo de trabalho representa uma renda extra.

Com relação ao tempo de trabalho nessa modalidade de trabalho, um importante contingente dos respondentes (45; 43,3%) ingressou há menos de dois anos; 35 (36,5%) trabalham com aplicativos de três a cinco anos; e dois (1,9%) estão há mais de 5 anos.

Metade dos motoristas (52; 50%) relataram trabalhar onze horas ou mais por dia e 96 (92,3%) trabalham entre cinco a sete dias na semana. Em virtude das longas jornadas de trabalho, 38 (36,5%) dos motoristas

referiram que sua convivência familiar foi afetada frequentemente.

Quanto ao empregador, 88% referiram trabalhar com outros aplicativos além da Uber, e quase todos (99%) trabalhavam para a empresa 99. Para 85% dos respondentes, o trabalho como motorista de aplicativo é a renda principal e é renda exclusiva para 49% dos participantes.

O desgaste do veículo foi evidenciado pela distância percorrida por semana e dos entrevistados, 41 (39,4%) relataram rodar entre 1.001 e 2.000 km por semana. Os gastos com manutenção do veículo superaram os R\$ 1.000 reais mensais para 78 (75%) dos motoristas, como pode ser observado na *tabela 2*.

Tabela 2. Características do trabalho dos motoristas de aplicativo (n=104)

Características do trabalho	Variável	(%)
Ocupação principal (referida)	Motorista de aplicativo	85
	Outras	15
Veículo	Próprio financiado	56
	Próprio quitado	28
	Alugado	15
Tempo de trabalho como motorista de aplicativo	Menos de 1 ano	18
	1 a 2 anos	43
	3 a 5 anos	37
	Mais que 5 anos	2
Horas diárias de trabalho	1 a 5 horas	10
	6 a 10 horas	40
	11 a 12 horas	23
	Mais que 12 horas	27
Dias de trabalho na semana	1 a 4 dias	8
	5 a 6 dias	68
	7 dias	24
Distância média percorrida por semana (em Km)	Menos de 500 km	12
	501 a 1000 km	40
	1001 a 2000 km	39
	Mais que 2001 km	9
Renda como motorista de aplicativo, em relação à renda total	Menos de 30%	9
	De 30 a 50%	14
	De 51 a 70%	15
	De 71 a 99%	13
	100%	49

Tabela 2. (cont.)

Características do trabalho	Variável	(%)
Gastos mensais com o veículo (em R\$)	Menos de 500	13
	De 501 a 1000	13
	De 1001 a 1500	19
	De 1501 a 2000	29
	De 2001 a 2500	13
	Mais que 2501	13

Fonte: elaboração própria.

A satisfação com o trabalho foi avaliada pelo próprio motorista em uma escala de 0 a 10, sendo 10 a melhor avaliação. A média obtida foi de 6,18. Considerando como aprovação uma nota acima de 6, o estudo mostrou que 64% dos motoristas estão satisfeitos com seu trabalho, apesar das dificuldades referidas em questões anteriores. Quando indagados sobre o quão satisfeitos os motoristas se sentem em relação aos passageiros, a aprovação chegou a 81%, com nota média de 7,24.

A segurança no trabalho foi informada como a maior preocupação dos motoristas, e 92 (88,5%) consideraram que seu trabalho é pouco ou nada seguro. Mais da metade 53 (51%) relatou já ter sofrido algum tipo de violência durante sua atividade laboral e 89 (85,6%) conheciam algum(a) colega que já sofreu violência no trabalho. Em relação aos acidentes de trabalho, 32 (30,8%) afirmaram já terem sido vítimas e 84 (80,8%) conheciam algum colega vítima, conforme descrição na *tabela 3*.

Tabela 3. Informações sobre a segurança dos motoristas de aplicativos (n=104)

Segurança - como motorista de aplicativo	Quantidade	Porcentagem
Pouco seguro	48	46%
Nada seguro	44	42%
Muito seguro/Seguro	12	12%
Sofreu violência - como motorista de aplicativo		
Sim	53	51%
Não	51	49%
Tipo de violência - como motorista de aplicativo		
Agressão verbal	44	42%
Vandalismo do veículo	25	24%
Assédio sexual	23	22,11%
Roubo/furto	19	18,26%
Agressão física	4	3,84%
Outros	4	3,84%

Fonte: elaboração própria.

Dos participantes, 52 (50%) contribuem com a previdência social e, em sua maioria, são inscritos como Microempreendedores Individuais (MEI). Outros 10 (9,6%) contribuem para uma previdência privada.

Quanto aos cuidados com a saúde, 57 (54,8%) referem não possuir problemas de saúde, 79 (76%) não possuem plano de saúde privado e usam exclusivamente o Sistema Único de Saúde (SUS), mas a maioria 62 (59,6%) não faz acompanhamento de saúde de rotina. Entre os que relataram ter algum problema de saúde, 16 participantes referiram hipertensão arterial, 16 se consideravam obesos e nove referiram diabetes.

A maioria dos motoristas 70 (67,3%) referiu a manutenção do trabalho durante a pandemia de Covid-19, dos quais 21 (30%) permaneceram trabalhando durante todos os dias da semana. Entre os participantes, 55 (78,6%) relataram redução significativa das horas trabalhadas na pandemia, e, desses, treze (23,6%) motoristas relataram diminuição de 30% de horas trabalhadas, 18 (32,7%) diminuição em 50% e 24 (43,6%) relataram diminuição de

mais de 50% de horas trabalhadas. Como consequência, 67 (96%) dos trabalhadores tiveram diminuição de renda pessoal ou familiar, o que levou 75 (72,1%) deles a solicitar o auxílio emergencial oferecido pelo governo, embora apenas 51 (49%) tenha conseguido obter o auxílio.

Com relação às medidas de proteção para prevenir a Covid-19, todos os motoristas informaram que, por conta própria, passaram a usar máscaras ao levar passageiros no veículo e 96% intensificaram a higienização do automóvel, com disponibilização de álcool em gel 70% para os passageiros, além de aumentarem a frequência de lavagens do veículo.

A *tabela 4* mostra que, quando perguntados sobre sintomas de Covid-19, 17 (16,3%) dos motoristas referiram sintomas compatíveis, mas apenas seis (4%) tiveram seu diagnóstico confirmado por exames. Desses, três solicitaram o auxílio oferecido pela Uber para motoristas que precisassem de afastamento do trabalho por conta da Covid-19. Nenhum requerente obteve o benefício da empresa.

Tabela 4. Impactos da pandemia no trabalho dos motoristas de aplicativos (n 104)

Característica	Variável	(%)
Trabalha desde o início da pandemia	Sim	67
	Não	33
Teve sintomas de Covid-19	Sim	17
	Não	83
Teve Covid-19 confirmada	Sim	6
	Não	94
Redução de horas trabalhadas	Sim	79
	Não	21
Porcentagem de redução de horas	Até 30%	24
	Entre 31 e 50%	33
	Mais de 50%	44
Redução da renda	Sim	96
	Não	4
Porcentagem de redução de renda	Até 30%	21
	Entre 31 e 50%	34
	Mais de 50%	45

Tabela 4. (cont.)

Característica	Variável	(%)
Uso de máscara ao levar passageiro	Sim	100
	Não	0
Uso de álcool em gel 70%	Sim	100
	Não	0
Uso de película de isolamento	Sim	13
	Não	87
Limpeza adicional do veículo	Sim	96
	Não	4
Lavagem com maior frequência	Sim	85
	Não	15

Fonte: elaboração própria.

As questões abertas ofereceram espaço para que os participantes da pesquisa levantassem aspectos positivos e negativos de seu trabalho que considerassem relevantes sobre suas motivações para trabalharem como motoristas de aplicativos, e sobre como suas condições laborais poderiam ser melhores.

Quanto aos aspectos positivos de seu trabalho, os participantes destacaram a flexibilidade de horário (45%), complementação de renda ou remuneração (35%) e ausência de chefe (10%). Como aspectos negativos foram informados a falta de segurança (66%), baixa remuneração (44%), ausência de vínculo empregatício (13%) e falta de autonomia (10%).

Perguntados sobre o que poderia melhorar suas condições de trabalho, os participantes destacaram o valor das tarifas (66%), a segurança (63%) e ter maior autonomia (8%).

Discussão

As mudanças no trabalho e nos modos de produção alavancados pela globalização e novas tecnologias produziram maior segmentação de mercados e da distribuição dos polos produtivos entre países centrais e periféricos, agravando o desemprego estrutural, especialmente nos

países periféricos, e o crescimento do trabalho informal e do trabalho autônomo^{8,9}.

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua), o ano de 2019 revelou a maior taxa de informalidade desde 2016, alcançando 41,1% da população economicamente ativa¹⁰, ou seja, quatro em cada dez trabalhadores estavam na situação de uma ocupação informal, sem proteção social¹¹.

Comparando o primeiro trimestre de 2020 com o mesmo período de 2016, a PNAD contínua mostrou um aumento de 1,39 para 2,02 milhões de trabalhadores que atuam em aplicativos – um acréscimo de 41,9%¹⁰. Esse crescimento é um reflexo do aumento do desemprego e do trabalho informal, quadro agravado na pandemia.

Do perfil biossocial

Segundo o ‘Correio Brasileiro’¹², a média de idade dos motoristas é 40 anos, e apenas 10,5% apresentam ensino superior.

O resultado desta pesquisa indicou que 35 (34%) entrevistados possuem ensino superior completo (25; 24%) ou, ainda, pós-graduação (10; 9,6%). O elevado nível de escolaridade pode indicar a tendência de que o desemprego atinge todos os níveis de instrução da força de trabalho.

Os resultados obtidos mostraram pouca participação da mulher entre motoristas de aplicativos (17; 16,3%). Fallavena¹³ destaca em seu estudo as questões de gênero que atribuem às mulheres as atividades domésticas e de cuidado dos familiares, além da insegurança e de demandas pessoais ou associadas aos seus relacionamentos.

De fato, de acordo com a empresa Uber, as mulheres representam somente 6% dos 600 mil motoristas cadastrados. A segurança pessoal e o medo de assalto são os fatores que mais influenciam na tomada de decisão na hora da escolha desse tipo de empreendimento¹⁴, além dos riscos de assédio, ofensas e desconfianças às quais essas trabalhadoras estão expostas⁵.

Com o objetivo de atrair as mulheres ‘parceiras do negócio’, a Uber criou ‘Elas na Direção’, com o slogan incentivo para que mais mulheres assumam a direção das suas vidas e tenham novas alternativas de renda, com a opção de receberem somente chamadas de passageiras mulheres¹⁵. Características femininas tais como prudência, empatia e cuidado ao volante são fatores que atraem parcela dos clientes, os quais preferem as motoristas devido a maior percepção de segurança⁵.

Tempo de trabalho como motorista de aplicativo

No início do processo de credenciamento, o ‘motorista-parceiro’ interessado precisa enviar documentos como a Carteira Nacional de Habitação (CNH) com a observação ‘exerce atividade remunerada’ e o seguro de acidentes pessoais para os passageiros, ou seja, as empresas de aplicativos definem as regras de admissão, mas transferem ao trabalhador a responsabilidade e custos pelo seguro do seu veículo e de terceiros^{16,17}.

Este estudo mostrou que os motoristas começam sua atividade endividados, dado que 63 (70,2%) dos entrevistados já iniciam o mês com o boleto de pagamento do financiamento ou aluguel do veículo para exercer

sua atividade laboral, sem garantias de que receberão o suficiente para quitar suas contas para o exercício da função.

Os custos de manutenção são significativos. Considerando limpeza, lavagem, seguro, combustível, manutenção, financiamento e aluguel do carro, o custo médio foi de R\$1.200,00 mensais, sendo que 28 (27,5%) dos motoristas referiram gastos superiores a R\$2.000,00 mensais com o veículo. Um fator que aumenta tais custos é a distância percorrida por semana, que pode chegar até 2.000km/semana. Para aumentar seus ganhos, visto que a remuneração está parcialmente relacionada ao quilômetro rodado e ao tempo do percurso com o passageiro, os motoristas tendem a trabalhar mais tempo, rodando distâncias cada vez maiores.

Apesar das longas jornadas e altos custos, a satisfação média em relação ao trabalho foi de 6,18, em uma escala proposta pelos pesquisadores de 0 a 10, sendo 10 o maior grau de satisfação. A satisfação dos motoristas com os clientes foi maior, com média de 7,24.

A nota de satisfação do cliente é um dos itens que avalia o motorista, para que ele não seja banido do sistema da empresa¹⁸. Portanto, essas notas sofrem o viés subjetivo dos clientes e do próprio algoritmo, fazendo com que a avaliação individual de desempenho os motoristas de aplicativos seja refém desse sistema cliente-algoritmo. A aparente autonomia do motorista por aplicativo é uma falácia, considerando-se que, nessa avaliação, ele é impedido de interagir, e o resultado unilateral do desempenho determina a continuidade no negócio ou o bloqueio. Esse sistema de métricas subjetivas advindas dos clientes ou do algoritmo gera uma pressão constante e crescente sobre os trabalhadores, desconstruindo o discurso recorrente de que o trabalhador ‘uberizado’ é seu ‘próprio chefe’¹⁹.

Segurança no trabalho

No Brasil, dados do Observatório Nacional de Segurança Viária (ONSV)²⁰ revelam que uma pessoa morre vítima de violência no trânsito a

cada doze minutos, ou seja, cinco mortes a cada hora²¹. Os estados que apresentam índices mais elevados de mortalidade por violência são, de maneira geral, também aqueles que apresentam os índices mais elevados de mortalidade no trânsito, sugerindo que ambos os casos sejam advindos de questões sociais.

Sobre cobertura na ocorrência de acidentes, o ‘motorista parceiro’ assume todos os custos de um seguro de acidentes pessoais para os passageiros e o próprio veículo. No caso de um acidente, para a empresa Uber, o seguro cobre apenas acidentes que ocorram durante uma viagem em que o motorista aceitou o passageiro em seu aplicativo e desloca-se para buscá-lo até o momento em que o deixa em seu destino²¹. Se o motorista que está se deslocando para casa ou para um local mais central sofrer um acidente, não haverá qualquer cobertura por parte da empresa.

Além do risco de acidente de trânsito, há o risco de assaltos durante o exercício da atividade laboral. Segundo dados da Secretaria de Segurança Pública (SSP), o número de motoristas assaltados no estado de São Paulo aumentou 80,2% no período entre janeiro e setembro de 2019^{22,23}. Tal dado que corrobora para a percepção de insegurança referida neste estudo, onde 48 (46,2%) dos motoristas consideraram o trabalho pouco seguro, 44 (42,3%) nada seguro e mais da metade (53 ;51%) dos entrevistados já relataram ter sofrido algum tipo de violência como motorista de aplicativo, demonstrando que a segurança é um ponto crucial a ser destacado nesta pesquisa.

A insegurança no trabalho e no trânsito, o risco de assalto pelos próprios passageiros e até mesmo de perderem a vida durante o trabalho foram indicados como aspectos negativos do trabalho pela maioria (66%) dos respondentes.

No estado de São Paulo, levantamento feito pela polícia mostrou que 27% dos sequestros relâmpagos envolveram motoristas de aplicativo entre janeiro de 2019 e setembro de 2020²⁴. Acontecimentos como esses, que permeiam a rotina de trabalho, contribuem para a insegurança desses trabalhadores e, frequentemente,

viram manchete nos noticiários de todo o País: “Motorista de Uber é sequestrado e assaltado por falsos passageiros”²⁵.

Trabalho na pandemia da Covid-19

Segundo o Observatório Social da Covid-19 da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)²⁵, as análises mostraram que, na pandemia, houve perda significativa de rendimento para os motoristas de aplicativos e que, diante do distanciamento social que reduziu drasticamente a mobilidade da população, 36% desses trabalhadores deixaram de trabalhar. Entre os motoristas que continuaram nas ruas, a média de horas trabalhadas por semana caiu de 45 para 20 horas em média.

O trabalho realizado por Castelo Branco et al.²⁶ mostrou que 60,3% dos entrevistados indicou que houve diminuição da renda mesmo para aqueles que mantiveram a mesma carga horária, considerando-se os aumentos dos custos de combustível e seguros e o aluguel de veículos.

Os dados apresentados neste trabalho mostram que, dos 104 (100%) participantes, 70 (67,3%) relataram estar trabalhando desde o início da pandemia e que tiveram redução de carga horária e da renda mensal (entre 30 a 50%). Os dados podem conter um viés de comparação de antes e depois da pandemia, uma vez que 45 (43,3%) deles relataram estar no negócio há apenas um ou dois anos.

Devido à queda abrupta e significativa de renda, 75 (72,1%) motoristas solicitaram o auxílio emergencial do governo, que foi concedido a cerca de metade deles.

A preocupação com as medidas de higiene para prevenir a Covid-19 foi evidenciada neste estudo. Para diminuir o risco de contrair o vírus durante o trabalho, 70 (67,3%) participantes informaram que adotaram medidas como uso de máscara, álcool em gel e lavagem do veículo com maior frequência. Mesmo assim, doze participantes da pesquisa apresentaram sintomas compatíveis com Covid-19, sendo quatro casos confirmados. Desses, três solicitaram o auxílio

financeiro oferecido pela Uber, mas nenhum suporte financeiro foi obtido, deixando clara a distância entre discurso e prática da empresa.

O trabalho realizado por Silva et al.²⁷ em amostra com 21 motoristas de aplicativos constatou que 15 deles (71,4%) ofereciam álcool em gel para os passageiros e 19 (90,5%) afirmaram utilizar máscara durante o trajeto, na presença do passageiro.

A empresa Uber divulgou um auxílio para higienização do veículo que permite ao ‘motorista parceiro’ o agendamento mensal e gratuito de uma limpeza do veículo com o produto Peroxy 4D²⁸. Segundo dados divulgados pela fabricante Spartan, o Peroxy 4D tem alto desempenho e alcança amplo espectro de microrganismos, com ação bacteriostática de 72 horas²⁹. Segundo Maria Olímpia Rezende, doutora em química e professora da Universidade de São Paulo (USP) de São Carlos, o produto Peroxy 4D tem alto poder contra a Covid-19, porém tem durabilidade variável e que o mais importante e seguro é manter a desinfecção contínua dos veículos a cada doze horas²⁹.

Considerações finais

A ‘uberização’ é sinônimo de precarização devido à falta de direitos trabalhistas e de proteção social, bem como da exploração do trabalho e, no caso dos aplicativos, de remuneração do trabalho sob demanda ou por corrida

com passageiro. Este estudo, realizado durante a pandemia da Covid-19, evidenciou o aumento da precarização e o do risco de contaminação e do abandono dos ‘motoristas parceiros’ pelas empresas de aplicativos. Houve queda abrupta de cerca de 50% da renda devido à redução das chamadas e do valor da corrida sem a contrapartida de qualquer tipo de subsídio por parte da empresa por aplicativo. Para esses profissionais, o futuro do trabalho é desalentador, porque, no final de um dia de trabalho, o que se espera é sobreviver e não morrer. Esta pesquisa, realizada na pandemia, evidenciou o aumento da precarização e da vulnerabilidade do modelo de trabalho mediado por aplicativos. A sociedade contemporânea não pode aceitar esse tipo de exploração como futuro do trabalho.

Colaboradores

Greggo JP (0000-0002-4917-4162)* e Bandini M (0000-0003-2899-090X)* contribuíram para a concepção do estudo, desenvolvimento do projeto, aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa, coleta de dados, análise dos dados e escrita do artigo. Lucca SR (0000-0001-6023-0949)* contribuiu para a concepção do estudo, desenvolvimento do projeto, análise dos dados e escrita do artigo. Azevedo V (0000-0001-5591-6516)* contribuiu para o desenvolvimento do projeto, análise dos dados e revisão do artigo. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Abílio LC. Uberização: Do empreendedorismo para o autogerenciamento subordinado. *Rev. Psicoperspec.* 2019 [acesso em 2021 maio 20]; 18(3):1-11. Disponível em: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-69242019000300041&script=sci_arttext.
2. Abílio LC. Uberização do trabalho: a subsunção real da viração. 2017. [acesso em 2020 maio 21]. Disponível em: <https://blogdaboitempo.com.br/2017/02/22/uberizacao-do-trabalho-subsuncao-real-da-viracao/>.
3. De Stefano V. The rise of the “just-in-time workforce”: on-demand work, crowdwork and labour protection in the “gig-economy”. Geneva: ILO; 2016. (Conditions of Work and Employment Series. N. 71) 2016. [acesso em 2021 maio 21]. Disponível em: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---travail/documents/publication/wcms_443267.pdf.
4. Oliveira F, Stedile J, Genóino J. Classes sociais em mudança e a luta pelo socialismo. São Paulo: Perseu Abramo; 2000.
5. Agostini R, Scheffer ABB. Aplicativos de transporte privado como alternativa de renda: as vivências de trabalhadores e Uber em Porto Alegre. [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2018. 17 p. [acesso em 2021 janeiro 23]. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/189993>.
6. Santos WJ, Cêlho VMS, Santas GB, et al. Sobrecarga de trabalho e comportamentos de risco em motociclistas. *Rev Bras Enferm.* 2019. [acesso em 2021 maio 21]; 72(6):1555-60. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0279>.
7. Uber Brasil. Dicas para motoristas. Afinal, qual é a nota mínima exigida pela Uber? 2019. [acesso em 2020 maio 21]. Disponível em: https://uberbra.com/wp-content/cache/page_enhanced/uberbra.com/afinal-qual-e-a-nota-minima-exigida-pela-uber//index_ssl.html_gzip.
8. Antunes R, Praus L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. *Serv. Soc. Soc.* 2015. [acesso em 2021 maio]; (123):407-27. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.030>.
9. Lucca SR. Trabalho e sofrimento psíquico: Histórias que contam esta história. São Paulo: Atarukas Editora Ltda; 2019.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Desemprego cai para 11,8% com informalidade atingindo maior nível da série histórica. [acesso em 2021 jan 22]. Disponível em: <https://censo2020.ibge.gov.br/2012-agencia-de-noticias/noticias/25534-desemprego-cai-para-11-8-com-informalidade-atingindo-maior-nivel-da-serie-historica.html>.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. PNAD Contínua: Taxa de desocupação é de 14,1% e taxa de subutilização é de 29% no trimestre encerrando em novembro de 2020. [acesso em 2021 fev 14]. Disponível em: <https://www.agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/29934-pnad-continua-taxa-de-desocupacao-e-de-14-1-e-taxa-de-subutilizacao-e-de-29-0-no-trimestre-encerrado-em-novembro-de-2020>.
12. Correio Braziliense. Número de motoristas por aplicativo cresceu 136% de 2012 a 2019. 2020 fev 23. [acesso em 2021 jan 22]. Disponível em: https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/economia/2020/02/23/internas_economia,829826/numero-de-motoristas-por-aplicativo-cresceu-136-de-2012-a-2019.shtml.
13. Fallavena LHA. Agora é que são elas: Trajetória de carreiras de mulheres motoristas de aplicativos de transportes. [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2017. 73 p. [acesso em 2021 jan 18]. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/169881>.
14. Instituto de Certificação e Estudos de Trânsito e Transporte. Profissão motorista – mulheres ainda

- são minoria. 2020. [acesso em 2021 jan 24]. Disponível em: <https://icetran.com.br/blog/motorista-mulheres-ainda-sao-minoria/>.
15. Uber Brasil. Uber lança programa “Elas na direção” para incentivar mais mulheres a gerar renda dirigindo pelo app. 2019. [acesso em 2021 jan 24]. Disponível em: <https://www.uber.com/pt-BR/newsroom/uber-lanca-elas-na-direcao/>.
 16. Almeida FC. A “Lei do Uber” e o direito fundamental ao trabalho digno: análise da tramitação do projeto que deu origem à Lei nº 13.649/18 à luz das vulnerabilidades dos motoristas de aplicativos. *Rev. Eletr. Proc. Geral Est. Rio de Janeiro*. 2020 [acesso em 2021 jan 23]; 3(1):1-35. Disponível em: <https://revistaeletronica.pge.rj.gov.br:4432/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzM2>.
 17. Martins M, Almeida VH. Análise juslaboral da relação de trabalho entre motoristas por aplicativos e a empresa Uber: aspectos e consequências sociojurídicos. *Rev. Direito Trab. Meio Amb. Trab.* 2017 [acesso em 2021 maio 20]; 3(1):55-75. Disponível em: <https://doi.org/10.26668/IndexLawJournals/2525-9857/2017v3i1.1812>.
 18. Gaulejac V. Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social. *Aparecida: Ideias & Letras*; 2007.
 19. Franco DS, Ferraz DLS. Uberização do trabalho e acumulação capitalista. *Cadernos Ebape.BR*. 2019 [acesso em 2021 jan 24]; 17(esp):844-856. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cebape/a/9NJd8xMhZD3qJVwqsG4WV3c/?format=pdf&lang=pt>.
 20. Observatório Nacional de Segurança Viária. Violência no trânsito mata tanto quanto violência pública. 2019. [acesso em 2021 jan 25]. Disponível em: <https://www.onsv.org.br/observatorio-afirma-violencia-no-transito-tambem-e-violencia-publica/>.
 21. Abílio LC. Uberização: a era do trabalhador just-in-time? *Estud. av.* 2020 [acesso em 2021 jan 25]; 34(98):111-26. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3498.008>.
 22. Portal G1. Assaltos a motoristas de aplicativo crescem 80,2% em SP, apontam dados da Secretaria de Segurança. G1. 2019 nov 17. [acesso em 2021 jan 25]. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/ribeirao-preto-franca/noticia/2019/11/17/assaltos-a-motoristas-de-aplicativo-crescem-802percent-em-sp-apontam-dados-da-secretaria-de-seguranca.ghtml>.
 23. Folha de São Paulo. 27% dos sequestros relâmpagos são de motoristas de aplicativo. *Folha de São Paulo*. 2021 jan 2017. [acesso em 2021 jan 26]. Disponível em: <https://agora.folha.uol.com.br/sao-paulo/2021/01/27-dos-sequestros-relampagos-sao-de-motoristas-de-aplicativo.shtml>.
 24. Aravanis G. Motorista de Uber é sequestrado e assaltado por falsos passageiros. 2020. [acesso em 2021 jan 26]. Disponível em: <https://liberal.com.br/cidades/americana/motorista-da-uber-e-sequestrado-por-falsos-passageiros-em-americana-1224867/>.
 25. Universidade Federal de Minas Gerais. Pandemia atinge em cheio os motoristas de aplicativos. 2020. [acesso em 2021 jan 25]. Disponível em: <https://ufmg.br/comunicacao/noticias/covid-19-atinge-em-cheio-os-motoristas-de-aplicativo>.
 26. Castelo Branco PM, Comaru FA, Silva SJ. Uberização e covid-19: esgarçando as contradições do trabalho no século XXI. *Rev. Nov. Rumos soc.* 2020. [acesso em 2021 maio 15]; 8(14):116-134. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/NORUS/article/view/20035>.
 27. Silva RC, Santos BRP, Brito JF, et al. Motoristas de aplicativos em tempos de covid-19: tendências de informação e prevenção no contexto brasileiro. *Rev. eletr. Biblio. Ci. inf.* 2021. [acesso em 2021 maio 15]; 26:01-21. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14768130009>.
 28. Uber Brasil. Uber lança centro de higienização para parceiros em São Paulo. 2020. [acesso em 2021 jan 30]. Disponível em: <https://www.uber.com/pt-BR/newsroom/uber-lanca-centro-de-higienizacao-para-parceiros-em-sao-paulo/>.

29. Peroxy D. Detalhes do produto. [acesso em 2021 jan 31]. Disponível em: <http://www.spartanbrasil.com.br/produtos/detalhes/9/peryxy-4d.html#top>.

30. Alves S. Motoristas de App elogiam centro antiovid, mas reclama de preços. 2020. [acesso em 2021 jan 31]. Disponível em: <https://www.uol.com.br/tilt/>

[noticias/redacao/2020/08/18/e-boa-mas-pode-melhorar-motoristas-de-apps-avaliam-limpeza-contra-covid.htm](https://www.uol.com.br/noticias/redacao/2020/08/18/e-boa-mas-pode-melhorar-motoristas-de-apps-avaliam-limpeza-contra-covid.htm).

Recebido em 14/05/2021
Aprovado em 12/11/2021
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Oportunidades, percalços e justificativas: a descentralização da regulação ambulatorial no município do Rio de Janeiro

Opportunities, drawbacks and justifications: outpatient care regulation's decentralization in the city of Rio de Janeiro

Kennedy Guabiraba¹, Gustavo Gomes², Eduardo Alves Melo^{1,2}

DOI: 10.1590/0103-1104202213207

RESUMO Desde 2012, o município do Rio de Janeiro possui a inovação no cenário nacional de ter a regulação do acesso à atenção especializada feita por médicos na Atenção Primária à Saúde (APS). Este artigo analisa o processo técnico-político que produziu a descentralização da regulação ambulatorial para APS: suas motivações e contexto, atores, apostas, decisões e desdobramentos. Produzido através de entrevistas com gestores, analisou-se o material tendo como referência principal o ciclo de políticas públicas de Howlett e Ramesh, de modo que suas etapas inspiraram a categorização adotada no artigo. O movimento de descentralização da regulação ambulatorial apoiou-se em insatisfações com o acesso ambulatorial. Em contexto de fortalecimento da APS, disputa pelo controle de recursos assistenciais e utilizando a coordenação do cuidado como elemento discursivo, o modelo viabilizou maior protagonismo de APS na regulação do acesso. Em contrapartida, alguns 'sucessos' não são reflexos exclusivos da descentralização para a APS, e surgem consequências negativas. A partir da adoção de processos avaliativos, pode-se viabilizar a criação de outros arranjos regulatórios num modelo que permanece promissor.

PALAVRAS-CHAVE Acesso aos serviços de saúde. Regulação e fiscalização em saúde. Atenção Primária à Saúde. Política de saúde.

ABSTRACT *Since 2012, the city of Rio de Janeiro has the innovation on the national scene of having the regulation of access to specialized care made by physicians in Primary Health Care (PHC). This article analyses the technical-political process that produced outpatient regulation decentralization to PHC: its motivations and context, actors, stakes, decisions and ramifications. Produced from interviews with managers, the material was analyzed having as main reference the public policies' cycle of Howlett and Ramesh, so that its steps inspired the categories adopted in the article. The movement to decentralize outpatient regulation was based on dissatisfaction with outpatient access. In a context of strengthening the PHC, disputes for the control of care resources and using the care coordination as a discursive element, the model enabled greater role for PHC in access' regulation. Nonetheless, some 'successes' are not exclusive reflections of decentralization for PHC, and negative consequences arise. From the adoption of evaluation processes, it is possible to create other regulatory arrangements in a model that remains promising.*

KEYWORDS *Health services accessibility. Health care coordination and monitoring. Primary Health Care. Health policy.*

¹ Universidade Federal Fluminense (UFF) – Niterói (RJ), Brasil.
kennedyguabiraba@gmail.com

² Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

Organizar os sistemas de saúde é importante desafio para a construção de cuidados integrados, de modo que a regulação surge, no Brasil, para gerenciar o funcionamento e a relação dos pontos de atenção, como formas de entrada e encaminhamentos^{1,2}. Das modalidades regulatórias, destaca-se a regulação assistencial (ou do acesso), nos âmbitos ambulatorial, hospitalar e de urgência/emergência, e que:

Tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização³.

Essa regulação em redes de atenção, também entendida como gestão das listas de espera em diversos países com sistemas universais de saúde⁴, é considerada estratégica para acesso aos cuidados de modo equânime, adequado e em tempo oportuno. Ainda assim, a regulação ambulatorial (acesso a consultas, exames ou procedimentos especializados) aparece muitas vezes como um ‘gargalo’ no fluxo de usuários pelo Sistema Único de Saúde (SUS)⁵. Além disso, tensões entre os regimes clientelístico e governamental são frequentes em experiências que buscam tornar mais transparente o controle dos recursos assistenciais especializados e mais equânime o acesso⁶.

A Atenção Primária à Saúde (APS), por sua vez, como coordenadora do cuidado nas redes de atenção^{2,7,8}, é fundamental para a transição adequada aos cuidados de nível especializado, e diversos estudos nacionais têm apontado

que sua participação ainda é tímida, embora frequente, na regulação do acesso. Nesse contexto, algumas experiências e estudos têm abordado a participação da APS no processo de regulação, incluindo sua interface com a atenção especializada⁹⁻¹².

Desde 2012, o município do Rio de Janeiro (MRJ), capital do estado, tem a maioria dos processos referentes à regulação ambulatorial acontecendo na APS, pois médicos das unidades básicas passaram a realizar atividades como avaliação, autorização, agendamento, devolução ou negação de solicitações feitas por colegas num mesmo serviço¹³. Esse modelo, chamado descentralizado, concebido em um contexto de fortes investimentos municipais na APS que perduraram até o momento da troca de gestão em 2017, distribuiu parte das atribuições regulatórias, antes exclusivas da central municipal de regulação, para a APS, e ainda não foi alvo de muitos estudos sobre seu processo de construção, funcionamento e organização¹³⁻¹⁵.

Este artigo tem como objetivo analisar o processo técnico-político que produziu a descentralização da regulação ambulatorial para a APS no MRJ, notadamente, suas motivações e contexto, atores, apostas, decisões e desdobramentos.

Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo, representando um recorte do projeto de pesquisa ‘A regulação do Acesso à Atenção Especializada na Atenção Primária à Saúde’. O MRJ, cenário do estudo, possui cerca de 6.718.903 habitantes¹⁶, sendo dividido pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS-RJ) em 10 áreas programáticas¹⁷, embora exista entre elas heterogeneidade de serviços e população¹³. O *quadro 1* caracteriza as atenções primária e especializada da cidade.

Quadro 1. Caracterização de organização, serviços e gestão de APS e atenção especializada do município do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro, 2021

	Organização	Ações e serviços	Gestão
Atenção primária	Majoritariamente formado por unidades de APS no modelo eSF, havendo uma minoria que funciona no modelo tradicional. Algumas unidades possuem especialidades e exames ambulatoriais.	Consultas em APS, pequenos procedimentos ambulatoriais, promoção à saúde, vacinação, visitas domiciliares e saúde bucal.	As unidades se encontram sob gestão municipal e são gerenciadas por meio de organizações sociais de saúde. Respondem diretamente ao nível central e às coordenadorias regionais.
Atenção especializada	Os espaços que integram o nível secundário incluem Policlínicas, Centros de Especialidades Odontológicas, Centros Especializados de Reabilitação e ambulatórios hospitalares, por exemplo.	Exames (exames de imagem, endoscopias e biópsias) e consultas da atenção especializada (especialidades médicas, odontológicas, em saúde mental, fisioterápicas, fonoaudiológicas).	Entre os procedimentos ambulatoriais (exames e consultas) sob regulação municipal, estima-se que 60,1% são municipais, 24,2% são de prestadores privados, 7,4% são de hospitais e institutos federais contratados e 8,3% são de hospitais universitários. Boa parte dos serviços especializados sediados na cidade do Rio de Janeiro é acessada, também, por usuários de outras cidades do estado, a partir de pactuações intergestores.

Fonte: elaboração própria.

Para o presente artigo, realizaram-se entrevistas com 8 gestores da Secretaria Municipal de Saúde (SMS-RJ) – 4 centrais e 4 de área programática – ligados à regulação ambulatorial e à APS, tendo a maioria participado da construção do modelo de regulação ambulatorial descentralizada na gestão de 2009-2016, e outros ingressando a partir de 2017, após a

implantação do modelo. As entrevistas, feitas entre julho/2019 e janeiro/2020, duraram, em média, uma hora, foram audiogravadas e, posteriormente, transcritas. Fez-se análise de conteúdo¹⁸ do material, na sua modalidade temática. Fragmentos ou menções aos gestores entrevistados estão identificados no texto pelos nomes indicados no *quadro 2*.

Quadro 2. Gestores centrais e regionais entrevistados segundo gênero, profissão, área ou função de gestão e tempo na gestão. Rio de Janeiro, 2021

	Gênero	Profissão	Área ou função de gestão	Tempo aproximado na função
Gestor 1	Masculino	Médico	Superintendência de Atenção Primária (SMS-RJ)*	3 anos
Gestor 2	Feminino	Médica	Coordenação de Área Programática	11 meses
Gestor 3	Feminino	Médica	Coordenação de Regulação Ambulatorial (SMS-RJ)	2 anos
Gestor 4	Masculino	Médico	Alta direção da SMS-RJ	2 anos
Gestor 5	Feminino	Médica	Coordenação de Núcleo Interno de Regulação de Coordenadoria de Área Programática (CAP)*	1 ano e 10 meses
Gestor 6	Feminino	Médica	Coordenação de Regulação Ambulatorial (SMS-RJ)*	5 anos
Gestor 7	Feminino	Enfermeira	Coordenação de Área Programática*	1 ano
Gestor 8	Feminino	Médica	Coordenação de Área Programática	11 anos

Fonte: elaboração própria.

* Entrevistados que ocupavam função de gestão no momento da entrevista.

Entende-se que o processo de construção da regulação descentralizada pode ser considerado uma resposta do governo (municipal, nesse caso) para um problema social, a partir da negociação de interesses e avaliações técnicas¹⁹, ou seja, como parte de uma política pública. Por isso, ele foi estudado a partir de categorias inspiradas no ciclo para análise de políticas públicas de Howlett e Ramesh, usado para examinar uma política pública a partir da complexa interação entre os atores e condições envolvidas no processo. As categorias originais do ciclo que inspiraram o presente trabalho são: montagem da agenda; formulação da política; tomada de decisão; implementação; avaliação²⁰. Em cada categoria recorreu-se, também, a outras produções acadêmicas para a discussão dos seus resultados específicos.

A pesquisa foi aprovada por Comitês de Ética em Pesquisa da instituição dos pesquisadores e da SMS-RJ, sob os pareceres de número 3.263.136 e 3.358.407, respectivamente. Os participantes foram esclarecidos dos objetivos da pesquisa e consentiram participar.

Resultados e discussão

Montagem de agenda: descentralização no contexto de dificuldades de acesso ambulatorial

O desenvolvimento de uma política, na perspectiva do ciclo de Howlett e Ramesh, inicia-se pelo reconhecimento do problema. Uma combinação entre fluxos de problemas, fluxos de soluções e fluxos políticos converge em janelas de oportunidades para criar ou modificar a agenda política pré-existente¹⁹.

Na entrada de novos temas na lista decisória do governo, destaca-se a participação de ‘empreendedores de políticas’, atores que advogam por propostas e investem recursos em prol de seus interesses, tornando-se protagonistas nos momentos de confluência das condições favoráveis a alterações nas agendas governamentais^{19,21}.

O processo de descentralização da regulação no Rio de Janeiro se inicia em contexto de expansão da APS no município – até então, havia baixa cobertura pela Estratégia Saúde da Família¹³, além de predomínio das unidades com modelo chamado de tradicional. Nesse cenário, fortaleceram-se debates e movimentos relacionados ao acesso à atenção especializada.

Intensificou-se, por exemplo, a negociação pelo controle da oferta ambulatorial¹³. Aparentemente, disputas políticas confrontavam a tentativa de aumento do número de vagas no sistema de regulação da cidade frente à resistência de alguns prestadores da atenção especializada municipais, estaduais, federais e privados. Para gestores, pouco se justifica a tentativa dos prestadores de não disponibilizarem o pleno controle dos serviços para a central de regulação.

Uma grande resistência das pessoas de mostrarem qual é a sua vaga, quanto que você tem de vaga. [...] Não se tinha de forma alguma o total de vagas disponíveis para agendamento. (Gestor 3).

De acordo com alguns entrevistados, outro desafio para a SMS-RJ era o acesso informal às vagas na atenção especializada. Esses fluxos eram promovidos principalmente por forças anti ou contrarregulatórias, como atores locais que utilizavam a saúde para projetos político-partidário-eleitorais. Além disso, debatia-se a histórica fragmentação das informações relacionadas à regulação, pois muitos dos serviços estavam instalados na atenção terciária e eram gerenciados nesses locais independentemente da rede. Conseqüentemente, agendamentos no sistema de saúde municipal funcionavam em várias filas com fluxos divergentes e solitações duplicadas.

Problemas de ordenação do cuidado ambulatorial eram cotidianos, contribuindo para um cenário em que, frequentemente, o usuário peregrinava entre prestadores para agendamento de procedimentos e consultas, tornando-se responsável por obter cuidado. Esse processo era árduo para o paciente e contribuía para

uma realidade de filas extensas, iniciadas de madrugada nos locais prestadores. Ademais, os encaminhamentos não garantiam acesso ao especialista ou ao exame, tornando a saga mais sofrida.

Então, o paciente chegava. Se ele precisasse, por exemplo, de uma consulta de cardiologia na unidade, preenchia uma guia que chamava 'pedido de consulta de especialidade'. Dava para o paciente onde tinha a consulta e o paciente ia atrás. (Gestor 3).

A dificuldade crônica de acesso ambulatorial municipal diminuiu com esforços iniciados em 2009, que levaram a um crescimento da oferta de vagas sob regulação municipal, assim como a menor fragmentação e maior transparência das informações sobre encaminhamentos. Entretanto, vagas ambulatoriais sob controle municipal eram reguladas quase exclusivamente na central municipal de regulação, onde apenas 10 médicos eram responsáveis por todas as solicitações do MRJ¹⁴.

Logo, antes do modelo descentralizado, o cotidiano de trabalho na central de regulação era marcado por disparidade entre o volume analisado/regulado e a demanda de solicitações. Existia grande dificuldade para se obter o agendamento de consultas e procedimentos, além de sobra/perda de vagas¹⁵.

A central de regulação não tem funcionários para regular para todo o Rio de Janeiro, então demorava muito para que os pacientes conseguissem uma vaga. O prestador podia fornecer a vaga, mas eles não tinham como dar conta. (Gestor 7).

[...] tinha 5 ou 6 médicos para a cidade inteira, para fazer essas autorizações. (Gestor 1).

Essa realidade se configurava, inclusive, como irregularidade: seriam necessários 8 médicos reguladores com carga-horária de 20 horas semanais e 21 plantonistas de 12 horas para se cumprir o volume de trabalho de pelo menos 30% da oferta das primeiras consultas

especializadas e 50% da oferta de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade, conforme normativas federais^{15,22}. Ademais, mesmo com a expansão do nível primário, as atividades da regulação não eram cotidianamente centrais na atenção básica, e esse espaço surgia na rede apenas como um 'consumidor' de vagas a partir de encaminhamentos.

Desse modo, apostou-se em aumentar a participação da APS na regulação em contexto de descontentamentos de usuários e profissionais (fluxo de problemas), somados a grande investimento municipal na expansão estrutural, organizacional e simbólica da APS, que despontava como protagonista na rede (fluxo de soluções). A aposta é parte de um movimento que se tornou mais robusto em 2009 (fluxo político) sob o protagonismo de atores/gestores relacionados às mudanças na APS carioca (empreendedores de políticas). Desse modo, o início do movimento descentralizador do MRJ exemplifica os fluxos descritos por Kingdon²¹, convergindo para criar a janela de oportunidade da mudança na regulação ambulatorial.

Formulação da política: os discursos e elaborações que sustentaram a mudança

A criação das soluções e alternativas é marcada por grande diálogo de intenções e ações, em que se busca estabelecer alternativas para a solução da problemática original, conciliando os diversos interesses dos atores envolvidos, as condições socioeconômicas e as regras político-institucionais dos processos atrelados às propostas formuladas¹⁹.

A partir dos debates iniciados na etapa anterior, e alinhada com outros movimentos da política de expansão da APS, a regulação descentralizada passa a ser proposta por gestores municipais para aperfeiçoar a coordenação do cuidado pela APS. Segundo entrevistados, a descentralização seria capaz, também, de aproximar médicos das realidades dos territórios e, ao mesmo tempo, aumentar

a capacidade regulatória tanto da unidade quanto do município, a fim de organizar a rede para romper com o processo prévio de peregrinação do usuário.

Para valorizar a competência comunitária, a competência daquele médico de família e também a coordenação do cuidado junto com a equipe. E o papel dele, em si mesmo, que é ser o responsável por aquela unidade, acompanhar o desempenho clínico daquela unidade. (Gestor 4).

O fato de a ideia de regulação descentralizada ter respondido à demanda de aumento da capacidade regulatória e de aposta na maior coordenação do cuidado pela APS contribuiu para que o modelo pareça, muitas vezes, nas entrevistas, uma escolha óbvia, como se outras alternativas não tivessem sido cogitadas ou fossem impossíveis. Entretanto, isso parece esconder um processo que foi, na verdade, produto de disputas entre diversos atores e de análise das outras experiências locais, conforme indicam os dados coletados em campo.

Por exemplo, a ideia de investir na central ou em pontos regionais de regulação foi ignorada – propositalmente ou não – a partir de perspectivas políticas e até mesmo econômicas dos atores. Entre as justificativas de alguns entrevistados que inviabilizariam uma central mais robusta, destacam-se uma impossibilidade de se contratar reguladores centrais por dificuldades financeiras municipais e certa incapacidade desse ponto da rede de atender ao volume regulatório do MRJ. Essas ideias colaboram um ‘apagamento’ da central de regulação nos discursos sobre o processo de regulação.

Entretanto, o argumento de ‘dificuldades financeiras’ contrasta com grandes investimentos municipais na APS no mesmo período¹³, desconsiderando, também, que a superação de dificuldades operacionais no acesso ambulatorial passa pelos investimentos em outros pontos da rede além do nível primário, como a própria central de regulação.

Ademais, um município de grande porte requereria uma central muito mais robusta (em

termos de profissionais e em capacidade de articulação com outros pontos de atenção)¹⁵ para se obter maior capacidade de execução das atividades demandadas pelo sistema de saúde, ou mesmo arranjos regionalizados de regulação – a exemplo do que acontece em Recife²³. Esse espaço, inclusive, permanece com funções essenciais à regulação no MRJ até hoje, como a articulação com os prestadores de serviços, a disponibilização de vagas no Sistema de Regulação (Sisreg) para os encaminhamentos pela APS e até mesmo o agendamento de algumas consultas e procedimentos¹⁴.

Decisão: a prerrogativa de regulação pelas unidades de APS

O momento de decisão é marcado pela ‘oficialização’ do modelo descentralizado. Esse processo foi acompanhado de alterações na SMS-RJ – tanto de estruturas organizacionais quanto de suas lideranças – e por um forte discurso para os profissionais em unidades de APS sobre o novo formato: “A regulação descentralizada é ótima para vocês [profissionais da APS], vai resolver a vida de vocês, que hoje está tudo emperrado” (Gestor 1).

Consolidou-se o formato do modelo descentralizado e o uso da regulação para afirmar a APS como porta de acesso às vagas da rede no MRJ. Criaram, por exemplo, regras sobre processo de trabalho, primeiras linhas de cuidado e formas dos fluxos de pacientes (como protocolos de encaminhamentos e caminhos de primeira consulta e retorno).

A escolha dos médicos Responsáveis Técnicos das unidades (RT) para, além das tarefas assistenciais e de governança clínica^{14,24}, acompanharem, autorizarem, negarem e pedirem revisão dos encaminhamentos feitos pelos outros profissionais da unidade é feita sob diversas justificativas. Esse profissional já recebia bonificação salarial, portanto, segundo um entrevistado, a decisão foi uma maneira de ‘formalizar’ (*sic*) o que alguns RT já faziam: avaliar a pertinência clínica dos pedidos de outros reguladores.

A gente mudou esse processo de regulação, colocando-o sob a responsabilidade do médico responsável técnico por aquela unidade, que é o RT, que já ganhava 20% a mais por essa responsabilidade. [...] Ele começou a gerenciar, ter a senha de regulador para garantir que os pacientes que fossem regulados tivessem de fato um melhor encaminhamento e fossem marcados considerando todos esses aspectos e atributos da atenção primária. (Gestor 4).

Por outro lado, justificou-se a escolha a partir do fato de a posição ser ocupada idealmente pelo médico mais qualificado da unidade, que advogaria pelo paciente com maior capacidade de gerenciar os encaminhamentos conforme as circunstâncias clínicas, do usuário e territoriais. *“Então, optou-se pelo médico mais qualificado da unidade. Ninguém melhor do que aquele médico para advogar pelo seu paciente. Era esse o discurso”* (Gestor 2).

É importante ressaltar que essa justificativa não se concretiza no cotidiano de toda APS. Aparentemente, em algumas unidades, o RT é realmente o profissional mais capacitado, e sua atuação resulta em maior pertinência clínica dos encaminhamentos, o que não é a realidade de muitos lugares, onde nem sempre o cargo é ocupado pelo ‘mais qualificado que advoga por seus pacientes’.

Nesse primeiro momento, também foi definido que os reguladores poderiam regular todos os procedimentos, inclusive os mais complexos e raros na rede municipal, o que, posteriormente, foi modificado, com centralização de alguns procedimentos. *“Em 2012, foi tudo ou nada. Então foi tudo ofertado, e qualquer regulador de qualquer nível poderia agendar qualquer coisa”* (Gestor 1).

Sobre a distribuição da oferta ambulatorial para a APS, destacou-se a decisão sobre implementação ou não de cotas parametrizadas das vagas entre unidades ou áreas programáticas do município. A gestão do Rio de Janeiro optou por processo de trabalho em que cada RT pudesse agendar ilimitadamente por sua unidade de APS, sob argumento de

que um formato com reserva de vagas pré-estabelecidas geraria sobra de vagas caso o RT não agendasse todos os exames e consultas disponibilizados para sua unidade.

Embora isso tenha permitido grande volume de agendamentos, constata-se na descentralização uma ausência de ideias ou ações para melhor distribuição e funcionamento territorial dos serviços especializados ambulatoriais pela cidade – por exemplo, como ocorreu na experiência de Belo Horizonte, com a criação dos Centros de Especialidades Médicas para regionalização da atenção especializada¹¹. É importante reconhecer, no MRJ, a existência dos NIR (Núcleo Interno de Regulação), que são estruturas regionais que participam da regulação, oferecendo mediação e suporte às unidades de APS, mas que não têm poder sobre a programação/distribuição de vagas.

A falta de regionalização da oferta acarreta problemas no Rio de Janeiro, uma cidade de grande extensão territorial e população, uma vez que nem sempre é simples acessar os serviços por questões relacionadas à distância, ao transporte público, à violência urbana ou até mesmo à pequena comunicação entre os níveis. Segundo Canonicci²⁵, integrar níveis de atenção é fundamental para a APS construir coordenação do cuidado e longitudinalidade ao se consolidarem meios de ordenamento da rede.

Problemas de difícil manejo/resolução surgiram na experiência descentralizadora do Rio de Janeiro de não adoção de cotas parametrizadas por unidade na regulação descentralizada, como será visto a seguir. Destaca-se o contraste entre dois entrevistados, pois, enquanto um opina que o modelo foi construído com poucas falhas, outro considera certo ‘atropelamento’ em algumas decisões, caracterizadas por oportunismo e pequeno espaço de diálogo para alguns atores, o que teria reverberado imediatamente durante a implantação do modelo. Isso, em parte, relaciona-se com o limite comum na previsão de possíveis consequências, imediatas ou de longo prazo, na fase ‘decisão’¹⁹.

Implementação: a regulação afetada pelas disparidades da APS e da arquitetura regulatória

Implementar uma política envolve articular diferentes esferas gerenciais do serviço público para a mobilização de agentes implementadores, além de recursos materiais e imateriais¹⁹. Na experiência da descentralização, isso se concretizou em mudanças no processo de trabalho e no espaço físico das unidades básicas, além das criações de novos cargos relacionados à regulação, entre outras, chamando atenção para a dificuldade de adaptação de alguns profissionais: “se faziam alguns seminários extremamente lotados porque as pessoas tinham que entender como isso funcionava. Poucos entendiam como funcionava” (Gestor 3).

A descentralização no MRJ se caracteriza mais como processo ‘top-down’, já que a organização central controlava a maior parte dos fatores relacionados à implementação, e os gestores centrais e profissionais aliados/próximos da SMS-RJ aparecem como protagonistas em um processo pouco marcado pela participação de outros profissionais da APS na construção do modelo descentralizado.

Um exemplo disso nas entrevistas eram as articulações relacionadas à gestão da fila de espera por consultas e procedimentos no município, iniciadas antes mesmo da oficialização do novo formato regulatório. As ações municipais incluíram mutirões de regulação: dias (geralmente finais de semana) em que gestores e reguladores locais mais próximos deles faziam o que alguns entrevistados definiram como ‘a limpeza da fila’.

Ademais, registra-se nas entrevistas que diferentes graus de envolvimento dos grupos profissionais na implantação do modelo foram responsáveis por visões variadas sobre suas consequências. Isso é exemplificado com o problema de sobrecarga dos RT: gestores relatam o cotidiano de trabalhar dentro e fora das unidades, muitas vezes, além do horário de expediente e até

mesmo durante a madrugada, a fim de se atender à quantidade de encaminhamentos das equipes locais.

Ainda assim, um grupo de RT, principalmente os que trabalhavam nas unidades maiores ou perto dos gestores municipais, aparentemente não se queixava tanto da elevada exigência de dedicação profissional que surgiu com o novo processo de trabalho. Dessa maneira, segundo um dos gestores, era possível dividir os responsáveis técnicos em dois grupos: a maioria que entendia a regulação descentralizada como um fardo; e uma minoria que aparentemente tornou o sucesso da regulação descentralizada até mesmo um projeto pessoal – o ‘desejo de fazer dar certo’:

Então, existia pela parte principalmente de alguns atores, de algumas pessoas-chave, que eram os RT das clínicas maiores, as clínicas que tinham residência médica, de querer fazer o negócio dar certo. E uma parte maior, de outros médicos que não estavam tão próximos da secretaria, que não estavam tão próximos de programas de formação, que muitas vezes não tinham nem qualificação necessária para ser RT, estavam ali porque tem que ter. [...] Então, para esses caras, e eu pude perceber isso quando virei coordenador de área, a tarefa da regulação era um fardo. (Gestor 1).

Esse cenário produz iniquidades no acesso dos usuários que persistem até os dias atuais, na medida em que médicos reguladores que acessam mais o Sisreg, inclusive fora do horário de trabalho, conseguem mais vagas para os pacientes de suas unidades.

É porque a regulação, hoje, da forma que ela funciona descentralizada, ela não é igual para todo mundo. O cara que está numa unidade onde o médico regulador não entra no sistema não tem o mesmo direito de acesso do que outro que é de uma unidade onde tem um ‘tarado’ que fica o dia inteiro de olho na tela. (Gestor 2).

Dessa maneira, o modelo descentralizado promoveu competição pelas vagas, sobrecarga

dos RT e não impediu que usuários com menor gravidade consigam cuidados especializados antes de usuários com maiores complicações clínicas de outras unidades, se o profissional responsável por seu agendamento acessar constantemente o sistema de regulação. Isso se opõe ao efeito motivador das atividades regulatórias, que é esperado quando elas são entendidas pelos profissionais como ferramentas para facilitação e efetivação da equidade²⁶. Alguns entrevistados reconhecem o problema:

A regulação descentralizada ela é necessária, mas no modelo, no molde que ela se encontra, ela ainda é muito desigual, muito injusta. É lei da oferta e da procura do mais rápido na frente do computador na hora que sai a vaga. (Gestor 5).

Visando a reduzir esses problemas, o horário permitido para agendamento foi limitado das 7h às 22h, impedindo a regulação durante a madrugada, mas não evitando o trabalho fora do expediente. Além disso, foi recomendado que os reguladores reservassem 4 horas semanais para atividades regulatórias²⁷, mas gestores apontam falta de adesão dos médicos, que alegam inviabilidade, devido às constantes demandas assistenciais durante o dia de trabalho.

Portanto, tais efeitos não foram enfrentados de maneira efetiva, o que é justificado por alguns gestores por uma limitação do *software* utilizado, que não permite regionalização da oferta. No entanto, Spedo et al.⁵ mostram, a partir da experiência de São Paulo, que, mais importante do que a capacidade informacional de operação do sistema, seu funcionamento depende, principalmente, do envolvimento adequado de diferentes atores na resolução de problemas. Nesse sentido, é fundamental se pensar em outros arranjos possíveis para a regulação do Rio de Janeiro, inclusive usando o próprio Sisreg, ou mobilizar outras alternativas – o que não pode ser descartado, principalmente em um município que tanto investiu na APS (como em compra de prontuários eletrônicos).

Avaliação: ganhos, perdas e a necessidade de revisitar a descentralização

O modelo descentralizado sofreu, desde 2012, poucas reformulações significativas para a diminuição do fardo dos reguladores ou outras dificuldades. Isso parece relacionado ao fato de que, diferentemente de outras experiências⁵, houve pequena ênfase durante a experiência descentralizadora no MRJ na etapa de ‘avaliações’: uso de critérios para subsidiarem a tomada de novas decisões ou os resultados de uma política^{19,20}.

A partir do estudo, é possível notar repercussões positivas do modelo descentralizado. Entre os sucessos mais comentados, destacam-se a redução das filas de espera, maior pertinência clínica dos encaminhamentos, fortalecimento da coordenação do cuidado e mais protagonismo da APS no acesso ambulatorial.

A melhoria no acesso à atenção especializada é apontada como grande ganho da regulação descentralizada por gestores do nível central e local, oportunizando a regulação de vagas de maneira mais rápida quando comparada à regulação apenas nas centrais de regulação. Atualmente, em alguns casos, conseguem um agendamento até no mesmo momento do atendimento na unidade de APS, o que demonstra maior agilidade e organização do processo.

Eu acho que foi um momento importantíssimo para a história do SUS no Brasil. Muitas pessoas foram beneficiadas pela descentralização. [...] Houve uma ampliação do acesso gigante e houve um empoderamento do processo de atenção primária como coordenadora do cuidado. Se ele é o centro coordenador do cuidado, é ela que tem que referenciar o paciente. (Gestor 3).

Nesse sentido, há uma valorização da descentralização por parte de gestores, atribuindo-se a ela um grande avanço no acesso à atenção especializada pelo aumento do número de reguladores. Pinto et al.¹³ apontam que o número de procedimentos, exames e

consultas agendados no MRJ entre 2011 e 2015 sofreu um aumento de 86%, passando de 790.091 para 1.469.771, o que seria reflexo da descentralização da regulação.

No entanto, é preciso considerar, também, um possível aumento da oferta. Rocha¹⁵, ao eleger 4 especialidades e compará-las antes e depois da descentralização da regulação (2011 a 2013), verificou um aumento da qualidade da regulação e uma diminuição do tempo de espera, mas a redução da espera foi constatada justamente nas especialidades em que houve, simultaneamente, um aumento da oferta.

Em vez de se configurar como uma consequência direta da descentralização, o aumento da oferta de vagas no Sisreg se relaciona mais ao empenho político e à capacidade de negociação dos gestores na contratualização de serviços. Para Cecílio et al.⁶, o controle de vagas se configura uma disputa entre os diferentes regimes regulatórios, destacando-se no Rio de Janeiro a oposição entre a regulação clientelística (oferecer ao usuário um *by-pass* aos fluxos normais do acesso a um serviço com intenção principal de se obter seu voto em eleições) e a regulação governamental (a disponibilização equânime, ordenada, oportuna e qualificada da alternativa de assistência mais adequada à necessidade do cidadão por meio de complexos reguladores)²⁸.

No contexto de expansão da APS, gerenciar o acesso à atenção especializada aparece muitas vezes associado à justificativa de que a capacidade instalada do MRJ, se disponível no Sisreg para a regulação ambulatorial, zeraria as filas de espera. Para Pinto et al.¹³, pelo menos metade da oferta das esferas estadual e federal seria suficiente para quase eliminar os tempos médios de espera de várias consultas e exames. Cabe destacar, porém, que as filas de agendamento para procedimentos não são obrigatoriamente o critério mais adequado para avaliar a necessidade municipal de algum serviço ambulatorial ou especialidade/exame, pois 'zerar as filas' não significa, forçosamente, oferecer atendimento a todos os usuários da cidade que precisam de algum cuidado especializado, além de existirem parâmetros mais

consistentes para definir a necessidade de atenção especializada municipal.

Ademais, não há exatamente uma simultaneidade cronológica entre o novo formato de acesso e o crescimento do número de serviços no sistema, ainda que, obviamente, o aumento do número de horas médicas na regulação contribua para um maior número de procedimentos regulados e agendados. Entre 2009 e 2011, as vagas conquistadas pela iniciativa da SMS-RJ ainda eram gerenciadas apenas pela central de regulação, e a descentralização ainda estava em processo de formulação, sendo implementada apenas em meados de 2012. Desse modo, a regulação ambulatorial pela APS não é a causa direta do aumento de consultas e exames sob controle municipal.

A descentralização da regulação também fortaleceu a coordenação do cuidado pela APS quando deu o poder de agendamento aos médicos que conhecem os pacientes e estão próximos a eles. Uma regulação realizada pela central tende a ser baseada apenas no conteúdo escrito, o que gera problemas na medida em que há menor diálogo entre o profissional que solicita e o que agenda. Esse problema é atenuado no modelo do Rio de Janeiro, já que o nível básico passou a estar bastante inserido no processo regulatório municipal, ocorrendo mais interações entre solicitante e regulador numa mesma unidade.

Cabe destacar, porém, que, no MRJ, o empoderamento da APS como ordenadora dos fluxos é um processo marcado por eventos e decisões insuficientes para efetivar a coordenação do cuidado, conforme sugerem as falas dos entrevistados. Parte disso se deve ao fato de o processo descentralizador ser marcado por aparente fixação dos discursos e esforços na APS, de modo que não se identificou forte debate sobre o lugar reservado ao nível especializado. A atenção especializada, de certa maneira, é colocada em papéis, funções e entradas pouco definidos/marcados/posicionados com relação à rede, parecendo se resumir a um ofertante das vagas mesmo após a implantação do novo formato regulatório.

Ao que parece, não ocorreram mudanças significativas em sua conformação organizacional (como parte da rede), nem no modelo de atenção ou na lógica de trabalho/cuidado internos aos cuidados ambulatoriais, que também é (ou deveria ser) um lugar de disputas e reorientações^{5,9-11,26}. Para Almeida²⁹⁽²⁴⁶⁾, coordenar envolve “fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações e a operação de mecanismos e instrumentos diversos”, uma lógica que não se estabelece no município do Rio, pois o nível primário ainda não tem garantida sua comunicação com outros pontos do cuidado. Nesse sentido, há incapacidade em se garantir uma continuidade na atenção e/ou no reconhecimento de problemas que impedem a construção de um cuidado colaborativo pela rede, exemplificado durante o processo de trabalho com o pequeno uso de ferramentas como a contrarreferência na comunicação entre os níveis.

Portanto, esse trabalho aponta que a regulação descentralizada contribui para maior capacidade municipal de organização e controle das vagas se comparado ao modelo anterior do MRJ. No entanto, como pôde ser visto, algumas mudanças apontadas nas entrevistas, embora fortemente influenciadas pela regulação local, não podem ser atribuídas exclusivamente ao novo modelo, o que revela certa confusão – não

se sabe se propositalmente ou não – nas narrativas construídas por alguns gestores.

Parte dessas associações parece advir do fato de a descentralização ser pouco acompanhada de avaliações *ex-post* – ocorridas durante e após a implementação da política –, de modo que, além de consequências negativas imediatas não parecerem ter sofrido intervenções, atribuíram-se à regulação descentralizada méritos que parecem extrapolá-la. A descentralização se posiciona, assim, como parte de um conjunto maior de mudanças.

Cabe indicar, por fim, que é razoável supor, também, que o desinvestimento municipal na APS nos últimos anos possivelmente fragilizou, ainda que indiretamente, o funcionamento da regulação descentralizada, apesar desta ter permanecido com a mesma lógica.

O quadro 3 resume o processo de descentralização da regulação ambulatorial. O uso do ciclo permite uma distinção didática de atores, discursos, intenções, momentos e repercussões, e possibilita, assim, a

percepção de que existem diferentes momentos no processo de construção de uma política, apontando para a necessidade de se reconhecer as especificidades de cada um destes momentos, possibilitando maior conhecimento e intervenção sobre o processo político¹⁹⁽²²⁸⁾.

Quadro 3. A iniciativa de regulação ambulatorial descentralizada no município do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro, 2021

Reconhecimento da problemática e montagem da agenda	Aposta por novo formato de regulação em contexto crônico de peregrinação dos pacientes numa rede pouco articulada, uma central de regulação insuficiente para a demanda municipal e uma APS com lugar restrito de solicitante. Simultaneamente, ocorria na cidade um investimento em APS desde 2009, com grande disputa entre prefeitura e outros atores pelo controle das vagas.
Formulação da política	Idealização de um modelo descentralizado que foi atribuído ao fortalecimento da coordenação do cuidado pela APS no contexto de sua expansão. A regulação local foi apontada pelos gestores como única alternativa de se aumentar a capacidade regulatória, de modo a atender à demanda municipal, embora o desinvestimento na central de regulação tenha sido uma opção.
Tomada de decisão	Iniciaram-se mudanças organizacionais e grande empoderamento político das esferas relacionadas com a APS e o modelo descentralizado, assim como a criação do novo processo de trabalho. Momento marcado pela incrementalidade e pelo oportunismo, de modo que não aparecem muitos diálogos entre gestão central e profissionais da ponta. Isso, juntamente com outros fatores, limitou a capacidade de previsão das repercussões originadas das decisões tomadas.

Quadro 3. (cont.)

Implementação	Em meados de 2012, a regulação é descentralizada para a APS, e o período é marcado por grandes mudanças dos espaços e processos de trabalho, além de esforços como 'mutirões de regulação'. Esbarra-se imediatamente nas diferenças entre unidades e profissionais em cada lugar e também na sobrecarga do RT.
Avaliação	Uma etapa pouco enfatizada no desenvolvimento da regulação ambulatorial descentralizada do Rio de Janeiro. É possível atribuir ao novo modelo certo sucesso na redução de filas, no controle dos fluxos e na mudança de lugar da APS no processo regulatório, embora isso não seja consequência apenas do acesso descentralizado. As repercussões negativas de acúmulo de funções pelo RT e a competição por vagas no Sisreg entre as unidades não são alvos de intervenções, de modo que essas problemáticas se tornam crônicas.

Fonte: elaboração própria a partir do ciclo de políticas públicas de Howlett e Ramesh²⁰.

Considerações finais

A análise da descentralização do acesso para a APS no MRJ inspirada no ciclo proposto de Howlett e Ramesh relaciona passado e presente, revelando limites e alcances construídos desde as primeiras ideias de um novo modelo regulatório.

As entrevistas apontam como méritos do acesso ambulatorial, a partir da APS no MRJ, a ampliação tanto da pertinência clínica dos encaminhamentos quanto do acompanhamento pelos profissionais dos fluxos dos usuários. Em contrapartida, alguns 'sucessos' não são reflexos exclusivos da descentralização (o aumento da capacidade regulatória), e outros parecem não se concretizar plenamente (a coordenação do cuidado pela APS). Ademais, surgem consequências negativas, como exemplificado na sobrecarga dos RT e no 'apagamento' da central de regulação no processo regulatório.

O modelo permanece promissor, em que pese seus desafios na construção do acesso ambulatorial adequado, em tempo oportuno

e integrado à rede de cuidados. A partir da adoção de processos avaliativos, pode-se viabilizar a criação de outros arranjos regulatórios, de maneira a incorporar a equidade ao modelo descentralizado, permitindo novos avanços para usuários, profissionais e instituições do sistema de saúde municipal.

A divisão em fases/ciclos pode provocar uma aparente independência entre movimentos da descentralização, ignorando sua dinamicidade e imprevisibilidade nas diversas disputas. Por outro lado, essa separação revela a necessidade de se reconhecerem as especificidades das etapas para maior conhecimento e intervenção sobre o processo técnico-político.

Colaboradores

Guabiraba K (0000-0001-7658-8689)*, Gomes G (0000-0001-5608-0183)* e Melo EA (0000-0001-5881-4849)* e contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 19 Set 1990.
2. Melo EA, Gomes GG, Carvalho JO. A regulação do acesso à atenção especializada e a Atenção Primária à Saúde nas políticas nacionais do SUS. *Physis*. 2021; 31(1):e310109.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União. 2 Ago 2008.
4. Conill EM, Giovanella L, Almeida PF. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol. *Ciênc. Saúde Colet*. 2011; 16(6):2783-2794.
5. Spedo SM, Pinto NRS, Tanaka OY. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. *Physis*. 2010; 20(3):953-972.
6. Cecilio LCO, Carapineiro G, Andrezza R, et al. O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30(7):1502-1514.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União. 22 Out 2011.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União. 21 Set 2017.
9. Baduy RS, Feuerwerker LCM, Zucoli M, et al. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. *Cad. Saúde Pública*. 2011; 27(2):295-304.
10. Silveira MSD, Cazola LHO, Souza AS, et al. Processo regulatório da Estratégia Saúde da Família para a assistência especializada. *Saúde debate*. 2018; 42(116):63-72.
11. Dias MP. Estratégias de coordenação entre a atenção primária e secundária à saúde no município de Belo Horizonte. [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2012.
12. Silva JRS. Regulação Assistencial e Atenção Básica em algumas experiências estudadas no Brasil. [monografia]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2017.
13. Pinto LF, Soranz D, Scardua MT, et al. A regulação municipal ambulatorial de serviços do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro: avanços, limites e desafios. *Ciênc. Saúde Colet*. 2017; 22(4):1257-1267.
14. Gonçalves JB. Análise dos encaminhamentos para primeira consulta em oftalmologia geral a partir de dados do Sistema de Regulação (SISREG III) no município do Rio de Janeiro em 2017. [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2019, 215 p.
15. Rocha AP. Regulação Assistencial Ambulatorial no município do Rio de Janeiro – RJ: efeitos da inserção da APS na Regulação. [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2015. 95 p.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidade do Rio de Janeiro: População Estimada; 2019. [acesso em 2020 dez 22]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/rio-de-janeiro/panorama>.
17. Rio de Janeiro. Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: PMS 2014-2017. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde; 2013.
18. Gomes RA. Análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MCS Minayo, organizadora. *Pesquisa Social*.

- Teoria, método e criatividade. 18. ed. Petrópolis: Vozes; 2001.
19. Mattos RA, Baptista TWF, organizadores. Caminhos para análise das políticas de saúde. Porto Alegre: Rede Unida; 2015.
 20. Howlett M, Ramesh M. Studying Public Policy. Canada: Oxford University Press; 1995.
 21. Kingdon J. Agendas, alternatives and public choices. Boston: Little Brown; 1984.
 22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.792, de 22 de agosto de 2012. Institui incentivo financeiro de custeio destinado às Centrais de Regulação organizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 23 Ago 2012.
 23. Albuquerque MSV, Lima LP, Costa AM, et al. Regulação assistencial no Recife: possibilidades e limites na promoção do acesso. Saúde soc. 2013; 22(1):223-236.
 24. Rio de Janeiro. SISREG – Protocolo para o Regulador. Protocolo Clínico de Critérios para Regulação de Vagas Ambulatoriais. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde; 2015.
 25. Canonici EL. Modelos de unidades e serviços para organização da atenção ambulatorial especializada em Sistemas Regionais de Atenção à Saúde. São Paulo: Proadi-Sus; 2014.
 26. Peiter CC, Lanzoni GMM, Oliveira WF. Regulação em saúde e promoção da equidade: o Sistema Nacional de Regulação e o acesso à assistência em um município de grande porte. Saúde debate. 2016; 40(111):63-73.
 27. Rio de Janeiro. Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro. SMS-RJ. Ofício Circular S/SUBPAV/SAP nº 09/2018. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro. 23 Maio 2018.
 28. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional de Assistência à Saúde/NOAS-SUS. Diário Oficial da União. 27 Fev 2002.
 29. Almeida PF, Medina MG, Fausto MCR, et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. Saúde debate. 2018; 42(esp1):244-260

Recebido em 18/06/2021
Aprovado em 24/10/2021
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Avaliação da atuação da rede comunitária de saúde mental em um município paulista de médio porte

Evaluation of the performance of the community mental health network in a medium-sized municipality from the state of São Paulo

Carlos Alberto dos Santos Treichel¹, Rosana Teresa Onocko Campos¹

DOI: 10.1590/0103-1104202213208

RESUMO Tendo como norteadores as recentes mudanças na condução das políticas de saúde mental no País e as disparidades em saúde vivenciadas por pessoas que convivem com transtornos mentais, este estudo buscou avaliar a atuação de uma rede de saúde mental comunitária a partir de três componentes principais: 1) a caracterização do perfil dos usuários; 2) a identificação das ofertas terapêuticas; e 3) a identificação dos cuidados clínicos recebidos pelos usuários em cada um dos serviços estudados, a saber: Centro de Atenção Psicossocial-II; Centro de Atenção Psicossocial-AD; ambulatório; e 13 serviços de Atenção Básica. Trata-se de um estudo transversal baseado em documentos, realizado através da análise de 4582 prontuários. Foram evidenciadas diferenças importantes entre os serviços quanto ao seu funcionamento e diálogo com outros pontos da rede de atenção. As ofertas terapêuticas foram caracterizadas, principalmente, pela oferta de consultas médicas e consultas individuais com profissionais da equipe multidisciplinar. Houve baixa utilização dos recursos comunitários e das oficinas terapêuticas. Foi observada, ainda, baixa oferta de cuidados clínicos aos usuários dos serviços especializados, em contraponto com a Atenção Básica, que, por sua vez, mostrou-se como um serviço potente e necessário para o cuidado das pessoas com transtornos mentais.

PALAVRAS-CHAVE Saúde mental. Serviços comunitários de saúde mental. Atenção Primária à Saúde. Pesquisa sobre serviços de saúde. Avaliação em saúde.

ABSTRACT *Having as guiding elements the recent changes in the conduction of mental health policies in the Country and the health disparities experienced by people living with mental disorders, this study sought to evaluate the performance of a community mental health network based on three main components: 1) the characterization of the users' profile; 2) identification of therapeutic offers; and 3) identification of the clinical care received by users in each of the services studied, namely: Psychosocial Care Center-II; Psychosocial Care Center-AD; outpatient clinic; and 13 Primary Care services. This is a cross-sectional study based on documents, carried out through the analysis of 4582 medical records. Important differences were evidenced between the services regarding their functioning and dialogue with other points of the care network. The therapeutic offers were mainly characterized by the offer of medical consultations and individual consultations with professionals from the multidisciplinary team. There was low use of community resources and therapeutic workshops. It was observed, as well, a low offer of clinical care to users of specialized services, in contrast to Primary Care, which, in turn, proved to be a powerful and necessary service for the care of people with mental disorders.*

¹Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. carlos-treichel@hotmail.com

KEYWORDS *Mental health. Community mental health services. Primary Health Care. Health services research. Health evaluation.*



Introdução

Estima-se que, aproximadamente, 6,9 milhões de brasileiros apresentem transtornos mentais graves e persistentes, demandando, assim, cuidados intensivos e contínuos em saúde mental¹. Além disso, outros 30,2 milhões convivem com transtornos leves ou moderados que requerem tratamento ocasional em serviços especializados². Nesse contexto, os serviços comunitários têm sido importantes protagonistas do cuidado. Atualmente, além dos serviços de Atenção Básica (AB), o Brasil conta com mais de 2.300 Centros de Atenção Psicossocial (Caps)³.

Os Caps são regulamentados pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011⁴, e foram instituídos enquanto serviços estratégicos e prioritários do modelo de atenção implantado no País por meio da Reforma Psiquiátrica vivenciada a partir da década de 1980. Tendo um papel de coordenação na rede de saúde mental, esses serviços seriam responsáveis pela admissão de pessoas com transtornos mentais, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial³. Contudo, a partir das disputas políticas que permearam o País nos anos recentes, houve uma série de retrocessos na condução das políticas de saúde mental⁵.

A partir da Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017⁶, entre as principais alterações na organização dos serviços, destaca-se a ratificação dos ambulatorios especializados e das Comunidades Terapêuticas (CTs) como parte integrante da Rede de Atenção Psicossocial (Raps). Se, por um lado, essas incorporações aparentam revidar a lacuna de cuidados em saúde mental vivenciada no País, por outro lado, apontam para o flerte incoerente com o modelo biomédico, representado pela hierarquização e desarticulação dos ambulatorios⁵, e com o modelo de tratamento moral instigado pelas CTs, que, além de promoverem o afastamento do indivíduo da sociedade, são, em grande parte, pautadas pela religião e não possuem equipes técnicas⁷.

Trata-se, portanto, de um movimento em oposição aos objetivos fundamentais do Plano Global

de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde (OMS)⁸ e do relatório da Comissão Lancet sobre saúde mental global e desenvolvimento sustentável⁹. Em um momento em que existe um esforço global com vistas a fortalecer a AB e a integração dos serviços especializados para o atendimento em saúde mental, essas mudanças trazem uma complexidade extra ao estudo da Raps no Brasil.

Atualmente, estima-se que pessoas convivendo com transtornos mentais tenham uma expectativa de vida reduzida entre 12 e 20 anos quando comparadas com a população geral¹⁰. Os fatores que explicam essa realidade incluem os efeitos adversos da medicação, bem como os comportamentos não saudáveis no estilo de vida, que aumentam a probabilidade de desenvolverem obesidade e hipercolesterolemia, que, por sua vez, aumentam o risco de doenças crônicas como hipertensão, diabetes mellitus ou mesmo síndrome metabólica¹¹. Dessa forma, a fim de reduzir as disparidades em saúde vivenciadas por essa população, é necessário cada vez mais que os serviços providenciem atividades oportunas e apropriadas de prevenção, promoção e monitoramento da saúde.

O objetivo deste estudo foi avaliar a atuação de uma rede de saúde mental comunitária em um município paulista de médio porte através da: 1) caracterização do perfil dos usuários; 2) identificação das ofertas terapêuticas; e 3) identificação dos cuidados clínicos recebidos pelos usuários em cada um dos serviços estudados, a saber: Centro de Atenção Psicossocial-II (Caps-II); Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (Caps-AD); ambulatorio; e 13 serviços de AB que operam no modelo de Estratégia Saúde da Família (ESF).

Material e métodos

Design de estudo

Trata-se de um estudo transversal baseado em documentos, realizado através da análise

de prontuários de usuários dos serviços ambulatoriais especializados em saúde mental e serviços de AB que operam no modelo de ESF no município estudado.

População e seleção de participantes

A partir de um levantamento conduzido previamente, foi possível identificar que, durante o período da pesquisa, 413 usuários estavam frequentando o Caps-II, 403 usuários estavam frequentando o Caps-AD, 1.142 pacientes estavam recebendo consultas de saúde mental no Ambulatório Central de Especialidades e 3.022 usuários estavam recebendo consultas de saúde mental nos 13 serviços de ESF.

O critério de inclusão neste estudo foi ter pelo menos um registro de atendimento em saúde mental entre os meses de maio de 2018 e maio de 2019. Não ser maior de idade foi considerado um critério de exclusão. Dessa forma, foram incluídos no estudo 4.582 usuários da rede de serviços de saúde mental do município em nível ambulatorial e comunitário.

Procedimentos para coleta de dados

Os procedimentos para coleta de dados foram realizados nos serviços estudados entre maio e julho de 2019 por 16 coletadores previamente treinados. Esses coletadores foram selecionados entre estudantes profissionais dos cursos de psicologia e medicina e foram supervisionados por uma enfermeira e uma assistente social. Quando atendidos os critérios de inclusão, os coletadores preencheram com base nas informações disponíveis nos prontuários um formulário elaborado especificamente para os fins desta pesquisa

Variáveis de estudo

A fim de responder aos objetivos do estudo, com base nas informações dos prontuários, foram selecionadas para estudo as seguintes variáveis: sexo (feminino, masculino); idade (18 a 30 anos, 31 a 45 anos, 46 a 60 anos, 61

anos ou mais); escolaridade (0 a 4 anos, 5 a 8 anos, 9 anos ou mais, sem registro); trabalho remunerado (sim, não, sem registro); tempo em atendimento (1 a 6 meses, 7 a 12 meses, 13 a 36 meses, 37 a 60 meses, 61 meses ou mais); origem do encaminhamento (demanda espontânea, AB, serviço hospitalar ou emergencial, outro serviço especializado, serviços privados); diagnóstico (transtornos neuróticos, transtornos afetivos – unipolares, transtornos afetivos – bipolares, transtornos psicóticos, uso abusivo de Substâncias Psicoativas (SPA), retardo mental e transtornos orgânicos, sem diagnóstico); número de atendimentos de saúde mental (1 a 3 atendimentos, 4 a 6 atendimentos, 6 a 12 atendimentos, 13 atendimentos ou mais); ofertas terapêuticas (consulta médica de saúde mental, atendimento individual com Profissional da Equipe Multidisciplinar (PEM), atendimento coletivo, oficina terapêutica/geração de renda, atividade comunitária, atendimento domiciliar, atividade física); cuidados clínicos recebidos (aferição do peso, aferição dos sinais vitais, anamnese e exame físico, exames laboratoriais, tratamentos clínicos/encaminhamentos); hipertensão (sim, não, sem registro); diabetes (sim, não, sem registro); tabagismo (sim, não, sem registro); etilismo (sim, não, sem registro); uso de outras SPA (sim, não, sem registro).

As variáveis relativas às ofertas terapêuticas e aos cuidados clínicos recebidos foram avaliadas com base nos registros do ano que antecedeu a coleta de dados, ou seja, foi avaliado o período de maio de 2018 a maio de 2019.

Análise estatística

As análises estatísticas foram realizadas com uso do *software* Stata 15 (Stata Corporation, College Station, Texas, EUA). Foi utilizada análise estatística descritiva com estimativas das frequências absoluta e relativa para cada uma das variáveis estudadas. Como a falta de determinadas informações era considerada relevante para discussão do estudo, os dados faltantes (*missings*) foram computados e relatados.

Procedimentos éticos

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas sob parecer de nº 3.793.771. Sua realização se deu seguindo as normas e diretrizes brasileiras de regulamentação para pesquisas envolvendo seres humanos (Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde)¹², além das disposições da Declaração de Helsinque. O anonimato dos participantes foi assegurado.

Resultados

Ao total, 4.582 usuários da rede de serviços de saúde mental, em nível ambulatorial e comunitário, foram incluídos no estudo. Destes, 9,0% (n=413) estavam vinculados ao Caps-II, 7,8% (n=359) ao Caps-AD, 22,5% (n=1.032) ao ambulatório e 60,6% (n=2.778) à AB. A maior parte dos usuários era formada por mulheres (68,8%, n=3.152), e a média de idade correspondeu a 49,4 (DP=16,4). A caracterização dos usuários incluídos no estudo, de acordo com o serviço ao qual estão vinculados, pode ser observada na *tabela 1*.

Tabela 1. Caracterização dos usuários incluídos no estudo de acordo com o ponto de atenção a que estão vinculados (n=4582)

	Caps-II		Caps-AD		Ambulatório		Atenção Básica	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo								
Feminino	227	55,0	80	22,3	741	71,8	2104	75,7
Masculino	186	45,0	279	77,7	291	28,2	674	24,3
Idade								
18 a 30 anos	54	13,1	101	28,1	127	12,3	361	12,9
31 a 45 anos	127	30,8	138	38,5	306	29,7	724	26,1
46 a 60 anos	162	39,2	102	28,4	325	31,5	852	30,7
61 anos ou mais	70	16,9	18	5,0	274	26,5	841	30,3
Escolaridade								
0 a 4 anos	168	40,7	29	8,1	299	29,0	312	11,2
5 a 8 anos	43	10,4	16	4,5	163	15,8	227	8,2
9 anos ou mais	104	25,2	17	4,7	259	25,1	310	11,2
Sem Registro	98	23,7	297	82,7	311	30,1	1929	69,4
Trabalho Remunerado								
Sim	47	11,4	98	27,3	10	1,0	99	3,6
Não	185	44,8	73	20,3	5	0,5	71	2,5
Sem Registro	181	43,8	188	52,4	1017	98,5	2608	93,9
Tempo em atendimento								
1 a 6 meses	47	11,4	134	37,3	148	14,3	261	9,4
7 a 12 meses	30	7,2	88	24,5	160	15,5	270	9,7
13 a 36 meses	74	17,9	38	10,6	252	24,4	408	14,7
37 a 60 meses	61	14,8	29	8,1	465	45,1	315	11,3
61 meses ou mais	201	48,7	70	19,5	7	0,7	1524	54,9

Tabela 1. (cont.)

	Caps-II		Caps-AD		Ambulatório		Atenção Básica	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Origem do encaminhamento								
Demanda espontânea	64	15,5	181	50,4	740	71,7	0	0
Atenção Básica	70	16,9	43	12,0	267	25,9	2731	98,3
Serviço hospitalar ou emergencial	47	11,4	14	3,9	4	0,4	9	0,3
Outro serviço especializado	206	49,9	32	8,9	11	1,0	30	1,1
Serviços privados	26	6,3	89	24,8	10	1,0	8	0,3
Diagnóstico*								
Transtornos neuróticos	66	16,0	45	12,5	573	55,5	1040	37,4
Transtornos afetivos (unipolares)	71	17,2	25	6,9	228	22,1	640	23,0
Transtornos afetivos (bipolares)	73	17,7	8	2,2	41	4,0	20	0,7
Transtornos psicóticos	172	41,6	12	3,3	58	5,6	81	2,9
Uso abusivo de SPA	17	4,1	131	36,5	41	4,0	69	2,5
Retardo mental e transtornos orgânicos	54	13,1	11	3,1	64	6,2	68	2,4
Sem diagnóstico	49	11,9	224	62,4	280	27,1	1110	39,9
Número de atendimentos de SM								
1 a 3 atendimentos	99	24,0	192	53,5	680	65,9	1912	68,8
4 a 6 atendimentos	254	61,5	66	18,4	274	26,5	633	22,8
6 a 12 atendimentos	46	11,1	53	14,7	69	6,7	217	7,8
13 atendimentos ou mais	14	3,4	48	13,4	9	0,9	16	0,6

Fonte: elaboração própria.

*Todos os diagnósticos atribuídos foram considerados. Alguns usuários possuíam até 3 diagnósticos. SM= Saúde Mental.

Houve predomínio do sexo feminino em todos os serviços, exceto no Caps-AD, cuja proporção de usuários do sexo masculino correspondeu a 77,7% (n=279). Com relação ao Caps-AD, destaca-se, ainda, uma maior proporção de usuários mais jovens, especialmente quando comparados aos usuários da AB, onde a proporção de usuários entre 46 e 60 anos e com 61 anos ou mais correspondeu a 33,7% (n=852) e 33,3% (n=841), respectivamente.

Uma vez que as informações de mais da metade dos usuários não estavam disponíveis no Caps-AD e na AB no que se refere à escolaridade, não foi possível identificar o nível de escolaridade desses usuários. O mesmo ocorreu para a variável trabalho remunerado, na qual se incluem, também, os usuários do ambulatório. No entanto, os dados disponíveis

sinalizam para baixa escolaridade dos usuários do Caps-II, onde 40,7% (n=168) deles possuíam entre 0 e 4 anos de estudo.

A maior parte dos usuários vinculados ao Caps-II e à AB era atendida no serviço há mais de 5 anos: 48,7% (n=201) e 54,9% (n=1524), respectivamente. Usuários do ambulatório estavam no serviço majoritariamente entre 3 e 5 anos (45,1%, n=465). Por outro lado, mais da metade dos usuários do Caps-AD frequentava o serviço por até um ano. Quanto à origem do encaminhamento, destacou-se no Caps-AD e no ambulatório a demanda espontânea, correspondendo a 50,4 (n=181) e 71,7% (n=740) dos usuários, respectivamente. Neste segundo, destacou-se, ainda, a proporção de usuários encaminhados pela AB (25,9%, n=267), enquanto no Caps-AD houve, ainda,

uma proporção relevante de encaminhamentos realizados por serviços privados (24,8%, n=89). Entre os usuários do Caps-II, destacaram-se os encaminhamentos realizados por outros serviços especializados, correspondentes a 49,9% (n=206) dos casos. Já na AB, a ampla maioria dos usuários já era vinculada ao serviço inicialmente (98,3%, n=2731).

No que se refere ao diagnóstico dos usuários, no Caps-II, destaca-se a alta prevalência de transtornos psicóticos (41,6%, n=172), enquanto no ambulatório e na AB predominaram os transtornos neuróticos e afetivos unipolares. No Caps-AD, 36,5% dos usuários possuíam diagnóstico relativo ao uso abusivo de SPA, contudo, destaca-se a alta proporção de usuários sem diagnóstico atribuído

(62,4%, n=224). O mesmo aconteceu para o ambulatório e para a AB, onde 27,1% (n=280) e 39,9% (n=1110) dos usuários não possuíam diagnóstico, respectivamente.

A maior parte dos usuários vinculados ao Caps-AD (53,5%, n=192), ao ambulatório (65,9%, n=680) e à AB (68,8%, n=1912) havia recebido entre 1 e 3 atendimentos no ano que antecedeu a pesquisa. Já no Caps-II, a maior parte dos usuários consultou mais frequentemente, de forma que 61,5% (n=254) dos usuários receberam entre 4 a 6 atendimentos no ano. Os dados relativos às ofertas terapêuticas, bem como aos cuidados clínicos recebidos pelos usuários em cada ponto de atenção podem ser observados na *tabela 2*.

Tabela 2. Ofertas terapêuticas e cuidados clínicos recebidos pelos usuários incluídos no estudo de acordo com o ponto de atenção a que estão vinculados (n=4582)

	Caps-II		Caps-AD		Ambulatório		Atenção Básica	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ofertas terapêuticas								
Consulta médica de saúde mental	410	99,3	209	58,2	1001	97,0	1947	70,1
Atendimento individual (PEM)	372	90,1	232	89,9	293	28,4	1851	66,6
Atendimento coletivo	37	8,96	196	54,6	0	0	122	4,4
Oficina terapêutica/geração de renda	38	9,2	24	6,6	0	0	15	0,5
Atividade comunitária	11	2,7	0	0	0	0	287	10,3
Atendimento domiciliar	26	6,3	0	0	0	0	233	8,4
Atividade física	6	1,4	3	0,8	0	0	61	2,2
Cuidados clínicos recebidos								
Aferição do peso	64	15,5	48	13,4	97	9,4	2602	93,6
Aferição dos sinais vitais	30	7,3	141	39,3	43	4,2	2574	92,7
Anamnese e exame físico	244	59,1	222	61,8	180	14,4	2630	94,7
Exames laboratoriais	67	16,2	45	12,5	124	12,2	2144	77,2
Tratamentos clínicos/encaminhamentos	72	17,4	29	8,1	88	8,5	1925	69,3

Fonte: elaboração própria.

PEM= Profissional da equipe multidisciplinar.

Enquanto no Caps-II houve uma alta proporção de usuários que receberam consulta médica de saúde mental (99,3%, n=410) e atendimento individual com PEM (90,1%,

n=372), no Caps AD, além dos atendimentos individuais com PEM, houve destaque para os atendimentos coletivos (89,9%, n=232). Por outro lado, apenas 58,2% (n=209) dos

usuários do Caps-AD haviam recebido consultas médicas no último ano. No ambulatório, os atendimentos se configuraram exclusivamente como consultas médicas (97%, n=1001), e uma menor proporção de atendimentos individuais com PEM (28,4%, n=293).

Na AB, as ofertas terapêuticas foram, predominantemente, a consulta médica (70,1%, n=1947) e o atendimento individual com PEM (66,6%, n=1851). Contudo, pontuam-se outras atividades que, apesar de baixa proporção, diferem do funcionamento dos demais pontos de atenção, como as atividades comunitárias (10,3%, n=287) e as visitas domiciliares (8,4%, n=233).

Destaca-se que, além da AB, todos os serviços apresentaram baixa proporção de prestação de cuidados clínicos, havendo destaque apenas para os tratamentos clínicos ou encaminhamentos para esse fim no Caps-II (17,4%, n=72) e a aferição dos sinais vitais no Caps-AD (39,3%, n=141). Entre os usuários do CAPS-II e do Ambulatório, a aferição dos sinais vitais foi realizada apenas em 7,3% (n=30) e 4,2% (n=43) dos usuários, respectivamente. Informações relativas ao registro de comorbidades, tabagismo, etilismo e uso de outras SPA entre os usuários podem ser observadas na *tabela 3*.

Tabela 3. Registro de comorbidades, tabagismo, etilismo e uso de outras SPA entre usuários incluídos no estudo de acordo com o ponto de atenção a que estão vinculados (n=4582)

	Caps-II		Caps-AD		Ambulatório		Atenção Básica	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Hipertensão								
Sim	73	17,7	17	4,7	60	5,8	847	31,5
Não	175	42,4	100	27,8	23	2,2	337	12,1
Sem registro	165	39,9	242	67,4	949	92,0	1567	56,4
Diabetes								
Sim	51	12,3	7	1,9	28	2,7	337	12,1
Não	187	45,3	104	29,0	32	3,1	493	17,8
Sem registro	175	42,4	248	69,1	972	94,2	1948	70,1
Tabagismo								
Sim	103	24,9	63	17,5	11	1,1	185	6,7
Não	228	55,2	41	11,4	23	2,2	210	7,6
Sem registro	82	19,9	255	71,1	998	96,7	2383	85,8
Etilismo								
Sim	54	13,1	219	61,0	5	0,5	107	3,9
Não	271	65,6	15	4,2	21	2,0	176	6,3
Sem registro	88	21,3	125	34,8	1006	97,5	2495	89,8
Uso de outras SPA								
Sim	34	8,2	202	56,3	5	0,5	56	2,0
Não	278	67,3	25	6,9	1	0,1	74	2,7
Sem registro	101	24,5	132	36,8	1026	99,4	2648	95,3

Fonte: elaboração própria.

SPA= Substâncias Psicoativas.

A falta de informações referentes à comorbidade de hipertensão e diabetes impossibilitou a identificação de sua ocorrência, especialmente no Caps-AD, no ambulatório e na AB, locais onde mais da metade dos prontuários não disponibilizava essas informações. Já no Caps-II, por mais que a proporção de usuários sem essas informações seja alta, foi possível observar que 17,7% (n=73) dos usuários eram apontados como hipertensos e 12,3% (n=51) como diabéticos.

Quanto ao tabagismo, apesar da falta de informações em 19,9% (n=82) dos casos, foi possível observar no Caps-II uma proporção de 24,9% (n=103) de usuários fumantes. Já com relação ao etilismo, no Caps-AD, embora não houvesse informações acerca de 34,8% dos usuários, 61% (n=219) deles foram identificados como etilistas.

Com relação ao uso de SPA, destaca-se, também, a ausência de informações em parte considerável dos usuários do Caps-II e do Caps-AD, contudo, foi possível identificar uma proporção de uso de 8,2 (n=34) e 56,3% (n=202), respectivamente. Entre usuários do ambulatório e da AB, a falta de informações foi de 99,4% (n=1026) e 95,3% (n=2648), respectivamente.

Discussão

Embora se apoie em dados descritivos, este estudo permite a comparação do desempenho de diferentes modalidades de atendimento em saúde mental em um mesmo cenário. Mesmo que as populações assistidas pelos serviços tenham características distintas, os aspectos investigados dizem respeito a informações e cuidados básicos que deveriam ser transversais para a população estudada. Nesse sentido, os dados apresentados sugerem uma heterogeneidade importante no processo de trabalho dos serviços e destacam alguns elementos que precisam ser problematizados.

De forma geral, foi evidenciada uma grande proporção de falta de registros acerca de

informações relevantes sobre os usuários. No campo social, destacam-se aspectos como nível de escolaridade e situação laboral. Essa situação, remonta à ideia acerca da existência de variáveis fortes e variáveis sombra na constituição dos elementos que assumem papel de destaque na avaliação da evolução de um transtorno mental e na estratégia de intervenção adotada¹³. As variáveis fortes estariam relacionadas ao diagnóstico, à gravidade do quadro e ao histórico da doença, enquanto as variáveis sombra se relacionam com os recursos individuais da pessoa com transtorno mental, como capacidade intelectual, grau de informação etc. Argumenta-se, ainda, que essas últimas variáveis seriam deixadas à sombra por serem irrelevantes no que diz respeito à evolução da enfermidade e à estratégia de intervenção, entretanto, é provável que um usuário piore muito mais pela falta desses recursos do que pelo tipo de diagnóstico, por exemplo.

Destaca-se a falta de informações referentes a escolaridade e situação laboral entre os usuários do Caps-AD. A falta dessas informações, assim como proposto por outros autores¹³, pode prejudicar a clínica. A proporção de inserção escolar, por exemplo, já foi reconhecida por trabalhos prévios¹⁴ como um indicador de qualidade em serviços de saúde mental. Quanto ao ambulatório e à AB, cujos casos são majoritariamente relacionados aos transtornos neuróticos e afetivos, cabe reconhecer que esses transtornos estão entre as principais causas de perda de dias de trabalho, sendo os transtornos ansiosos a segunda maior causa dos afastamentos laborais¹⁵. Além disso, de forma geral, é preciso pontuar a impossibilidade de acessar aspectos como raça/cor e sexualidade dos usuários. Aspectos que, no campo da saúde mental, são marcadores importantes das experiências vivenciadas pelos usuários, tanto no acometimento dos transtornos mentais como no percurso para o cuidado e a assistência recebida.

Como contraponto, cabe, ainda, ressaltar que, além da priorização de registro das questões relativas à doença e sua evolução, outro

fator que contribui para pobreza de informações acerca dos usuários de serviços de saúde mental no País como um todo é a falta de padronização das variáveis para registro nos prontuários. Nesse sentido, experiências prévias¹⁴ demonstram que os serviços poderiam se beneficiar da elaboração de instrumentos que norteiem tanto a coleta e o registro dos dados como a sua atualização periódica.

Foram evidenciadas diferenças importantes entre os serviços e a forma de acesso dos usuários a eles, apontando, assim, para formas diferentes de relacionamento com a rede de atenção. Destaca-se, por exemplo, a alta proporção de usuários que acessaram o ambulatório e o Caps-AD por demanda espontânea. Embora seja um movimento esperado para o Caps-AD, dada a persistente dificuldade de outros serviços, em especial, a AB, em lidar com o usuário de SPA^{16,17}, a proporção de usuários do ambulatório que acessaram o serviço de forma direta sugere que este tem se configurado como uma das principais portas de entrada para os cuidados em saúde mental na rede estudada. Vale ressaltar, ainda, que, além de configurar uma porta de entrada, ele pode estar assumindo uma posição de *gatekeeper* com relação ao Caps-II, uma vez que foi o serviço responsável pela maioria dos encaminhamentos de usuários que acessaram o Caps-II via outro serviço especializado.

Com relação ao Caps-AD, pontua-se, ainda, a proporção significativa de usuários que acessaram o serviço através do encaminhamento de serviços privados, amplamente representados pelas CTs. Embora não sejam equipamentos novos na conjuntura de cuidados em saúde mental, a validação desses serviços, enquanto serviços de saúde, proposta pela portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017⁶, inclusive com financiamento público, necessita ser urgentemente discutida junto à sociedade civil. Ressalta-se que o encaminhamento para os serviços do sistema público de saúde, em sua maioria, não representa um movimento de integração, mas, sim, o uso do sistema público para suprir a falta de equipe técnica das CTs,

bem como uma divisão oportunista da clientela, na medida em que usuários que tendem a apresentar respostas limitadas são encaminhados aos Caps-AD⁷.

A falta de atribuição de diagnóstico entre os usuários do Caps-AD e da AB chama atenção. Enquanto no Caps-AD a proporção de usuários que está no serviço há menos de um ano, o baixo número de atendimentos recebidos pela maioria dos usuários e a baixa proporção de usuários que passaram em consulta médica poderiam explicar parte desse cenário, existem na literatura subsídios que levam a crer que, na AB, essa realidade esteja associada a uma dificuldade dos profissionais em atribuir diagnósticos de transtornos mentais^{18,19}.

Ainda quanto aos diagnósticos, foi possível evidenciar que a demanda de cuidados no Ambulatório foi semelhante à demanda observada nos serviços de AB estudados. Em ambos os serviços, a maioria dos casos assistidos correspondiam aos diagnósticos de transtornos neuróticos e transtornos afetivos unipolares. Especialmente para AB, esses dados corroboram achados de estudos prévios²⁰. Contudo, cabe destacar que, neste estudo, foram incluídas apenas as unidades de AB que operavam no modelo de ESF (13 unidades), havendo, ainda, 6 unidades que operam no modelo tradicional. Esse dado é relevante na medida em que pode explicar, em parte, a semelhança entre a demanda do ambulatório e da AB. Sugere-se como hipótese que parte dos casos atendidos no ambulatório corresponde aos casos não absorvidos pelas unidades tradicionais de AB, que, em contraponto às unidades ESF, não contam com apoio matricial, sendo, assim, menos propensas a assumir a coordenação do cuidado de usuários com queixas de saúde mental.

Os serviços estudados apresentaram diferenças significativas quanto às ofertas terapêuticas realizadas. No Caps-II, foi observada uma alta prevalência na oferta de consultas médicas em saúde mental e realização de atendimentos individuais por profissionais não médicos. Por outro lado, a oferta de atendimentos coletivos

e de oficinas terapêuticas foi baixa, estando, assim, em desacordo com as expectativas para o processo de trabalho dos Caps. Destaca-se que, no contexto de reinserção social e abordagem biopsicossocial, as atividades grupais e oficinas deveriam constituir uma das principais formas de tratamento oferecidas nesses serviços²¹, ademais, sua utilização tem sido associada à melhora da função social de pessoas com transtornos psíquicos, tanto no cotidiano familiar como na comunidade²².

No Caps-AD, por outro lado, observou-se uma alta prevalência de atendimentos coletivos, embora a oferta de oficinas terapêuticas também tenha sido baixa. Destaca-se, no entanto, a baixa proporção de usuários que receberam consultas médicas de saúde mental no ano que antecedeu a coleta. Trata-se de um aspecto que pode estar atrelado tanto ao funcionamento do serviço em questão, que valorizaria o atendimento coletivo em detrimento do individual, representando, assim, um problema para questões que poderiam ser mais bem exploradas individualmente, como um aspecto relacionado à incompatibilidade da capacidade de pessoal médico à demanda do serviço. Para este segundo caso, são recorrentes na literatura os relatos de que, frente à escassez de profissionais, as filas de atendimento médico individual acabam se acumulando^{23,24}.

Deve-se salientar que foi observada uma baixa utilização de recursos comunitários, especialmente as visitas domiciliares, chamando atenção para um movimento de engessamento dos serviços e priorização das práticas intramuros. Esse movimento também foi observado no estudo de Onocko-Campos et al.²⁵ que avaliou a atuação dos Caps em quatro centros urbanos do Brasil. No estudo em questão, os autores evidenciaram que a prevalência de atividades comunitárias variou de 4% a 11%, enquanto a proporção de visitas domiciliares oscilou entre 4% e 9%. Somada à predominância de um baixo número de atendimentos recebidos pelos usuários no último ano, essa perspectiva chama atenção, ainda, para uma

possível ambulatorização desses serviços.

Exceto pelo ambulatório, foi possível observar que, assim como evidenciado por outros estudos²⁵, o atendimento com PEM tem se configurado como uma importante ação do cuidado em saúde mental ao redor do País. Esse dado reforça a necessidade de avançar nos esforços para inclusão dos diversos integrantes da equipe multiprofissional em ações de qualificação do cuidado em saúde mental. No ambulatório, por sua vez, houve uma baixa proporção de atendimento individual com PEM, mesmo que essa tenha sido a única modalidade de atendimento oferecida além da consulta médica.

Destaca-se que estudos recentes²⁶ têm contextualizado o papel dos ambulatórios na rede de saúde mental e apontam para eles como local onde um trabalho clínico e psicoterápico, não intensivo, poderia ser feito com uma clientela por um determinado período. Dessa forma, usuários que não atendem aos critérios de inclusão nos Caps, mas que necessitam de cuidados especializados em saúde mental que não são encontrados na AB, poderiam ser beneficiados. Contudo, é importante observar que, para isso, os ambulatórios precisam estar alinhados com a perspectiva da atenção psicossocial, indo, assim, em oposição à visão organicista oferecida pelo modelo biomédico, amplamente reproduzida nesses serviços²⁷. No ambulatório estudado, por exemplo, para além da priorização das consultas médicas, destacou-se a baixa prevalência de cuidados clínicos ofertados aos usuários, além do baixo registro acerca de comorbidades ou mesmo de hábitos como tabagismo, etilismo e uso de outras SPA, todos relevantes nesse grupo de pacientes.

A baixa oferta de cuidados clínicos também foi observada no Caps-II e no Caps-AD, especialmente no que se refere à aferição do peso e dos sinais vitais. Trata-se de um achado preocupante na medida em que estudos anteriores conduzidos no País apontaram uma alta prevalência de obesidade entre usuários de Caps²⁸. Destaca-se que a obesidade, por

sua vez, tende a favorecer a ocorrência de comorbidades como a hipertensão e o diabetes, cujas chances de manifestação entre pessoas com transtornos mentais são 2,08 e 3,51 vezes maiores que na população em geral, respectivamente²⁹.

Pontua-se, ainda, a baixa prevalência de registro da presença ou não de comorbidades, observada em todos os serviços avaliados. No Caps-AD, no ambulatório e na AB, mais da metade dos usuários não contava com esses registros em seus prontuários. Essa realidade é particularmente alarmante no Caps-AD, que, segundo a portaria que estabelece as modalidades dos Caps no País, deveria contar com um médico clínico responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas de seus usuários³⁰. Já no Caps-II, mesmo com uma proporção expressiva de registros faltantes, foi possível observar uma prevalência de diabetes 1,98 vezes maior que a observada para a população geral brasileira³¹, chamando atenção para a necessidade de qualificar o cuidado desses usuários, buscando, especialmente, integrar o cuidado fornecido nos serviços especializados de saúde mental com a AB.

Nesse sentido, destaca-se que a AB foi o ponto de atenção onde os usuários receberam cuidados clínicos em maior proporção, apresentando prevalências superiores a 90% nos itens: aferição do peso, aferição dos sinais vitais e anamnese e exame físico. Esses achados reforçam a ideia de que a AB é um ponto de atenção potente e necessário para o cuidado das pessoas com transtornos mentais. Contudo, estudos conduzidos anteriormente no País têm demonstrado que, após acessar os serviços especializados de saúde mental, muitos usuários perdem o contato com as equipes de AB³². Dessa forma, cada vez mais se faz necessário lançar mão de estratégias que visem à integração desses serviços.

Na última década, uma estratégia que tem se destacado é o apoio matricial³³. Trata-se de um modelo de intervenção pedagógico-terapêutica que visa a favorecer a troca de

informações e ampliar a corresponsabilização pelos usuários entre as equipes de diferentes níveis de atenção³⁴. Sua ação tem se mostrado relevante na incorporação de novas possibilidades no cuidado em saúde mental, contudo, uma série de desafios ainda está posta, como, por exemplo, a persistência de um entendimento biológico sobre o processo saúde-doença, em detrimento do olhar biopsicossocial, havendo uma forte centralidade do processo de trabalho no modelo curativo e individual³³. Pontua-se, então, a necessidade de um investimento maciço em formação e capacitação dos profissionais, tanto para o trabalho articulado em rede como para o rastreamento e monitoramento das necessidades em saúde dos usuários que convivem com um transtorno mental.

Conclusões

Foi evidenciada uma alta proporção de informações faltantes acerca de características que são relevantes para o cuidado dos indivíduos estudados, sugerindo, assim, que questões relativas à condição clínica e socioeconômica dos usuários podem estar sendo negligenciadas. Além disso, foram evidenciadas diferenças importantes entre os serviços no que diz respeito ao seu funcionamento, bem como ao diálogo estabelecido com os outros pontos de atenção da rede de saúde.

Além da realização de consultas médicas, a ampla oferta de atendimentos individuais com profissionais da equipe multidisciplinar se mostrou como um ponto forte na maioria dos serviços estudados, reforçando, assim, a necessidade de valorização e engajamento da equipe interdisciplinar no cuidado em saúde mental. Por outro lado, foi observada uma baixa utilização dos recursos coletivos, como as oficinas terapêuticas, evidenciando a necessidade de retomada e reafirmação de práticas já consagradas na perspectiva da reabilitação psicossocial.

A rede estudada se caracterizou, ainda, pela baixa utilização dos recursos comunitários e

das visitas domiciliares, bem como pela baixa proporção de cuidados clínicos oferecidos aos usuários nos serviços especializados de saúde mental. Por outro lado, a AB foi responsável por apresentar altas proporções de cuidados clínicos aos seus usuários, destacando-se, assim, enquanto um serviço potente e necessário para o cuidado das pessoas com transtornos mentais.

Dado o desenho do estudo, salienta-se a limitação de seu caráter descritivo, além da grande proporção de dados faltantes em algumas das variáveis estudadas. Destaca-se, no entanto, que, assim como demonstrado ao

longo da discussão, os dados apresentados dialogam com problemas que são transversais ao sistema nacional de saúde, bem como com problemáticas atuais e relevantes que vêm sendo discutidas ao redor do mundo.

Colaboradores

Treichel CAS (0000-0002-0440-9108)* e Onocko Campos RT (0000-0003-0469-5447)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). [acesso em 2020 fev 17]. Disponível em: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.
2. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: WHO; 2017.
3. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, 2016. Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial. Relatório de Gestão 2011-2015. [acesso em 2020 fev 17]. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/27/Relat--rio-Gest--o-2011-2015---.pdf>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 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. 26 Dez 2011
5. Onocko-Campos RT. Mental health in Brazil: strides, setbacks, and challenges. Cad. Saúde Pública. 2019; 35(11): e00156119.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 22 Dez 2017.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

7. Guimarães TAA, Rosa LCS. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. *Soc. Quest.* 2019; 44(2):111-138.
8. World Health Organization. *Mental health action plan 2013-2020*. Geneva: WHO; 2013.
9. Patel V, Saxena S, Lund C, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet.* 2018; (392):1553-98.
10. Storm M, Fortuna KL, Gill EA, et al. Coordination of services for people with serious mental illness and general medical conditions: Perspectives from rural northeastern United States. *Psychiatr Rehabil J.* 2020; 43(3):234-243.
11. Reilly S, Olier I, Planner C, et al. Inequalities in physical comorbidity: a longitudinal comparative cohort study of people with severe mental illness in the UK. *BMJ Open.* 2015; (5):e009010.
12. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União.* 12 Dez 2012.
13. Saraceno B. *Manual de saúde mental*. São Paulo: Hucitec; 1994.
14. Bustamante V, Onocko-Campos R, Silva AA, et al. Indicadores para avaliação de Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (Capsi): resultados de uma pesquisa-intervenção. *Interface (Botucatu).* 2020; (24):e190276.
15. Ribeiro HKP, Santos JDM, Silva MG, et al. Transtornos de ansiedade como causa de afastamentos laborais. *Rev. bras. saúde ocup.* 2019; (44):e1.
16. Paula ML, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, et al. Assistência ao usuário de drogas na atenção primária à saúde. *Psicol. estud.* 2014; 19(2):223-233.
17. Souza FE, Ronzani TM. Desafios às práticas de redução de danos na atenção primária à saúde. *Psicol. estud.* 2018; (23):e2306.
18. Tanaka OY, Ribeiro EL. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciênc. Saúde Colet.* 2009; 14(2):477-486.
19. Campos-Junior A. *Estudo sobre práticas de cuidado em saúde mental na atenção primária: o caso de um município do interior do estado do Rio de Janeiro*. [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2013.
20. Gonçalves DA, Mari JJ, Bower P, et al. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. *Cad. Saúde Pública.* 2014; 30(3):623-632.
21. Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. [acesso em 2020 fev 17]. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_caps.pdf.
22. Ibiapina ARS, Monteiro CFS, Alencar DC, et al. Oficinas Terapêuticas e as mudanças sociais em portadores de transtorno mental. *Escola Anna Nery.* 2017; 21(3):e20160375.
23. Lacerda CB, Fuentes-Rojas M. Significados e sentidos atribuídos ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) por seus usuários: um estudo de caso. *Interface (Botucatu).* 2017; 21(61):363-372.
24. Silva SN, Lima MG. Avaliação da estrutura dos Centros de Atenção Psicossocial da região do Médio Paraopeba, Minas Gerais. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2017; 26(1):149-160.
25. Onocko-Campos RT, Amaral CEM, Saraceno B, et al. Atuação dos Centros de Atenção Psicossocial em quatro centros urbanos no Brasil. *Rev. Panam. Salud Publica.* 2018; (42):e113.

26. Damous I, Erlich H. O ambulatório de saúde mental na rede de atenção psicossocial: reflexões sobre a clínica e a expansão das políticas de atenção primária. *Physis*. 2017; 27(4):911-932.
27. Brandão-Junior PMC, Canavêz F, Ramos PL. Entre saúde e educação: sobre um ambulatório de saúde mental infantojuvenil. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(62):699-709.
28. Jardim VMR, Treichel CAS, Kantorski LP, et al. Overweight and obesity among individuals with mental disorders in southern Brazil. *J Nurs Health*. 2017; 7(3):e177301.
29. Woodhead C, Ashworth M, Schofield P, et al. Patterns of physical co-/multi-morbidity among patients with serious mental illness: a London borough-based cross-sectional study. *BMC fam pract*. 2014; 15(117):1-9.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece as modalidades dos serviços CAPS no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 20 Fev 2002.
31. Malta DC, Duncan BB, Schmidt MI, et al. Prevalência de diabetes mellitus determinada pela hemoglobina glicada na população adulta brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde. *Rev. bras. epidemiol*. 2019; 22(supl2):e190006.
32. Amaral CE, Onocko-Campos R, Oliveira PRS, et al. Systematic Review of Pathways to Mental Health Care in Brazil: Narrative Synthesis of Quantitative and Qualitative Studies. *Int J Ment Health Syst*. 2018; (12):65.
33. Treichel CAS, Campos RTO, Campos GWS. Impasses e desafios para consolidação e efetividade do apoio matricial em saúde mental no Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2019; (23):e180617.
34. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(2):399-407.

Recebido em 08/06/2021

Aprovado em 12/10/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: a pesquisa que originou este estudo foi financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp), processo nº 2018/10366-6. O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (Capes) -, Código de Financiamento 001

Realidades das práticas da Estratégia Saúde da Família como forças instituintes do acesso aos serviços de saúde do SUS: uma perspectiva da Análise Institucional

Realities of the practices of the Family Health Strategy as driving forces for access to SUS health services: a perspective of the Institutional Analysis

Tais Vicari¹, Luana Mesquita Lago², Alexandre Fávero Bulgarelli³

DOI: 10.1590/0103-1104202213209

RESUMO O acesso aos serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) incide significativamente nas condições de vida e saúde dos indivíduos e comunidades, sendo que os profissionais de saúde são os protagonistas, por meio das suas práticas, para implementá-lo e qualificá-lo. Este estudo teve como objetivo, analisar a promoção do acesso à Atenção Básica, na perspectiva dos profissionais da saúde do SUS. Trata-se de uma pesquisa qualitativa com aproximação teórico-metodológica aos pressupostos da Análise Institucional. O desenvolvimento ocorreu na forma de entrevistas individuais e um grupo de restituição. Os resultados apontam o acolhimento, o trabalho que é desenvolvido pelos Agentes Comunitários de Saúde, bem como o trabalho em equipe como realidades potentes e efetivas para qualificar o acesso. Questões relativas à comunicação entre os profissionais, à presença de equipe de referência para o cuidado, à realização de visita domiciliar no território e à busca pelo primeiro contato do usuário com a rede comprometem a efetividade e a disponibilidade de acesso à Atenção Básica.

PALAVRAS-CHAVE Acesso aos serviços de saúde. Pessoal de saúde. Acolhimento. Análise Institucional. Pesquisa qualitativa.

ABSTRACT *The access to health services in the Unified Health System(SUS) significantly affects the living and health conditions of individuals and communities, and health professionals are the protagonists, through their practices, to implement and qualify it. This study aims to analyze the promotion of access to Primary Care from the perspective of SUS health professionals. It is a qualitative research with a theoretical-methodological approach to the assumptions of Institutional Analysis. It was developed by means of individual interviews and a feedback group. The results point to the reception, the work that is developed by the Community Health Agents, as well as the teamwork as powerful and effective realities to qualify the access. Issues related to communication among professionals, the presence of a reference team for care, home visits in the territory, and the search for the user's first contact with the network compromise the effectiveness and availability of access to Primary Care.*

KEYWORDS *Access to health services. Health personnel. Welcomeness. Institutional Analysis. Qualitative research.*

¹Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Escola de Enfermagem (EEnf) - Porto Alegre (RS), Brasil.

²Universidade de São Paulo (USP) - Ribeirão Preto (SP), Brasil.

³Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) - Porto Alegre (RS), Brasil. alexandre.bulgarelli@ufrgs.br



Introdução

Um dos principais objetivos dos serviços de saúde é a produção de acesso equitativo para minimizar as disparidades das condições de saúde da população¹. Nesse sentido, a equidade é fundamental para a melhoria da saúde da população, sendo o incentivo às políticas de redução das desigualdades e de ampliação do acesso aos serviços de saúde essenciais para a sua efetivação².

O acesso aos serviços de saúde pode ser influenciado e condicionado por diversos fatores e refletir na diversidade do cuidado em saúde³. A oferta de um conjunto de serviços de saúde não garante o acesso a eles, pois a existência de barreiras geográficas, financeiras, organizacionais e culturais podem influenciar na utilização desses serviços⁴. Percebendo o acesso como algo que transcende a concretude dos discursos e perpassa pela diversidade de conceitos, ofertas e práticas aproximou-se da perspectiva do movimento institucionalista para analisar o acesso aos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

O movimento institucionalista é formado por um conjunto de correntes que, apesar de carregarem algumas diferenças entre si, objetivam colocar as instituições em análise e provocar processos de mudança na busca por restituir o protagonismo dos sujeitos⁵. No contexto brasileiro, tiveram maior destaque correntes como a Análise Institucional (AI) e socioanálise criadas por René Lourau e Georges Lapassade, e a Esquizoanálise de Gilles Deleuze e Félix Guattari⁶. Esta pesquisa foi desenvolvida baseada em alguns conceitos da AI e socioanálise, em uma abordagem utilizada para promover a análise e a intervenção em coletivos. A AI tem como objetivo “compreender uma determinada realidade social e organizacional, a partir dos discursos e práticas dos sujeitos”⁷⁽¹⁹⁸⁾. Para René Lourau, a AI destina-se a evidenciar as contradições existentes nas instituições, perceber as relações entre os seus elementos constituintes e elucidar problemas que antes

eram não ditos, ou que estavam ocultos nas práticas dos sujeitos⁸.

No caminho de compreensão baseado por tais autores e conceitos, acredita-se que as unidades de saúde da Atenção Básica (AB) devem focar suas ações nas necessidades dos indivíduos e do território, organizando o seu processo de trabalho para promover o acesso reduzindo desigualdades. Não há como determinar regras de acesso para uniformizar o processo de trabalho das equipes de saúde devido à singularidade do contexto de cada comunidade e das equipes de saúde; porém, é necessário colocar em ação ferramentas que promovam um cuidado mais equitativo. Assim, objetivou-se analisar e refletir coletivamente sobre as práticas de promoção de acesso nos serviços de AB, considerando a importância da atuação dos profissionais da saúde e a institucionalização dessas práticas.

Material e métodos

Estudo de abordagem qualitativa do tipo pesquisa-intervenção realizado com um grupo de trabalhadores de uma Unidade de Saúde da Família de Porto Alegre (RS). Utilizaram-se os seguintes dispositivos: entrevistas, grupo de restituição e diário de pesquisa. O caminho metodológico foi embasado em pressupostos e conceitos da AI na perspectiva de René Lourau. Os principais conceitos que serviram de suporte para o delineamento do objeto de estudo e da produção e análise dos dados da pesquisa foram: a noção de implicação, a instituição e sua dinâmica (instituído, instituinte e institucionalização) e os analisadores.

Compreende-se o acesso enquanto uma instituição, pois é um conjunto de lógicas abstratas e materiais, que, por meio da normatização existente e, mesmo de forma inconsciente, está presente nas práticas dos trabalhadores do SUS, e molda o trabalho desses agentes determinando posturas e condutas profissionais⁸.

O cenário de estudo foi uma Unidade de Saúde da Família, em que participaram todas

as equipes da unidade (2 equipes, totalizando 18 profissionais). O coletivo de participantes foi composto por seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), quatro técnicos de enfermagem, três médicos, duas enfermeiras, uma cirurgiã-dentista, uma auxiliar de saúde bucal e uma técnica em saúde bucal⁹. Quanto aos vínculos trabalhistas, somente um profissional era estatutário, todos os demais eram celetistas vinculados ao Instituto Municipal de Saúde da Família (Imesf), Fundação Pública de Direito Privado da administração indireta do município de Porto Alegre. A seleção dessa unidade ocorreu por conveniência a partir da indicação da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município. O território adscrito à unidade de saúde abrange microáreas bastante distintas, apresentando locais com situação de habitação e saneamento adequados e outros de ocupações irregulares com situação sanitária precária. A população residente é majoritariamente dependente das ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS. Destaca-se que o acesso aos serviços de saúde na unidade de saúde selecionada ocorre por meio de acolhimento à demanda espontânea, atendimentos programáticos (idosos, puericultura, pré-natal, saúde da mulher, tuberculose e doenças crônicas), Visitas Domiciliares (VD), vacinas e grupos de educação em saúde direcionados às gestantes e aos usuários portadores de doenças crônicas.

A produção dos dados da pesquisa necessitou de articulações e contatos com diferentes órgãos e diversas instâncias para que a interface com os participantes da pesquisa e os espaços vivos de produção de dados fossem construídos. A intervenção, seguindo o pressuposto da socioanálise dentro de uma intervenção de curto prazo, como processo de produção e análise de dados, foi realizada no período entre dezembro de 2018 e março de 2019, por meio de entrevistas semidirigidas e realização de um grupo de restituição. A restituição constitui a socialização com o grupo de participantes do processo de análise/intervenção das análises iniciais com a finalidade de retomar a análise produzida a partir da leitura

do socioanalista/pesquisador e promover a análise coletiva dos dados.

As entrevistas, cujos áudios foram gravados, utilizaram um roteiro de entrevista para sua condução. As observações da pesquisadora responsável sobre as entrevistas foram registradas em forma de diário de pesquisa para gatilhos de memória para a análise das entrevistas, do grupo de restituição e das suas próprias implicações. Em espaço vivo de reunião de equipe, foi realizada a restituição ao grupo do que foi produzido nas entrevistas individuais objetivando discutir coletivamente e confirmar ou refutar as análises realizadas pela pesquisadora. Para a condução do encontro de restituição, foi utilizado um roteiro com as análises das entrevistas individuais em forma de tópicos/temas, que serviram como disparadores para análise, discussão e reflexão coletiva.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e CEP-SMS-POA com parecer único de aprovação número 2.024.818.

Resultados e discussão

A proposta desta pesquisa partiu de uma encomenda requerida pela SMS de Porto Alegre e se caracteriza, também, como uma oferta dos pesquisadores devido as suas implicações com o acesso ao SUS. Inicialmente, é importante destacar que os resultados são provenientes de uma oferta da pesquisadora a um grupo de trabalhadores, enquanto pesquisa científica para discussão das práticas no campo da saúde coletiva. Destaca-se, também, que os resultados foram se construindo a partir da produção dos dados resultantes da autoanálise produzida coletivamente no grupo de restituição durante a intervenção. Esse encontro tem a finalidade de possibilitar a cogestão do processo de intervenção e uma fusão entre o processo de pesquisa e intervenção^{7,10,11}.

Apesar de não partir da demanda do grupo participante, e, sim, da SMS, a intervenção

desenvolvida envolveu a discussão coletiva sobre superação de barreiras de acesso e potencialização de ações que otimizam a utilização dos serviços. A análise dessa demanda relaciona-se ao processo de compreensão dos motivos reais e implícitos de uma instituição para a solicitação de uma análise ou intervenção; é a identificação da sua problemática⁷.

Partindo do conceito de analisadores construído por Lourau¹², enquanto dispositivos de apoio à análise das dinâmicas institucionais e de indução de mudanças, identificou-se um 'Guia de Apoio à tomada de decisão para o Acolhimento com Identificação de Necessidades das Unidades de Saúde da Atenção Básica' em Porto Alegre¹³. Considerou-se tal documento como um analisador central, pois propõe a análise e a reorientação das práticas de promoção de acesso, revelando algo sobre acesso que fez os trabalhadores falarem o não dito¹³. Assim, a 'Instituição Acesso' encontra na SMS do município uma organização que se destina a materializá-lo. O Apoio Institucional também representou outro analisador importante dessa instituição, visto que foram os apoiadores os desencadeadores do processo de análise e do movimento de remodelamento do acesso aos serviços de saúde nas equipes da AB por meio de ações de Educação Permanente em Saúde.

Ao analisar a ampliação do acesso pela organização do acolhimento, os profissionais mencionaram realidades que revelam limites e potencialidades da Instituição Acesso na rotina das unidades, o que permitiu analisar sua dinâmica. Forças instituintes estão relacionadas com aspectos econômicos, geográficos e funcionais; e analisadores relativos à otimização do acesso abrangem: a Estratégia Saúde da Família (ESF), a presença e a ação dos ACS e o trabalho em equipe. As forças instituintes que estão associadas a contradições abarcam situações referentes às unidades de saúde, à gestão municipal e às questões individuais dos usuários. Desse modo, apresentaram-se e discutiram-se os resultados seguindo um conjunto de forças instituintes que compuseram as práticas reais da ESF da otimização do acesso.

Partiu-se do pressuposto de que os propósitos fundamentais das correntes institucionalistas compreendem a autoanálise e a autogestão de coletivos sociais⁵. As instituições representam algo existente nos grupos, da ordem do inconsciente, que precede sua criação e que os forma e os molda¹⁴. Nas relações desenvolvidas com as instituições, os indivíduos estruturam e sustentam a sua identidade¹⁴. Cabe destacar que o Guia de Apoio mostrou-se como um elemento resultante do movimento de autoanálise dos trabalhadores, e que, no decorrer do processo de interpretação dos resultados, permitiu que os trabalhadores identificassem problemas que não eram percebidos anteriormente à presente intervenção¹³. Nesse contexto, o guia permitiu também decisões conjuntas e colaborativas entre a equipe na definição do acesso.

Os resultados apresentados e discutidos neste texto são produto de uma implicação primária nas inter-relações entre a autora e o grupo de trabalhadores. Assim, essas inter-relações evidenciam vontades, ideais e experiências individuais que orientam a forma de agir, de interagir e de analisar e se manifestam nas ações dos sujeitos⁸, que, por sua vez, refletem-se nas realidades e práticas da ESF como analisadores da otimização do acesso aos serviços de saúde.

O acesso, enquanto uma instituição passível de análise, revela o acolhimento como a forma mais efetiva de promoção de acesso aos serviços de saúde com impactos na resolatividade do cuidado dos usuários assistidos pelas equipes. Além disso, a presença e a ação de ACS e o trabalho em equipe representam manifestações indutoras de mudança dessa instituição. Além desses aspectos, a ESF é apontada como um fator que otimiza o acesso aos serviços de saúde, pois as unidades que efetivam essa estratégia disponibilizam atendimento perto do domicílio dos usuários, desenvolvido por equipes e profissionais de referência. Assim, a ESF propicia o desenvolvimento de vínculo e confiança entre usuários e profissionais de saúde e qualifica e singulariza o cuidado, uma

vez que os profissionais conhecem os usuários, o território onde vivem e suas histórias de vida. Tais percepções não eram discutidas anteriormente a esta pesquisa-intervenção. Dessa forma, ACS, trabalho em equipe, território, vínculo e longitudinalidade do cuidado, de certa forma, indicam dispositivos e realidades que otimizam o acesso aos serviços de saúde na AB do SUS.

Não é só técnico assim, eu acho que todo mundo aqui é 100% importante. Eles vêm aqui porque eles confiam na gente de alguma maneira, de alguma maneira tem aquela confiança, ou é uma válvula de escape, uma fuga, um pedido de socorro, por alguma coisa eles vêm e eu acho que é muito importante, com certeza. (E8).

Agora, quando toda a equipe tem esse tipo de atendimento de saúde da família, médico da família, enfermeiro da família, aí é diferente. É nítida a diferença quando a equipe toda vai para essa linha de conhecimento. (GRUPO DE RESTITUIÇÃO).

Os profissionais participantes mencionaram a importância da ESF para a promoção de acesso devido à proximidade das unidades de saúde do domicílio dos usuários, à longitudinalidade da atenção, ao vínculo desenvolvido entre profissionais e usuários e à realização das VD.

Compreende-se a ESF como uma força instituinte, pois possibilita o acesso e é um espaço para mudanças de práticas dos trabalhadores e reflexo da produção do cuidado. Quanto à proximidade territorial, os profissionais relataram que a localização das unidades de ESF representa um facilitador do acesso, já que os usuários não necessitam de grandes deslocamentos e de utilização de meios de transporte para obtenção de atendimentos em saúde. A proximidade da unidade de saúde com o domicílio dos usuários e a obtenção de atendimento das demandas sem necessidade de grandes deslocamentos são fatores que determinam a procura pelas unidades de AB e facilitam e ampliam o acesso aos serviços de saúde¹⁵.

Assim, a existência da ESF representa um elemento instituinte que facilita o acesso aos serviços e saúde, representando a ampliação da oferta de serviços, redução das filas nas unidades de saúde e aproximação geográfica entre prestação de serviços de saúde e usuário.

As equipes e os profissionais de referência para o cuidado, agentes de mudanças, são percebidos pela instituição acesso como algo que propicia que os profissionais conheçam os usuários, seus contextos de vida e suas necessidades de saúde, bem como desenvolvam vínculos e relações de confiança e realizem um cuidado centrado nas necessidades e fundamentado no conhecimento que os profissionais têm sobre o contexto de vida e histórico de saúde de cada indivíduo.

Percebe-se que, ao considerar elementos das famílias e social, e discutir casos conjuntamente, os profissionais da ESF favorecem o vínculo com cuidado longitudinal, a desmedicalização do diagnóstico e da terapêutica, previnem o encaminhamento excessivo para outros profissionais e sobreposição de tratamentos. O coletivo dos trabalhadores em estudo representa uma equipe de saúde responsável pela continuidade do cuidado aos usuários¹⁶. Nessa perspectiva, tal coletivo responsabiliza-se por um acesso longitudinal, pois favorece a procura do usuário, facilita as relações terapêuticas, torna o trabalho da equipe de saúde mais resolutivo e qualifica o acesso aos serviços de saúde da AB. O acesso qualificado pelo cuidado longitudinal e vínculos permite que os profissionais de saúde ampliem o olhar sobre as necessidades dos indivíduos e das comunidades, estabeleçam relações de cuidado mais participativas e embasem as condutas na singularidade de cada situação. Assim, fornecem subsídios para a construção da clínica ampliada na rotina dos serviços de saúde¹⁷.

A realização de VD também foi apontada nesta pesquisa como algo que amplia o acesso aos serviços de saúde para usuários. Considera-se que o domicílio faz parte do território, que existem usuários que apresentam

dificuldades de deslocamentos até as unidades de saúde, e que os profissionais das equipes de AB devem se responsabilizar pelas necessidades de saúde dos residentes da sua área de abrangência. Tais fatos garantem o acesso. Nos relatos individuais e coletivos, foi possível observar que a VD representa uma ação de saúde que vem sendo desenvolvida pelos diferentes profissionais de saúde na unidade de saúde estudada e consiste no atendimento ou acompanhamento dos usuários e famílias no seu local de residência.

As VD, também compreendidas como uma força/elemento instituinte, representam um avanço para a mudança no processo de trabalho na AB na direção de ações terapêuticas mais integrais, pois permitem o fortalecimento de vínculos, visto que o profissional se desloca do seu lugar de poder e passa a construir o cuidado conjuntamente com os usuários, convocando-os a assumirem o protagonismo e a corresponsabilidade por seu processo de viver e adoecer¹⁸.

Entretanto, observou-se que a VD é uma atividade que tem sido realizada sistematicamente somente pelos ACS. Os profissionais técnicos e de nível superior têm rotinas diversificadas para a realização de VD, alguns com horário reservado na agenda semanal, outros realizam somente quando surge alguma necessidade pontual, demonstrando que permanece a ênfase nos procedimentos e atendimentos clínicos durante a realização das VD. Isso demonstra a necessidade de fortalecimento do espaço da VD enquanto possibilidade de aproximação com o território, promoção de vínculo e garantia de acesso.

No desencadear dessas percepções, os ACS também foram apontados pelos profissionais participantes como facilitadores do acesso aos serviços de saúde, uma vez que desenvolvem diariamente ações de orientação sobre o funcionamento da unidade de saúde e as formas de acesso aos serviços. Os ACS compartilham com a equipe de saúde informações relevantes sobre as condições de vida e saúde da população assistida, identificam situações

de vulnerabilidade e monitoram e realizam buscas de situações mais complexas para adesão ao cuidado. Nesse sentido, o trabalho dos ACS é um dos principais diferenciadores da ESF enquanto modelo assistencial na AB.

Os profissionais identificam a potência dos ACS para a promoção do acesso aos serviços de saúde, como pode ser observado nas falas a seguir:

E a busca pelo posto era bem menor, quando a gente chegou aqui eram mil e poucas pessoas atendidas, hoje passa dos 6 mil, então a gente acabou trazendo esse povo todo pra dentro do posto. (E10).

O agente comunitário estando bem instruído de como funciona o acolhimento, eu acho que isso facilita imensamente, porque como eles estão na rua, uma pessoa que pare para pedir informação, ele dá uma informação correta as coisas vão chegar aqui no tempo certo né, então eu acho que o agente comunitário faz toda a diferença na unidade de saúde, não seria a mesma coisa sem eles. (E13).

O acesso à informação possibilita que o usuário conheça os serviços que são disponibilizados, o funcionamento e as formas de acesso às unidades de saúde e utilize de forma oportuna os serviços que são desenvolvidos pelas equipes de AB. As orientações às famílias sobre a utilização dos serviços de saúde fazem parte da rotina das atividades desenvolvidas durante as VD realizadas diariamente pelos ACS. A troca de informações ocorre no contexto de vida das famílias a partir do diagnóstico realizado pelo ACS, o que auxilia no adequado direcionamento aos serviços de saúde, qualifica e amplia o acesso e a cobertura em saúde e facilita o uso adequado dos recursos de saúde¹⁹.

É interessante destacar que os profissionais reconhecem que as boas relações estabelecidas entre ACS e população possibilitam um melhor acesso à unidade de saúde. Esse trabalhador favorece o estabelecimento de uma teia complexa de relações e interações entre a comunidade e os profissionais da saúde e

possibilita que o usuário possa usufruir do atendimento dos profissionais da melhor forma, qualificando o acesso aos serviços de saúde e a assistência prestada²⁰.

Sabe-se que os ACS são os integrantes que estabelecem o elo entre a comunidade e a equipe, pois têm acesso ao ambiente familiar e, por serem moradores da comunidade, geralmente conhecem e vivenciam as demandas que são trazidas pelos usuários²¹. A partir da aproximação com o usuário iniciada com o cadastramento, o ACS desenvolve uma relação singular de vínculo e confiança, sendo o único integrante da equipe que tem acesso a determinadas informações que são relevantes para a manutenção da saúde dos indivíduos²⁰. Independentemente do local, quer seja no domicílio, na rua ou no portão da casa, o trabalho desenvolvido por esse profissional permite a criação de uma relação de confiança e afeto com os usuários²².

A presença dos ACS no território facilita a identificação de necessidades e vulnerabilidades e o direcionamento para o acolhimento da equipe multiprofissional como é possível observar na fala que segue:

E os agentes comunitários, são eles que trazem, nós não podemos andar na vila toda hora caminhando, nós estamos aqui dentro, até porque se eu sair não fica ninguém [da mesma categoria profissional] aqui, então são eles que fazem essa drenagem inicial dos pacientes para o posto [...]. Hoje em dia, aí com os agentes 'pescando' e conversando, a gente tem pegado eles [usuários portadores de doenças crônicas que não compareciam] mais seguidos. (E3).

Os resultados desta pesquisa reforçam a importância do ACS para a qualidade do cuidado à população e para a ampliação do acesso aos serviços de saúde da AB, demonstrando que as proposições atuais vão ao encontro do que é relatado pelos profissionais que estão inseridos na prática dos serviços de saúde.

Ao transitar pelas forças instituintes que apontam situações que otimizam o acesso aos

serviços de saúde da AB, o trabalho em equipe é outro fator identificado no relato dos profissionais como algo colaborativo, como pode ser observado nos recortes das falas que seguem:

[...] de qualquer maneira é o trabalho que começa pela gente lá na ponta, que vai ali para a recepção, pessoal que acolhe, que já repassa, o pessoal da triagem encaminha o acolhimento, ou já agenda a consulta, o pessoal da vacina, que chega, vai ali e já faz a vacina. (E5).

[...] porque se a gente não consegue resolver com o técnico, a gente, por algum meio ele consegue ser atendido, o agente comunitário não consegue, mas aí lá na ponta o médico vai conseguir [...], mas eu acho que o objetivo do posto a gente consegue fazer [...] a gente tenta fazer o possível para ajudar aquele paciente e eu acho que a gente é bem unido para isso, se uma não consegue, pede ajuda para outra: 'Não estou conseguindo resolver, me ajuda. O quê que tu achas?' Sabe? Todo mundo aqui, não existe: 'Não eu não vou te ajudar', nunca ouvi isso de nenhuma colega [...] sempre alguma coisa a gente consegue fazer. (E8).

De forma geral, o trabalho em equipe, quando realizado de forma colaborativa, com boa comunicação, pensando no objetivo comum que é o cuidado ao usuário, dinamiza e qualifica o atendimento que é realizado e amplia as possibilidades de resolução da equipe; assim, permite a ampliação do acesso aos serviços e a otimização do cuidado realizado pelos profissionais das unidades de saúde. Além disso, aumenta as possibilidades de compartilhamento de conhecimento, de situações identificadas nos atendimentos e do próprio atendimento entre os profissionais, amplificando a capacidade resolutiva da equipe, potencializando a captação e o fluxo do usuário entre os profissionais da unidade e a qualidade do atendimento prestado aos usuários.

O processo de trabalho de equipes multiprofissionais compreende um conjunto de ações que, mesmo quando realizadas

individualmente, ocorrem de forma integrada com o objetivo de atender às demandas individuais ou coletivas; portanto, envolve os saberes e as práticas de todos os profissionais que compõem a equipe²³.

Trabalhar em equipe na área da saúde significa promover uma ligação entre processos de trabalhos distintos, em que o conhecimento mútuo sobre o trabalho do outro permite a valorização da participação de cada parte para a constituição do todo. A cooperação, a interação, a divisão de tarefas e o compartilhamento do planejamento para a construção de consensos quanto aos objetivos e resultados do cuidado a serem alcançados coletivamente visam sempre atender com qualidade às necessidades dos usuários. Os resultados da presente pesquisa corroboram esses achados, pois o trabalho em equipe é apontado pelos profissionais participantes enquanto uma atividade coletiva, na qual existe uma relação de ajuda e cooperação entre os envolvidos para o desenvolvimento de processo de trabalho que permita a resolução das necessidades dos usuários, qualificando o acesso aos serviços²⁴. O trabalho em equipe representa uma estratégia de enfrentamento do trabalho verticalizado com ênfase nos especialismos que, na área da saúde, tende a direcionar o conhecimento e a intervenção a alguns aspectos das necessidades de saúde, sem abranger ou articular os demais saberes e ações^{24,25}.

Sabe-se que a articulação das ações resultantes do trabalho em equipe aumenta a efetividade do atendimento à população e amplia o acesso aos serviços de saúde, já que a construção coletiva com cooperação, colaboração e compartilhamento de responsabilidades amplia as possibilidades de invenção e de intervenção das equipes de saúde. Nesse processo, existe também uma interdependência dos profissionais para garantir a continuidade do atendimento, conexões entre os trabalhos com complementaridade da atuação profissional e fluxos de atendimentos internos na equipe na forma de interconsultas, bem como ações de avaliação conjunta e de compartilhamento de informações²⁶.

Peduzzi e Agreli²⁷ avançam nessa discussão e propõem o desenvolvimento de práticas interprofissionais colaborativas, visto que consideram que o trabalho em equipe deve ser centrado nas necessidades e características das equipes, dos usuários, das comunidades e dos territórios. Dessa forma, além da integração da equipe, há a necessidade de colaboração, em que existe aprendizagem sobre, junto e para os outros com a intenção de construção de práticas mais significativas. Portanto, os profissionais necessitam desenvolver práticas de trabalho que possibilitem a comunicação efetiva entre os profissionais, usuários e demais setores, visando melhorar o acesso e a qualidade do trabalho e da atenção desenvolvida e a satisfação dos profissionais com o trabalho.

Sabe-se que a existência de equipes multiprofissionais não é suficiente para institucionalizar práticas de trabalho em equipe, pois essa forma de trabalho representa mais do que a soma de núcleos profissionais. Assim, o trabalho em equipe surge como forma de reorganizar o processo de trabalho e qualificar as ações desenvolvidas pelos profissionais. Ademais, o trabalho em equipe garante autonomia, liberdade e prazer na organização do processo de trabalho²⁸. Todos os entrevistados fizeram referência a situações de trabalho em que colocam em evidência a articulação do trabalho desenvolvido pelos profissionais; nas dificuldades encontradas no cotidiano do trabalho das equipes da AB, emergem relações de apoio e parceria para o desenvolvimento de estratégias de cuidado. Assim, os resultados apontam para experiências compartilhadas de cuidado com transversalidade das ações, indicando um significativo grau de comunicação.

Entre os componentes do trabalho em equipe, a comunicação foi apontada pelos profissionais como imprescindível para o desenvolvimento de relações benéficas para o desempenho da equipe na garantia de acesso e cuidado resolutivo, como pode ser observado nos relatos que seguem:

Mais importante é manter uma relação aberta, tanto na relação médico-paciente, que daí sou eu e o paciente aqui nessa sala, quanto entre eu e a equipe, que um paciente pergunta para alguém da equipe, alguém da equipe pergunta para mim, essa linha tem que estar aberta. Se eu fechar a porta e 'aqui não entra ninguém, a não ser que eu chame pelo nome', acaba que a pessoa vai ter mais dificuldade de acesso e aí atrapalha o trabalho de todo mundo. (E14).

[...] funciona bem porque nós não temos essa rigidez assim sabe? O pessoal passa, conversa, a gente vai resolvendo como uma grande família, que é o que eu acho que deve ser a equipe né? (E3).

A existência de canais de comunicação entre os membros da equipe é importante para o estabelecimento de relações mais flexíveis entre os profissionais e ampliação das possibilidades de atuação e de resolutividade da equipe. A comunicação é um dos critérios que se destacam na construção do processo de trabalho da equipe do tipo integração, é um denominador comum do trabalho em equipe. A mediação simbólica da linguagem permite articular as ações dos profissionais e integrar os saberes das diferentes áreas envolvidas no cuidado com a finalidade de interação e cooperação entre os envolvidos para a construção de consensos e desfechos pertinentes a cada situação²⁴. Na percepção dos sujeitos participantes, a comunicação é fundamental para o desenvolvimento de estratégias efetivas de cuidado, pois permite a articulação dos saberes e capacidades dos diferentes profissionais que compõem a equipe de saúde.

Para Pereira, Rivera e Artmann²⁶, nas conversações cotidianas, os profissionais buscam consensos quanto às possibilidades de execução do trabalho em equipe. A busca de entendimento para solucionar uma situação problemática por meio da comunicação coloca os indivíduos em interação e possibilita a construção de novas possibilidades de cuidado, ampliando o escopo de ação da equipe.

Quando os profissionais embasam seu trabalho no conceito ampliado de saúde, reconhecem que áreas específicas não são capazes de resolver a complexidade das situações que são atendidas diariamente nas unidades de saúde²⁹. Dessa forma, para o desenvolvimento de um cuidado de qualidade, é necessário articular diferentes áreas de conhecimento; para tanto, adotam práticas comunicativas na busca de sanar dúvidas ou compartilhar situações-problema com os demais profissionais para construção conjunta de alternativas que promovam efetividade do cuidado.

A reunião de equipe foi mencionada como uma atividade que contribui para a qualificação do cuidado desenvolvido pelas equipes e do acesso aos serviços de saúde, pois favorece a comunicação entre os profissionais, fortalece o trabalho em equipe e possibilita a educação permanente em saúde.

A reunião de equipe é um espaço para o desenvolvimento da prática colaborativa. A importância das reuniões de equipe para o fortalecimento do processo de trabalho e qualificação do atendimento é relatada a seguir:

O que facilita muito é a nossa reunião de grupo [reunião de equipe] que a gente tem, a gente discute bastante coisa, já foi discutido nas formações continuadas bastante coisa, do que é o acolhimento e a gente sempre foi discutindo, debatendo a maneira certa, como tem que fazer, as formas corretas, então eu acho que o que facilitou foi isso, a gente sentar, conversar. (E5).

O espaço da reunião de equipe apresenta-se como uma forma de permitir a aproximação e a comunicação entre os trabalhadores, a discussão sobre o processo de trabalho e a realização de atividades de educação permanente para a construção de práticas que sejam mais efetivas. Dessa forma, contribui para o acesso aos serviços de saúde por meio da possibilidade de qualificar o trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde. A aproximação dos integrantes da equipe, em reuniões periódicas, para a troca de informações e saberes, qualifica o

processo de trabalho de todos os envolvidos e a atenção em saúde destinada à comunidade²⁰.

As reuniões de equipe foram fundamentais para viabilizar a institucionalização do acolhimento nas unidades de saúde de AB no município de Porto Alegre. Para a reorientação das práticas de promoção de acesso, foram realizados momentos de análises, discussões, educação permanente em saúde, planejamento e avaliações do processo de reorientação das práticas; e as reuniões representavam o único momento na rotina de trabalho que permitia a participação coletiva.

Outra questão relevante abordada foi a importância da promoção universal do acesso e do primeiro contato com os serviços de saúde. As unidades de saúde da AB, enquanto estabelecimentos componentes do SUS, destinam-se a efetivar o acesso universal aos serviços de saúde. Portanto, devem ser portas, e não barreiras ao acesso dos usuários ao cuidado, respondendo às suas demandas e contribuindo para promover maior conhecimento sobre os serviços de saúde do SUS. Assim, é fundamental que as unidades de saúde da AB permitam o acesso e o primeiro contato com os serviços de saúde a todos os usuários que procuram o serviço, independentemente do seu local de residência, como é sinalizado nos recortes a seguir:

[...] mas nunca teve impedimento assim e mesmo que seja um usuário de um outro posto que saiba que é aqui da redondeza a gente vê primeiro qual é a situação, presta e depois encaminha, orienta para que busque atendimento na sua referência, porque a gente trabalha com território adscrito né, mas nunca teve barreiras assim. (E4).

Acolhimento e muitas vezes atendimento, dependendo da demanda [...] a gente acaba finalizando esse atendimento e orientando que depois vá [buscar sua unidade de referência], não tem como deixar a pessoa sair dali sem fazer o atendimento em si, dependendo da gravidade. (GRUPO DE RESTITUIÇÃO).

As entrevistas e a discussão coletiva mostram que, apesar de as unidades de saúde da AB terem território delimitado para atendimento, enquanto porta de entrada principal para os serviços do SUS, é importante que as unidades promovam o primeiro contato dos usuários aos serviços, mesmo para aqueles que não pertencem ao seu território, como forma de ouvir suas necessidades, orientar, encaminhar à unidade de referência, ou até mesmo resolver sua demanda.

Considerações finais

O desenvolvimento de uma pesquisa científica que colocou em análise o acesso aos serviços do SUS e suas contradições revelou que esta é uma instituição arraigada em diversas práticas e realidades. Compreende-se que a AB ainda é a grande promotora de acesso aos serviços do SUS. Esse acesso só acontece de maneira otimizada quando acolhido por meio de profissionais que entendem, defendem e se identificam com o sistema público de saúde brasileiro. Conclui-se que a comunicação efetiva e a prática colaborativa entre esses profissionais dentro do espaço de vivo de produção de cuidado, em uma equipe de referência, são fatores fundamentais na compreensão do acesso. É o acesso enquanto instituição que busca pelo primeiro contato do usuário com a rede e transversaliza sua otimização dentro de um território específico.

Apesar dos avanços na ampliação e qualificação do acesso aos serviços de saúde, ainda incidem forças instituintes que desafiam as equipes de saúde na manutenção do acolhimento enquanto forma preferencial de acesso aos serviços e, também, da valorização pela equipe da VD como trabalho desenvolvido pelos profissionais para promover acesso. Essas forças estão relacionadas com a gestão local na disponibilidade de quantitativo de recursos humanos condizentes à demanda da população e na articulação da rede de saúde do município para a garantia da continuidade

do acesso iniciado nas unidades de saúde da AB, à parcela dos profissionais de saúde que ainda desenvolvem práticas dissociadas da universalidade e equidade de acesso e aos usuários que desconhecem as possibilidades de acesso à rede de atenção em saúde.

Assim, considera-se, ao final deste estudo, que existem realidades e situações que devem ser revistas e melhoradas para que os usuários do SUS tenham garantia de acesso aos serviços de saúde com resolutividade das suas necessidades. Portanto, é necessário, no atual momento contrarreformista que o SUS está enfrentando,

avançar na ampliação e qualificação da rede de saúde, na educação permanente dos profissionais, no processo de cogestão dos serviços de saúde e na divulgação aos usuários do acesso as ações e serviços ofertados pelo SUS.

Colaboradores

Vicari T (0000-0002-8856-1384)*, Lago LM (0000-0002-9863-3063)* e Bulgarelli AF (0000-0002-7110-251X)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Starfield B. Acessibilidade e primeiro contato: a porta. In: Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco; 2002. p. 207-245.
2. Nery SR, Nunes EFPA, Carvalho BG, et al. Acolhimento no cotidiano dos auxiliares de enfermagem nas Unidades de Saúde da Família, Londrina (PR). *Ciênc. Saúde Colet.* 2009 [acesso em 2021 nov 4]; 14(1):1411-1419. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000800014&script=sci_abstract&tlng=pt.
3. Giovanella L, Fleury S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschütz C, organizadora. Política de saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1996. p. 177-198.
4. Travassos C, Castro MSM. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização dos serviços de saúde. In: Giovanella L, Lobato LVC, Noronha JC, et al. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2. ed., Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 183-206.
5. Barembliitt G. *Compêndio de Análise Institucional e outras correntes. Teoria e Prática.* 4. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempo; 1992.
6. L'abbate S. A análise institucional e a saúde coletiva. *Ciênc. Saúde Colet.* 2003 [acesso em 2021 nov 4]; 8(1):265-274. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232003000100019&script=sci_abstract&tlng=pt.
7. L'abbate S. Análise Institucional e Intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articu-

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- lação e sua aplicação na Saúde Coletiva. *Mnemosine*. 2012 [acesso em 2021 nov 4]; 8(1):194-219. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/41580>.
8. Fortuna CM, Monceau G, Valentim S, et al. Uma pesquisa socioclínica na França: notas sobre a análise institucional. *Fractal, Rev. Psicol.* 2014 [acesso em 2021 nov 4]; 26(2):255-266. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-02922014000200255&script=sci_abstract&tlng=pt.
 9. Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Anual de Saúde 2018-2021. Porto Alegre: SMS; 2017.
 10. Lourau R. Uma apresentação da Análise Institucional. In: Altoé S, organizador. René Lourau Analista em tempo integral. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 128-139.
 11. Monceau G. A socioclínica institucional para pesquisas em educação e em saúde. In: L'abbate S, Mourão LC, Pezzato LM, organizadores. Análise institucional e saúde coletiva no Brasil. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 91-103.
 12. Rodrigues HBC. René Lourau na UERJ – 1993. Análise Institucional e Práticas de Pesquisa. Rio de Janeiro: UERJ; 2007.
 13. Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde. Guia de Apoio à tomada de decisão para o Acolhimento com Identificação de Necessidades das Unidades de Saúde da Atenção Básica. Porto Alegre: SMS; 2015.
 14. Paulon S. Instituição e intervenção institucional: percurso conceitual e percalços metodológicos. *Mnemosine*. 2009 [acesso em 2021 nov. 4]; 5(2):189-226. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/41440/pdf_166.
 15. Corrêa ACP, Ferreira F, Cruz GSP, et al. Acesso a serviços de saúde: olhar de usuários de uma unidade de saúde da família. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2011 [acesso em 2021 nov 4]; 32(3):451-7. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000300003&lng=en&nrm=iso.
 16. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L, Lobato LVC, Noronha JC, et al. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. p. 137-149.
 17. Sundfeld AC. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. *Physis: Rev. de Saúde Col.* 2010 [acesso em 2021 nov 4]; 20(4):1079-1097. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312010000400002&script=sci_abstract&tlng=pt.
 18. Silveira MR, Sena RR, Oliveira SR. O processo de trabalho das equipes de Saúde da Família: implicações para a promoção da saúde. *Rev. Min. Enferm.* 2011 [acesso em 2021 nov 4]; 15(2):196-201. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/remo.org.br/pdf/v15n2a06.pdf>.
 19. Costa SL, Carvalho EN. Agentes Comunitários de Saúde: agenciadores de encontros entre territórios. *Ciênc. Saúde Colet.* 2012 [acesso em 2021 nov 4]; 17(11):2931-2940. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232012001100010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
 20. Lanzoni GMM, Cechinel C, Meirelles BHS. Agente Comunitário de Saúde: estratégias e consequências da sua rede de relações e interações. *Rev Rene.* 2014 [acesso em 2021 nov 20]; 15(1):123-31. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3096>.
 21. Peruzzo HE, Bega AG, Lopes APAT, et al. Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. *Escola Anna Nery.* 2018 [acesso em 2021 nov 4]; 22(4):e20170372. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0372>.
 22. Piccinini CA, Silva RA. A ação dos Agentes Comunitários de Saúde e o trabalho vivo em ato. *Trab. Educ. Saúde.* 2015 [acesso em 2021 nov 4]; 13(2):361-379. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462015000200361&lang=en.

23. Martins AR, pereira DB, Nogueira NLNM, et al. Relações interpessoais, equipe de trabalho e seus reflexos na atenção básica. *Rev Bras. Educ. Méd.* 2012 [acesso em 2021 nov 4]; 36(1):6-12. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022012000300002&script=sci_abstract&tlng=pt.
24. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública.* 2001 [acesso em 2021 nov 4]; 35(1):103-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n1/4144.pdf>.
25. 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 [acesso em 2021 nov 4]; 18(1):e0024678. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000400401&lng=en&nr=iso.
26. Pereira RCA, Rivera FJU, Artmann E. O trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família: estudo sobre modalidades de equipes. *Interface (Botucatu).* 2013 [acesso em 2021 nov 4]; 17(45):327-40. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832013000200007&script=sci_abstract&tlng=pt.
27. Peduzzi M, Agreli HF. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu).* 2018 [acesso em 2021 nov 4]; 22(2):1525-34. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601525.
28. Garcia ACP, Bracarense CF, Pereira BDM, et al. O trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família. *Rev Epidemiol Control Infect.* 2015 [acesso em 2021 nov 4]; 5(1):31-36. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452019000400214&script=sci_arttext&tlng=pt.
29. Cutolo LRA, Madeira KH. O trabalho em equipe na estratégia Saúde da Família: uma análise documental. *Arq. Catarin. Med.* 2010 [acesso em 2021 nov 4]; 39(3):79-84. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/revista/pdf/artigos/822.pdf>.

Recebido em 19/03/2021

Aprovado em 12/11/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Condições de vida e saúde de famílias rurais no sertão cearense: desafios para Agenda 2030

Life and health conditions of rural families in the hinterlands of Ceará: challenges for the 2030 Agenda

Luis Lopes Sombra Neto¹, Flora Viana Elizeu da Silva¹, Ana Caroline Mendes Barbosa¹, Fernando Ferreira Carneiro¹, Vanira Matos Pessoa¹

DOI: 10.1590/0103-1104202213210

RESUMO Este estudo caracteriza condições de vida e situação de saúde das famílias que vivem da agricultura familiar e da pesca artesanal no sertão cearense. Trata-se de pesquisa descritiva quantitativa e delineamento transversal realizada mediante entrevistas com 152 agricultores(as) familiares e/ou pescadores(as) artesanais em Novo Oriente, Ceará, Brasil. A análise estatística foi realizada com frequência absoluta e relativa, média aritmética e desvio-padrão. Observaram-se algumas vulnerabilidades vivenciadas pelas famílias: 19,5% (n=29) com deficiência no tratamento da água para consumo, 25,7% (n=39) relataram existência de problemas ambientais, 26,6% (n=40) apresentando insatisfatória produção familiar, 34,6% (n=47) com baixa renda familiar, 75% (n=114) com inexistência na localidade de escolas e 88,2% (n=134) de creches, 51,3% (n=78) com carência de opções de lazer e 37,5% (n=57) em insegurança alimentar. Na análise da situação de saúde, destaca-se prevalência de doenças crônicas, como cardiovasculares e mentais. Essa realidade é contraditória com as metas propostas pelos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: fome zero; boa saúde e bem-estar; educação de qualidade; água limpa e saneamento; emprego digno e crescimento econômico; redução das desigualdades. Dessa forma, as ações de saúde não podem se desvincular dessas iniquidades, devendo-se buscar uma articulação entre governos, empresas e cidadãos para alcançar as metas da Agenda 2030.

PALAVRAS-CHAVE População rural. Saúde da população rural. Características da família. Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT *This study characterizes the living conditions and health situation of families who live from family farming and artisanal fishing in hinterlands of Ceará. This is a descriptive quantitative research and cross-sectional design conducted through interviews with 152 family farmers and / or artisanal fishermen in Novo Oriente, Ceará, Brazil. Statistical analysis was performed with absolute and relative frequency, arithmetic mean and standard deviation. Some vulnerabilities experienced by the families were observed: 19.5% (n=29) with a deficiency in the treatment of drinking water, 25.7% (n=39) reported the existence of environmental problems, 26.6% (n=40) showing unsatisfactory family production, 34.6% (n=47) with low family income, 75% (n=114) with no schools in the locality and 88.2% (n=134) of day care centers, 51.3% (n=78) with a lack of leisure options, and 37.5% (n=57) with food insecurity. Prevalence of chronic diseases, such as cardiovascular and mental, stands out. This reality is contradictory with the goals proposed by the SDG: zero hunger; good health and welfare; quality education; clean water and sanitation; decent employment and economic growth; reduction of inequalities. Thus, health actions cannot be separated from these inequities, and a link between governments, companies, and citizens must be sought to achieve the goals of the 2030 Agenda.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Eusébio (CE), Brasil.
luisneto88@hotmail.com

KEYWORDS *Rural population. Health of the rural population. Family characteristics. Family Health Strategy. Primary Health Care.*



Introdução

No Brasil, nas últimas décadas, por meio do movimento da Reforma Sanitária, surgiram críticas ao modelo biomédico com foco exclusivamente na cura das doenças visando à incorporação de um modelo biopsicossocial em que o conceito de saúde estaria associado ao bem-estar físico e mental atrelado às condições de alimentação, moradia, educação, lazer, transporte, trabalho, produção e renda, como definido na Constituição de 1988. No mesmo período, na América Latina, a medicina social desenvolveu o conceito de determinação social da saúde que preconiza uma análise crítica desses múltiplos fatores de estrutura biológica, do modo de vida, das condições coletivas, estruturais e políticas que interagem em conjunto na construção do processo saúde-doença-cuidado¹.

Na busca de diminuir essas iniquidades no processo saúde-doença-cuidado mundial, enfocando a erradicação da pobreza, a proteção do planeta e a garantia de que as pessoas alcancem a paz e a prosperidade, a Organização das Nações Unidas (ONU) propõe, incorporados à Agenda 2030, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) que abrangem ações para promoção do desenvolvimento social, econômico e ambiental, sendo compostos de 17 objetivos, 169 metas e 231 indicadores a serem discutidos, articulados e alcançados em conjunto pelos três setores da sociedade: governos, empresas e cidadãos².

Nesse contexto da busca do desenvolvimento sustentável, surge a importância da análise do território em que habita uma população, pois este não se limita às suas determinações geográficas, constituindo, na realidade, um processo dinâmico de fatores biológicos, psicológicos, sociais, históricos, culturais, econômicos, políticos, entre outros. Dessa forma, existe uma ampla relação da forma como se organiza uma sociedade com seu processo saúde-doença-cuidado, demonstrando a importância da análise do território como um sistema em constante transformação^{3,4}.

A avaliação situacional de saúde baseada nos dados relativos ao território adscrito foi incorporada na Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual foi criada em 1994, sendo o estado do Ceará pioneiro na sua estruturação. Essa estratégia, um dos pilares da Atenção Primária à Saúde (APS) no Sistema Único de Saúde (SUS), surgiu com o intuito de transformar o modelo anteriormente vigente no sistema público de saúde brasileiro – que era voltado para o assistencialismo individual – em um cuidado em saúde que englobasse promoção, prevenção, vigilância, cura e reabilitação de toda a família. Ao longo dos anos, essa estratégia culminou em melhores indicadores de saúde, como redução da mortalidade infantil, diminuição da incidência de doenças infecto-contagiosas, maior cobertura vacinal, diminuição de complicações em gestação, parto e puerpério, aumento do acompanhamento de hipertensos e diabéticos, crescimento do acesso da população à saúde, entre outros^{5,6}.

Pelas novas recomendações publicadas na Política Nacional de Atenção Básica⁷, o território adscrito vinculado aos cuidados de cada equipe da ESF deve conter entre 2.000 e 3.500 pessoas, com a média de 2,9 pessoas por família⁸, chegando em torno de 690 a 1.207 famílias. Apesar dessas recomendações, existem algumas realidades, como as vivenciadas pela população rural, que necessita de cuidados mais complexo das equipes da ESF no intuito de analisar a situação de saúde dessas populações, executar ações articuladas de proteção, promoção, vigilância e recuperação da saúde, prevenir riscos e agravos associados às condições de vida, bem como reduzir as vulnerabilidades⁹.

Dentro desse contexto de família como foco das intervenções em saúde, é importante destacar o conceito de família como uma estrutura de relações caracterizadas por influência recíproca, direta, intensa e duradoura entre seus membros. Dessa forma, é fundamental a análise de aspectos como demografia, papéis familiares, moradia, parentesco, transmissão de bens, ciclo vital da família e rituais

de passagem para uma caracterização mais fidedigna dessas famílias para uma melhor abordagem dos cuidados de saúde. Além disso, as famílias atuais apresentam diversas configurações diferentes do modelo arcaico simplista de pai e mãe biológicos com seus filhos, por exemplo, casais sem filhos, casais homoafetivos, casais com filhos adotivos, avós com os netos, grupos de pessoas não consanguíneas que moram juntas, entre outras¹⁰.

A alta prevalência dos problemas de saúde encontrados nas famílias associados aos aspectos biopsicossociais é uma importante questão de saúde pública. Um exemplo é o trabalho no meio rural, o qual, muitas vezes, estrutura-se na forma de produção familiar, facilmente presenciada na agricultura familiar e na pesca artesanal, que acaba impactando no modo de vida dessas famílias, que são expostas a diversos fatores de risco de natureza física (acidentes), química (exposição a agrotóxicos, minerais ou metais pesados), biológica (dores osteomusculares, parasitoses), mecânica e ergonômica e psicossocial (transtornos mentais e dependência química)¹¹.

Sendo assim, pesquisas sobre famílias que vivem em áreas vulneráveis, como o território rural, precisam ser realizadas para reconhecer as necessidades e particularidades desse grupo com o intuito de reduzir suas fragilidades e minimizar os impactos dos fatores biopsicossociais na construção do processo saúde-doença^{12,13}.

Diante dessa reflexão, surge a questão motivadora desta pesquisa: como se apresentam as condições de vida e saúde das famílias que vivem da agricultura familiar camponesa e da pesca artesanal em territórios rurais no sertão do Ceará?

Material e métodos

Trata-se de estudo descritivo com abordagem quantitativa e delineamento transversal proveniente de entrevistas com agricultores(as) familiares e pescadores(as) artesanais do

município de Novo Oriente, classificado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹⁴ como rural adjacente, localizado no estado brasileiro do Ceará.

Foram selecionados para o presente estudo: indivíduos pertencentes à faixa etária entre 18 e 64 anos; economicamente ativos, com atividade produtiva à agricultura familiar ou à pesca artesanal, ou ambas as atividades; residentes em território do sertão/campo há mais de dois anos; integrantes de família adscrita a uma equipe de saúde da família rural. Foi utilizado critério de exclusão: trabalhadores que estão atualmente afastados de suas atividades laborais. Além disso, devido à pandemia ocasionada pelo novo coronavírus no ano de 2020, foram acrescentados aos critérios de exclusão: indivíduos com sintomas de síndrome gripal ou com aferição de temperatura corporal maior ou igual a 37,8°C.

A amostra deste estudo foi constituída por 152 agricultores/pescadores rurais. A escolha dos participantes da pesquisa ocorreu mediante indicação dos movimentos populares que reconheceram que aquela família é agricultora familiar ou pescadora artesanal, sendo mobilizados pelos líderes comunitários, considerando os critérios de inclusão e exclusão.

A coleta de dados ocorreu durante os meses de setembro e outubro de 2020, por meio da aplicação de formulário elaborado após oficina de 8 horas, com representantes de movimentos populares do campo e das águas, profissionais de saúde do SUS e pesquisadores. Para este estudo, foram utilizadas as variáveis vinculadas às perguntas objetivas do formulário sobre as características biopsicossociais: moradia, ambiente, trabalho, renda, educação, lazer, transporte e alimentação; e histórico familiar de doenças, internações e óbitos das famílias que vivem da agricultura familiar e pesca artesanal.

Posteriormente, o formulário passou por teste-piloto inicial, sendo realizada a sua aplicação por duas pesquisadoras com quatro indivíduos: dois homens e duas mulheres. Em seguida, baseando-se nas demandas

vivenciadas pelas pesquisadoras do teste-piloto, o formulário passou por processos de revisão.

Para a padronização do método de coleta de dados, os entrevistadores foram treinados, e foi realizado estudo-piloto em agosto de 2020 com amostra não probabilística intencional de 31 trabalhadores rurais do município de Fortim, Ceará, Brasil, que possui dados sociodemográficos semelhantes a Novo Oriente, Ceará; além de ambos serem classificados como rural adjacente¹⁴.

No momento da entrevista, foram utilizados dispositivos móveis programados com máscara contendo o formulário no aplicativo Open Data Kit (ODK). Os dados inseridos no ODK geram automaticamente uma tabela em plataforma de armazenamento que foi acompanhada virtualmente pelos pesquisadores durante todo o período de coleta. Essa tabela com todos esses dados coletados foi inserida no programa de estatística Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) para realização de análise estatística descritiva com estimação da frequência absoluta e relativa, da média aritmética e do desvio-padrão das variáveis.

Este estudo foi desenvolvido respeitando todos os aspectos éticos contidos nas resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº 446/2012 e nº 510/2016. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética

em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Ceará com número do Parecer 3.372.478.

Resultados

O perfil dos entrevistados foi a maioria do sexo masculino com 57,2% (n=87), predominância na faixa etária entre 51-64 anos com 36,2% (n=55), sendo a média de 43 ($\pm 13,2$) anos. A situação conjugal com maior prevalência foi casado/união estável relatada por 85,5% (n=130). Em relação à etnia, a maioria deles se autodeclarou como pardos, representado por 67,1% (n=102); seguido de brancos, 24,3% (n=37), e negros, 5,3% (n=8). Sobre a religião, a maioria dos agricultores/pescadores é pertencente ao catolicismo com 82,9% (n=126).

Para responder à pergunta do estudo – ‘como se apresentam as condições de vida e saúde das famílias que vivem da agricultura familiar camponesa e da pesca artesanal em territórios rurais no sertão do Ceará?’ –, foi analisado o conjunto de variáveis sobre as condições de vida e saúde apresentadas pelas famílias residentes em comunidades rurais de Novo Oriente, Ceará, Brasil. Tais variáveis foram agrupadas de acordo com os aspectos biopsicossociais: moradia, ambiente, trabalho, renda, educação, lazer, transporte e alimentação. Conforme descritas na *tabela 1*.

Tabela 1. Condições biopsicossociais de famílias que trabalham na agricultura familiar camponesa e na pesca artesanal em Novo Oriente, Ceará, Brasil, 2020

Variáveis	n	%
MORADIA		
Tipo de casa (n=152)		
Casa de alvenaria/tijolo	151	99,3
Outros	1	0,7
Forma de aquisição (n=152)		
Própria-quitada	138	90,8
Outra	14	9,2
Número de pessoas que moram na casa (n=152)		
Média (desvio-padrão)	3,3 ($\pm 1,2$)	

Tabela 1. (cont.)

Variáveis	n	%
Número de pessoas por cômodo no domicílio (n=152)		
De 1 a 2 pessoas	122	80,3
De 2 a 3 pessoas	26	17,1
4 ou mais pessoas	4	2,6
Distância da sede (n=117)		
Média (desvio-padrão) km		14, 2 (±7,4)
AMBIENTE		
Energia elétrica (n=152)		
Sim	152	100
Fontes de água para consumo (n=152)		
Cisterna de placa	131	86,2
Outros	21	13,8
Tratamento da água (n=149)		
Filtrada	70	47
Tratada com cloro	17	11,4
Água mineral (comprada)	5	3,3
Mais de uma técnica	28	18,8
Não trata	29	19,5
Água encanada (n=152)		
Sim	149	98
Não	3	2
Avaliação da qualidade da água (n=152)		
Ótima	39	25,7
Boa	111	73
Ruim	2	1,3
Destino das fezes (n=152)		
Fossa	141	92,7
Mato/quintal	7	4,5
Outros	4	2,8
Existem problemas ambientais na comunidade (n=152)		
Sim	39	25,7
Não	113	74,3
TRABALHO		
Tipo de atividade laboral (n=152)		
Agricultura Familiar	26	17,1
Pesca artesanal	38	25
Agricultura e pesca	19	12,5
Agricultura e trabalho doméstico	42	27,63
Pesca e trabalho doméstico	25	16,45
Agricultura, pesca e trabalho doméstico	2	1,32

Tabela 1. (cont.)

Variáveis	n	%
Destino da pesca ou plantio (n=152)		
Consumo familiar	22	14,5
Venda	3	2
Consumo familiar e venda	127	83,5
Como a família identifica seu trabalho e produtos (n=152)		
Trabalho e produção individual	12	8
Regime de economia familiar	139	91,4
Regime de parceria	1	0,6
Avaliação da produção nos últimos 6 meses (n=152)		
Ruim	5	3,3
Regular	35	23
Boa	95	62,5
Ótima	17	11,2
RENDA		
Fontes de renda da família (n=152)		
Somente pesca artesanal	3	2
Somente benefício do governo	6	4
Benefício do governo e outros	109	71,7
Criação animais e outros	23	15,1
Outros	11	7,2
Valor de renda mensal familiar (n=136)		
Até R\$ 500	47	34,6
R\$ 501-1.000	45	33
R\$ 1.001-1.500	25	18,4
R\$ 1.501-2.000	19	14
EDUCAÇÃO		
Escola na comunidade (n=152)		
Sim	38	25
Não	114	75
Creche para criança até 3 anos (n=152)		
Sim	18	11,8
Não	134	88,2
Distância da moradia para escola/creche (n=110)		
Média (desvio-padrão)		6,5 (±1,2)
Existe transporte escolar (n=152)		
Sim	149	98
Não	3	2
LAZER		
Existem opções de lazer na comunidade (n=152)		
Sim	78	51,3
Não	74	48,7

Tabela 1. (cont.)

Variáveis	n	%
TRANSPORTE		
Família possui transporte próprio (n=152)		
Sim	141	92,8
Não	11	7,2
Tipo de transporte (n=152)		
Motocicleta	99	65,1
Outros (automóvel e bicicleta)	7	4,6
Mais de um transporte	35	23
Sem transporte próprio	11	7,3
ALIMENTAÇÃO		
Preocupação com alimentos acabarem na casa nos últimos 12 meses (n=152)		
Sim	57	37,5
Não	95	62,5
Deixou de comer alimentos favoritos por falta de produção/dinheiro nos últimos 12 meses (n=152)		
Sim	47	31
Não	105	69
Limitou variedade de alimentos por falta de produção/dinheiro nos últimos 12 meses (n=152)		
Sim	40	26,3
Não	112	73,7

Fonte: elaboração própria, 2021.

n: amostra absoluta; %: frequência relativa.

Como observado na tabela, as famílias possuem condições de moradia com casas do tipo alvenaria/tijolo em 99,3% (n=151), e forma de aquisição própria-quitada em 90,8% (n=138). A média de pessoas morando na casa foi de 3,3 ($\pm 1,2$), culminando na maioria das moradias com 1 a 2 pessoas por cômodo em 80,3% (n=122). A distância da casa à sede do município obteve média de 14,2 km ($\pm 7,4$).

Sobre as condições do ambiente em que vivem as famílias de agricultores(as) familiares e pescadores(as) artesanais, os achados foram: todos os domicílios possuem energia elétrica, a principal fonte para consumo da água utilizada pela família é a cisterna de placa em 86,2% (n=131) e o tratamento ocorre por meio de filtração em 47% (n=70); entretanto, percentual significativo de 19,5% (n=29) referiu que não realiza tratamento da água para consumo. Além disso, praticamente todas

as famílias possuem água encanada relatado por 98% (n=149), e avaliam a qualidade da água como boa com 73% (n=111). No que se refere ao destino das fezes, 92,7% (n=141) referiram que ocorre principalmente em fossas. Além disso, 25,7% (n=39) dos indivíduos descreveram existir problemas ambientais na comunidade.

Em relação ao trabalho, além das atividades laborais da agricultura familiar e da pesca artesanal, houve grande prevalência do trabalho doméstico associados ao trabalho na agricultura e/ou pesca com 45,4% (n=69). O destino da pesca ou plantio é principalmente para venda e consumo familiar em 83,5% (n=127). A maioria das famílias identifica seu trabalho como regime de economia familiar com 91,4% (n=139), e avaliação da produção nos últimos 6 meses como 'boa' referida por 62,5% (n=95), apesar de porcentagem significativa de 26,6% (n=40) ter avaliado como 'regular' ou 'ruim'.

Nas questões referentes à renda, verifica-se que mais de 70% (n=109) das famílias obtêm sua renda proveniente de benefício do governo e outras fontes (agricultura e/ou pesca e/ou criação de animais). O valor da renda familiar destacou-se a menor faixa de valores equivalente a até R\$ 500 em 34,6% (n=47).

Sobre a educação, foi descrito que não existem escolas por 75% (n=114) ou creches por 88,2% (n=134) na comunidade. Apesar disso, a distância da moradia teve média de 6,5 km ($\pm 5,6$), e existe transporte escolar para os alunos em 98% (n=149). Em relação ao lazer, foi relatado por mais da metade dos entrevistados que não existia opções de lazer na comunidade com 51,3% (n=78) no momento da pesquisa. Dados satisfatórios foram observados sobre o transporte, em que 92,8% (n=141) das famílias alegam possuir transporte próprio, sendo o tipo principal a motocicleta com 65,1% (n=99).

Alguns dados preocupantes foram descritos sobre a alimentação, em que quantidade significativa de agricultores(as) familiares e pescadores(as) artesanais descreveram nos

últimos 12 meses: preocupação com alimentos acabarem em 37,5% (n=57), deixou de comer alimentos favoritos por falta de produção/dinheiro em 31% (n=47), e limitou variedade de alimentos por falta de produção/dinheiro em 26,3% (n=40).

Nas variáveis relacionadas com as condições de saúde, foram analisados os dados sobre problemas de saúde, internações e óbitos das famílias, que vivem da agricultura familiar e da pesca artesanal, os quais foram coletadas, durante as entrevistas, por meio da citação individual, pelo entrevistador, das causas mais comuns de acordo com o perfil brasileiro^{15,16} para que o entrevistado optasse pela existência ou inexistência de casos na família.

As variáveis relacionadas com os problemas de saúde já apresentados na família foram agrupadas, no intuito de facilitar a análise, nos grupos: infectocontagiosas, crônicas não transmissíveis, psicossociais, complicações de causas preveníveis e causas externas; assim como se observa na *tabela 2*.

Tabela 2. Problemas de saúde já apresentados, por ordem de frequência, nas famílias que trabalham na agricultura familiar camponesa e na pesca artesanal em Novo Oriente, Ceará, Brasil, 2020. (n=152)

PROBLEMAS DE SAÚDE	n	%
INFECTOCONTAGIOSOS		
Catapora	128	84,2
Sarampo, caxumba ou rubéola	86	56,5
Dengue	39	25,6
Coronavírus - Covid-19	28	18,4
<i>Chikungunya</i>	23	15,1
Tuberculose	16	10,5
Hanseníase	6	3,9
Infecção sexualmente transmissível	5	3,2
Zika	2	1,3
BIOLÓGICOS NÃO TRANSMISSÍVEIS		
Hipertensão arterial	113	74,3
Refluxo/gastrite	88	57,8
Diabetes <i>mellitus</i>	80	52,6
Asma	74	48,6

Tabela 2. (cont.)

PROBLEMAS DE SAÚDE	n	%
Neoplasia (câncer)	67	44
Acamado/Domiciliado	50	32,8
Deficiente físico	34	22,3
Epilepsia	33	21,7
Obesidade	32	21
Desnutrição	24	15,7
PSICOSSOCIAIS		
Ansiedade	75	49,3
Depressão	63	41,4
Demência/Alzheimer	35	23
Usuário de drogas	34	22,3
Autismo/ <i>deficit</i> cognitivo	13	8,5
COMPLICAÇÕES DE CAUSAS PREVENÍVEIS		
Acidente vascular encefálico	57	37,5
Infarto agudo do miocárdio	53	34,8
CAUSAS EXTERNAS		
Acidente de moto	49	32,2

Fonte: elaboração própria.

n: amostra absoluta de famílias; %: frequência relativa de famílias.

Nos problemas de saúde já apresentados nas famílias de agricultores(as) familiares e pescadores(as) artesanais, encontraram-se maiores prevalências nos grupos de problemas de saúde infectocontagiosos, destacando-se catapora em 84,2% (n=128) e sarampo/caxumba/rubéola em 56,5% (n=86), e biológicos não transmissíveis, principalmente hipertensão arterial em 74,3% (n=113), doenças do refluxo gastroesofágico em 57,8% (n=88) e diabetes mellitus em 52,6% (n=80).

Também é importante destacar o número expressivo de casos no grupo de problemas psicossociais, como ansiedade em 49,3% (n=75) e depressão em 41,4% (n=63). Além disso as

complicações de causas preveníveis: acidente vascular encefálico em 37,5% (n=57) e infarto agudo do miocárdio em 34,8% (n=53).

As internações e os óbitos ocorridos nas famílias nos últimos cinco anos estão descritos na *tabela 3*, demonstrando uma prevalência em ordem decrescente: hipertensão com 27,6% (n=42), acidente automobilístico com 21% (n=32) e problemas cardíacos com 20,3% (n=31). As três primeiras causas de óbitos referidos, em ordem decrescente, foram: problemas cardíacos com 19,7% (n=30), neoplasia com 15,3% (n=23) e acidente automobilístico com 11,8% (n=18).

Tabela 3. Casos de internações e/ou óbitos, por ordem alfabética, nos últimos cinco anos, nas famílias que trabalham na agricultura familiar camponesa e da pesca artesanal de Novo Oriente, Ceará, Brasil, 2020. (n=152)

PROBLEMAS DE SAÚDE	INTERNAÇÕES	ÓBITOS
	n (%)	n (%)
Acidente de trânsito	32 (21)	18 (11,8)
Covid-19	13 (8,5)	6 (3,9)
Diarreia	30 (19,7)	2 (1,3)
Doença mental	10 (6,5)	2 (1,3)
Hipertensão	42 (27,6)	3 (1,9)
Neoplasia	28 (18,4)	23 (15,1)
Pneumonia	15 (9,8)	4 (2,6)
Problemas cardíacos	31 (20,3)	30 (19,7)
Tuberculose	4 (2,6)	1 (0,7)

Fonte: elaboração própria.

n: amostra absoluta de famílias; %: frequência relativa de famílias.

O agravo por problemas cardíacos, diferentemente dos outros analisados, apresentou praticamente o mesmo número de internações com 20,3% (n=31) e de óbitos com 19,7% (n=30), que pode estar associado a maior gravidade desses casos, que poderiam ser detectados precocemente e acompanhados na APS.

Discussão

Os achados demonstram vulnerabilidades biopsicossociais experimentadas pelas famílias que vivem da agricultura familiar e/ou pesca artesanal no território rural, como: preocupação com a alimentação (insegurança alimentar), deficiência no tratamento da água para consumo, existência de problemas ambientais, insatisfatória produção familiar, baixa renda familiar, inexistência de escolas ou creches na comunidade, carência de opções de lazer na comunidade. Essa realidade é contraditória com as metas propostas pelos ODS: fome zero; boa saúde e bem-estar; educação de qualidade; água limpa e saneamento; emprego digno e crescimento econômico; redução das desigualdades; combate às alterações climáticas, demonstrando uma necessidade de reestruturação urgente para enquadrar-se nas perspectivas

da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável².

Esses problemas biopsicossociais interferem direta ou indiretamente nas condições de vida e saúde dessas famílias. Dessa forma, essa realidade acarreta dados comprovadamente piores em indivíduos que moram nessas áreas comparados aos que moram em área urbana, como autoavaliação de saúde regular/ruim/muito ruim (45%/32%), conectado à rede coletora de esgoto ou pluvial (5%/65%), sem água canalizada no domicílio (21%/1%), lixo coletado diariamente (27%/92%), e há lugar público para atividade física (11%/48%)¹⁷.

Em pesquisa realizada em comunidades ribeirinhas da Amazônia, ao aplicar índice de salubridade ambiental domiciliar para o meio rural, foi constatado que um dos principais fatores que contribuem para insalubridade e baixa salubridade é a precariedade dos domicílios em relação à existência de instalação sanitária domiciliar, a qual inviabiliza o acesso à água dentro da casa e, também, ao sabão para práticas de higiene, além da coleta e do tratamento de esgotos entre outras atividades relacionadas com a saúde ambiental¹⁸. Apesar de dados satisfatórios descritos neste estudo relacionados com a salubridade ambiental, um dado instigante é sobre o número expressivo de

famílias que não tratam a água para consumo, sendo a principal fonte da água para consumo proveniente de cisternas de placas. Esse fato pode relacionar-se ao número expressivo, em pleno século XXI, de causas diarreicas nas internações hospitalares.

Em análise técnica de água de fontes rurais usadas para abastecimento domiciliar e na agroindústria¹⁹, verificaram-se: cor da água abaixo do padrão máximo permitido; baixa concentração de amônia; pH com variável entre 5,5 e 7,5 e algumas amostras com contaminação por coliformes fecais. Além disso, apesar de o Brasil ser um país rico em recursos hídricos, são notórias as desigualdades relacionadas com o acesso à água, refletindo contrastes no desenvolvimento econômico e social. Em estudos relativos à distribuição espacial dos indicadores operacionais do serviço de abastecimento de água na região Nordeste, é possível identificar problemas referentes ao acesso, consumo e perdas de água, inclusive com índice de consumo de água com percentuais considerados elevados em determinadas localidades dos estados da Bahia, do Ceará, de Alagoas e da Paraíba²⁰.

Alguns dados encontrados mostraram-se satisfatórios, como tipo de casa, forma de aquisição da moradia, energia elétrica, fontes de água para consumo por meio de cisternas de placas e destino das fezes em fossas. Uma das explicações para essa realidade pode ser em virtude da atuação de alguns programas governamentais, como Bolsa Família, Luz para Todos, Um Milhão de Cisternas e Saneamento Brasil Rural, que proporcionam melhorias nas condições de vida dessas famílias. Apesar dos benefícios comprovados desses programas governamentais, muitos deles estão enfrentando, desde 2016, uma escassez gradativa nos recursos financeiros destinados.

A produção proveniente do trabalho rural descrita como 'regular', 'ruim' ou 'muito ruim' por número significativo de entrevistados, além de interferir na renda familiar, também pode gerar consequências na alimentação da família que utiliza, muitas vezes, parte da

produção para consumo, configurando-se como regime de economia familiar em que o trabalho mútuo dos membros da família é indispensável à própria subsistência e ao desenvolvimento socioeconômico da família²¹. Essa realidade foi observada neste estudo, utilizando itens adaptados da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (Ebia) ao encontrar números significativos associados à preocupação e à limitação da alimentação das famílias que vivem da agricultura familiar e/ou pesca artesanal²².

Esses dados convergem com outros estudos realizados com aplicação da escala Ebia na população cearense que destaca que um percentual de 44,2% dos domicílios se encontrava na condição de insegurança alimentar no estado, sendo pior nas áreas rurais (53,4%) do que nas urbanas (41,7%). Esse fato demonstra a importância da agricultura familiar no combate à insegurança alimentar, pois atua desde a produção até a formação de mercado e agroecologia. Dessa forma, ações promovidas por programas governamentais, como Programa de Aquisição de Alimentos (PAA) e Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), são exemplos que devem ser expandidos, uma vez que incentivam compras da agricultura familiar para abastecer os equipamentos públicos e entidades da rede socioassistencial²³.

Um dos motivos que podem ter agravado essa insegurança alimentar, detectado pelo estudo, é devido à pandemia da Covid-19 no período da coleta de dados. Os efeitos dessa crise na saúde tornam-se ainda mais graves no trabalho informal e na incerteza de acesso à renda e às políticas públicas como no contexto do Nordeste. Essa realidade envolve questões que vão além da oferta ou do acesso ao alimento ou da geração de renda, demandando estratégias que contribuam para a efetivação do conjunto dos direitos sociais e em uma proteção social que atenda a todas as necessidades básicas do ser humano, principalmente neste período atual que se vivencia^{23,24}.

Esse tema torna-se ainda mais importante no contexto atual vivido pela sociedade

brasileira, que presencia o desmonte de políticas ambientais, de segurança e soberania alimentar e bem-estar social, contradizendo direitos fundamentais propostos pela ONU, como alimentação adequada². Dessa forma, o fortalecimento dos sistemas agroalimentares sustentáveis é fundamental para criação de políticas públicas que se articulem com a promoção de saúde e segurança alimentar e nutricional²⁵.

Todos esses fatores contribuem para problemas de saúde, internações e óbitos nos membros pertencentes a famílias rurais. Na análise da saúde realizada neste estudo, identificaram-se dados semelhantes aos encontrados nos últimos anos no Brasil, em que, diante da sua transição epidemiológica, observa-se uma tendência na diminuição das doenças infectocontagiosas e crescimento de doenças crônicas, como cardiovasculares e mentais. Também foram encontrados números expressivos de óbitos por doenças cardiovasculares, neoplasias e causas externas, semelhantes às principais causas de mortalidade brasileira^{15,16}.

É interessante observar os dados relativos aos casos de Covid-19 nas famílias analisadas na pesquisa, pois eles foram coletados aproximadamente seis meses após a confirmação dos primeiros casos no Ceará, iniciando-se os diagnósticos na capital do estado. A relação dinâmica existente entre os territórios urbanos e rurais, principalmente nessas áreas classificadas como rurais adjacentes como Novo Oriente (CE), provoca um contato físico constante entre os sujeitos. Além disso, algumas vulnerabilidades, como a pobreza, as desigualdades socioeconômicas e as altas taxas de trabalho informal, são fatores responsáveis pela intensificação no número de casos²⁶.

Outro dado da pesquisa que merece destaque é sobre a alta prevalência de problemas, internações e óbitos associados às causas externas, destacando-se os acidentes. Uma das explicações para esse fato pode ser em razão da quantidade expressiva de indivíduos que possuem como transporte próprio a motocicleta no município. Dessa forma, é fundamental a

realizações de ações educativas na prevenção desses agravos.

Sobre dados de internações hospitalares no Brasil, o IBGE²⁷ caracteriza que 6,6% (13,7 milhões) de brasileiros entrevistados ficaram internados em hospitais por 24 horas ou mais nos 12 meses, sendo que 64,6% (8,9 milhões) realizaram esse atendimento por meio do SUS, inclusive com proporções ainda mais expressivas na região Nordeste (77,8%). Além disso, no meio rural, as internações em serviços públicos também foram mais frequentes (85,9%) do que as registradas na área urbana (61,4%).

A ESF, que possui o seu foco de atuação na abordagem familiar, está diretamente relacionada com a promoção e a prevenção desses problemas de saúde no intuito de diminuir esses casos de internações e óbitos. Dessa forma, a ESF deve estar preparada para lidar com as singularidades do processo de adoecimento de cada grupo e as especificidades nos seus aspectos biopsicossociais, bem como articular a vigilância em saúde com as ações em promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de maneira adequada e eficaz¹³.

Entretanto, ainda existe uma heterogeneidade na consolidação da APS no Brasil em função, principalmente, dos diferentes processos de gestão dos municípios, que possuem autonomia para definir as prioridades para os gastos em saúde, podendo decidir os investimentos que serão vinculados ou não à APS. Essa priorização nos gastos destinados à saúde pública e aos cuidados biopsicossociais é de extrema importância diante da realidade atual de austeridade fiscal do governo que ameaça a expansão e a consolidação do SUS. Na medida em que o fortalecimento da APS é uma das mais potentes medidas nos cuidados em saúde, a diminuição de investimentos na APS representa o enfraquecimento da consolidação de arranjos sistêmicos, capazes de garantir a coordenação e a integralidade da atenção^{5,28,29}.

Diante dessa realidade, emerge a importância da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA) no intuito de trazer maior

visibilidade para essas desigualdades vivenciadas por esse segmento populacional na busca por melhores indicadores das famílias que vivem da agricultura e da pesca, por meio de um adequado acesso aos serviços de saúde de qualidade para reduzir os riscos associados aos aspectos biopsicossociais³⁰.

Conclusões

Assim como caracterizado no presente estudo, existem muitas vulnerabilidades biopsicossociais que podem contribuir para as condições de vida e de saúde das famílias que vivem da agricultura familiar e/ou pesca artesanal. Por isso, as ações de saúde pública não podem se desvincular dessas condições biopsicossociais associadas às iniquidades em saúde, devendo buscar uma articulação entre governos, empresas e cidadãos no intuito de alcançar as metas dos ODS.

Além disso, os serviços de saúde devem realizar o planejamento de suas ações com base na análise situacional dos problemas de saúde. Destaca-se neste estudo que a insegurança alimentar e as doenças crônicas, como doenças cardiovasculares e problemas de saúde mental, são questões prioritárias para serem enfrentadas pelo SUS e por outras políticas intersetoriais como as relacionadas com a Agenda 2030. A ESF nesses territórios pode ter um importante papel na abordagem desses problemas por meio da articulação com outras políticas intersetoriais e com sociedade civil organizada visando a sua superação mediante iniciativas e ações territoriais. O

fomento à convivência com o semiárido e a agroecologia é uma importante estratégia há muito tempo desenvolvida por organizações – como a Articulação Semiárido Brasileiro (ASA) – que poderiam estar mais articuladas ao SUS e à ESF.

Diante das peculiaridades de vida e saúde nos territórios rurais, bem como dos desafios colocados para os profissionais de saúde atuantes nessas comunidades, os quais precisam compreender as dimensões do modo de vida e trabalho rural, com seus riscos, é fundamental visibilizar o que se passa no campo, já que a maioria dos estudos no Brasil se concentra nas populações urbanas. Portanto, mais pesquisas necessitam serem realizadas no intuito de melhorar a abordagem das famílias que vivem e sobrevivem do meio rural, bem como aprofundar o conhecimento sobre os territórios e os modos de produzir saúde. Hoje se vive a maior tragédia humanitária do século com a pandemia da Covid-19, que vulnerabiliza ainda mais as populações sertanejas e faz de agendas para a vida, como a Agenda 2030, um guia para a ação imediata envolvendo governos e sociedade civil organizada.

Colaboradores

Sombra Neto LL (0000-0002-0204-1960)*, Silva FVE (0000-0002-6053-3189)*, Barbosa ACM (0000-0002-7591-6799)*, Carneiro FF (0000-0002-6625-9715)* e Pessoa VM (0000-0003-3676-9607)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Borghi CMSO, Oliveira RM, Sevalho G. Determinação ou determinantes sociais da saúde: texto e contexto na América Latina. *Trab. Educ. Saúde*. 2018;16(3):869-97.
2. Organização das Nações Unidas. *Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)*. Nova York: ONU; 2015. [acesso em 2021 jan 28]. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>.
3. Pessoa VM, Almeida MM, Carneiro FF. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? *Saúde debate*. 2018; 42(esp1):302-314.
4. Souza S, Pappen M, Krug SBF, et al. Uma revisão narrativa associando a vulnerabilidade à saúde e os fatores ambientais de trabalhadores rurais. *Rev. Bras. Med. Trab.* 2018; 16(4):503-508.
5. Neves RG, Flores TR, Duro SMS, et al. Tendência temporal da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2006-2016. *Epidem. Serv. Saúde*. 2018 [acesso em 2021 jan 28]; 27(3). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222018000300302&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.
6. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde debate*. 2018; 42(esp1):18-37.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 22 Set 2017.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Coordenação de Geografia. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios contínua (PNAD contínua)*. [acesso em 2021 jan 28]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/habitacao.html>.
9. Carneiro FF, Pessoa VM, Teixeira ACA, organizadores. *Campo, floresta e águas: práticas e saberes em saúde*. Brasília: Editora UnB; 2017. [acesso em 2021 jan 28]. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/wnvqt>.
10. Pereira Neto ÉF, Ramos MZ, Silveira EMC. Configurações familiares e implicações para o trabalho em saúde da criança em nível hospitalar. *Physis*. 2016; 26(3):961-979.
11. Dantas CMB, Dimenstein M, Leite JF, et al. Território e determinação social da saúde mental em contextos rurais: cuidado integral às populações do campo. *ATHENEAD*. 2020; 20(1):2169.
12. Junqueira FM, Melo Cabral ER, Carneiro FF, et al. A pesquisa brasileira em contextos rurais: instrumento de justiça social. In: Savassi LCM, Almeida MM, Floss M, et al., organizadores. *Saúde no caminho da roça*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018. 163 p. (Coleção Fazer saúde).
13. Lima MC, Teixeira ACA, Barros E, et al. O fazer rural. In: Savassi LCM, Almeida MM, Floss M, et al., organizadores. *Saúde no caminho da roça*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018. 163 p. (Coleção Fazer saúde).
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Coordenação de Geografia. Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação*. Rio de Janeiro: IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2017.
15. Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de Informática do SUS. *SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020. [acesso em 2020 dez 15]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=29878153>.
16. Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de Informática do SUS. *SINAN: Sistema de Informação sobre Mortalidade*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020.

- [acesso em 2020 dez 15]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060701>.
17. Savassi LCM, Almeida MM, Floss M, et al., organizadores. Apresentação. In: Savassi LCM, Almeida MM, Floss M, et al., organizadores. Saúde no caminho da roça. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018. 163 p. (Coleção Fazer saúde).
 18. Bernardes C, Bernardes RS, Günther WMR. Proposta de índice de salubridade ambiental domiciliar para comunidades rurais: aspectos conceituais e metodológicos. *Eng. Sanit. Ambient.* 2018; 23(4):697-706.
 19. Sampaio CAP, Ide GM, Batalha CP, et al. Análise técnica de água de fontes rurais. *Eng. Sanit. Ambient.* 2019; 24(2):213-217.
 20. Araújo SC, Silva Filho JA, Silva GMS, et al. Distribuição espacial de indicadores operacionais de serviço de abastecimento de água no Nordeste Brasileiro. *Rev. Verde.* 2016; 11(1):20.
 21. Neri EL, Garcia LG. Atrizes da roça ou trabalhadoras rurais? O teatro e a fachada para obtenção da aposentadoria especial rural. *Soc. Estado.* 2017; 32(3):701-724.
 22. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Escala Brasileira de Insegurança Alimentar – EBIA: análise psicométrica de uma dimensão da Segurança Alimentar e Nutricional. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2014.
 23. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará. PRAD Informe: Análise da (in)segurança alimentar do Ceará a partir dos dados da Pesquisa Regional por Amostra de Domicílios (PRAD-CE). v. 3. Fortaleza: IPECE; 2021.
 24. Schappo S. Fome e insegurança alimentar em tempos de pandemia da covid-19. *SER_Social.* 2021 [acesso em 2021 jan 28]; 23(48):28-52. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/32423.
 25. Pereira N, Franceschini S, Priore S. Qualidade dos alimentos segundo o sistema de produção e sua relação com a segurança alimentar e nutricional: revisão sistemática. *Saude soc.* 2020; 29(4):e200031.
 26. Kerr L, Kendall C, Silva AAM, et al. COVID-19 no Nordeste brasileiro: sucessos e limitações nas respostas dos governos dos estados. *Ciênc. Saúde Colet.* 2020; 25(supl2):4099-4120.
 27. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde. Rio de Janeiro: IBGE; 2019. 181 p. [acesso em 2021 mar 5]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=o-que-e>.
 28. Castro MC, Massuda A, Almeida G, et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *The Lancet.* 2019; 394(10195):345-356.
 29. Almeida PF, Medina MG, Fausto MCR, et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde debate.* 2018; 42(esp1):244-260.
 30. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.311, de 23 de outubro de 2014. Altera a Portaria nº 2.866/GM/MS, de 2 de dezembro de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). *Diário Oficial da União.* 24 Out 2014.

Recebido em 18/06/2021

Aprovado em 04/11/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Programa Inova Fiocruz (Edital Geração de Conhecimento-Novos Talentos, Edital número 3 de 2018)

Cuidando de Pessoas Vivendo com HIV/Aids na Atenção Primária à Saúde: nova agenda de enfrentamento de vulnerabilidades?

Caring for People Living with HIV/Aids in Primary Health Care: a new agenda for facing vulnerabilities?

Jorginete de Jesus Damião¹, Rafael Agostini², Ivia Maksud³, Sandra Filgueiras⁴, Fátima Rocha⁵, Ana Carolina Maia¹, Eduardo Alves Melo^{5,6}

DOI: 10.1590/0103-1104202213211

RESUMO A ampliação do papel da Atenção Primária à Saúde (APS) no tratamento de Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA) tem potencial de expandir o acesso ao cuidado de saúde. Este artigo visa analisar implicações da descentralização da assistência de PVHA para a APS na (re)produção ou redução de vulnerabilidades. Os conceitos de violência simbólica; interseccionalidade; precariedade e vulnerabilidades orientaram a entrada em campo e a análise dos resultados. Foram realizados grupos focais com profissionais, observação participante e entrevistas semiestruturadas com usuários e profissionais de duas unidades de APS na região central do município do Rio de Janeiro. Como principais resultados, destacam-se as implicações das vulnerabilidades associadas à violência armada e às questões de gênero no cuidado em saúde das PVHA, a existência de efeitos paradoxais da lógica territorial, bem como tensões entre a organização do processo de trabalho na APS e as necessidades/expectativas de usuários. Concluímos que a ampliação do acesso coexiste com a produção de novos riscos, que refletem na continuidade e qualidade do cuidado. Sublinhamos a necessidade de fortalecimento das interações trabalhador-usuário e da reflexão sobre novos arranjos para a organização dos processos de trabalho, que resultem em mais proteção e cuidado às pessoas, evitando a ampliação de vulnerabilidades.

PALAVRAS-CHAVE HIV. Atenção Primária à Saúde. Vulnerabilidades. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. Assistência integral à saúde.

ABSTRACT *The expansion of the role of Primary Health Care (PHC) in the treatment of people living with HIV/Aids (PLWHA) has the potential to expand access to health care. This article aims to analyze the implications of the decentralization of services for PLWHA to PHC and its impact on the (re)production or reduction of vulnerabilities. The concepts of symbolic violence; intersectionality; precariousness and vulnerabilities guided the entry into the field and the analysis of the results. This study involved participant observation, focus groups with professionals and semi-structured interviews with users and professionals from two PHC units of the city of Rio de Janeiro. The results highlight the implications of vulnerabilities associated with armed violence and gender issues in health care, the presence of paradoxical effects of territorial logic, as well as tensions between the organization of work processes in PHC and the needs and expectations. Advances in the expansion of access coexist with the production of new risks that impact the continuity and quality of care. We underscore the need to strengthen worker-user interactions and to reconsider new arrangements for the organization of work processes that may result in more protection and care than in the expansion of vulnerabilities.*

KEYWORDS HIV. Primary Health Care. Health vulnerability. Comprehensive health care.

¹Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. jjdamiao@yahoo.com.br

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

³Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁴Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁵Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁶Universidade Federal Fluminense (UFF), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Niterói (RJ), Brasil.



Introdução

Os avanços tecnológicos conquistados no enfrentamento da epidemia de HIV/Aids permitem o aumento da expectativa e qualidade de vida das Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA) e têm potencial para acabar com a epidemia¹. No entanto, mesmo após quatro décadas de surgimento da Aids, ainda persistem condições socioculturais que criam vulnerabilidades para a infecção e para morbimortalidade pelo HIV/Aids. Condições estas que representam barreiras significativas para o controle da epidemia e para a adoção equânime das tecnologias biomédicas existentes em benefício das pessoas, comprometendo assim a qualidade do cuidado ofertado na rede de saúde^{2,3}.

O conceito de vulnerabilidade tem origem no campo de direitos humanos e se expandiu para o campo da saúde, iluminando a construção de respostas para o enfrentamento da epidemia da Aids^{4,5}. Sua compreensão tem buscado formular ‘totalidades compreensivas’, superando a dicotomização entre o individual e o coletivo na abordagem das dimensões implicadas na exposição ao vírus e no viver com HIV^{4,6}: individual, social e programática.

Conforme destacam Ayres, Paiva, Buchalla⁶, a dimensão individual envolve a identidade pessoal, construída nas interações com o mundo, enquanto a dimensão social se relaciona aos contextos de organização política, econômica e sociocultural, e é perpassada por marcadores sociais da diferença, como gênero, raça, classe e geração. Por sua vez, a dimensão programática abrange políticas, serviços e ações institucionais, em conformidade com (e fruto de) processos e contextos político-sociais diversos.

Essa perspectiva é capaz de relacionar processos de saúde-doença-cuidado, a partir do entendimento de que políticas e serviços precisam ser pensados não somente como ferramentas para atender demandas de

saúde estanques e apartadas do contexto em que são produzidas⁷.

A relação entre vulnerabilidades e Aids tem mão dupla. A pobreza e outros marcadores de exclusão social têm um papel na construção da vulnerabilidade à doença. Por outro lado, diferentes aspectos ligados ao viver com HIV/Aids reforçam e produzem novas vulnerabilidades decorrentes do estigma da doença, que persiste impactando a saúde das pessoas mesmo após quatro décadas da epidemia.

Tradicionalmente, o cuidado às PVHA se dava em ambulatórios de infectologia e o diagnóstico era realizado em Centros de Testagem e Aconselhamento. Buscando ampliar o acesso às ações de prevenção e diagnóstico do HIV, e, mais recentemente, ao tratamento das PVHA, a descentralização destas ações para unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) vem ocorrendo paulatinamente em diversos municípios brasileiros^{8,9}. O argumento passa pela reconfiguração da epidemia, pelo aumento do acesso à prevenção e tratamento e ampliação da capilaridade da APS, com a expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) a partir dos anos 2000¹⁰. No município do Rio de Janeiro, o crescimento da ESF ocorreu tardiamente e de forma acelerada, iniciando o acompanhamento das PVHA na APS em 2013¹¹.

A descentralização do cuidado em HIV/Aids na APS tem levantado questões sobre um possível efeito paradoxal desta política. Ao mesmo tempo que, pela inserção da unidade de saúde na comunidade onde vivem seus usuários, potencializa o acesso a um cuidado singularizado, também pode, pela mesma razão, produzir vulnerabilidades que dificultam o acesso ao diagnóstico e a adesão ao tratamento antirretroviral, em função do estigma da doença, que ainda permanece¹². Nesse sentido, o objetivo do presente artigo é analisar implicações da descentralização da assistência à saúde de PVHA para a APS na (re) produção ou redução de vulnerabilidades, com ênfase para aquelas relacionadas à violência armada e às relações de gênero.

Percurso metodológico

Os dados apresentados neste artigo derivam da pesquisa 'O Cuidado às Pessoas com HIV/Aids na Rede de Atenção à Saúde'. Os achados aqui debatidos referem-se ao campo realizado em duas unidades de APS, ambas localizadas na região central do município do Rio de Janeiro, com ampla oferta de serviços públicos de saúde, desde o nível de atenção básica até uma rede de serviços especializados. Os sujeitos incluídos na pesquisa foram usuários, profissionais de saúde e representantes de movimentos sociais de HIV/Aids.

A pesquisa se beneficiou de referenciais teórico-metodológicos do campo das ciências sociais e humanas e da saúde coletiva para orientar a entrada em campo e a análise dos resultados. Os dados foram interpretados em diálogo com os conceitos de violência simbólica¹³ (violência despercebida, modo de dominação sutil), interseccionalidade¹⁴ (instrumentalidade teórico-metodológica à inseparabilidade estrutural do racismo, capitalismo e cis-heteropatriarcado, percebendo as múltiplas camadas de estruturas de opressão, sobretudo de gênero, raça e classe), vulnerabilidade⁶ (interação das dimensões individual, social e programática constituintes das vulnerabilidades da pessoa à doença) e precariedade¹⁵ (reconhecimento de que determinados enquadramentos epistemológicos permitem que certas vidas sejam tratadas como mais precárias que outras e, portanto, menos passíveis de luto e de proteção). Foram realizados dois grupos focais com Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em cada uma das unidades, e entrevistas semiestruturadas com usuários (16), profissionais da saúde (64 entre ACS, médicos e enfermeiros) e ativistas do movimento social de Aids (7), além de observação participante em salas de espera, atividades de grupos e em outras ações realizadas pelos serviços selecionados. As entrevistas e grupos focais foram gravados e transcritos para posterior codificação temática.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e pelo CEP da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, através dos pareceres de número 2309404 e 2559884, respectivamente. Para garantir a confidencialidade dos participantes, os nomes reais foram substituídos por fictícios.

O cenário do estudo e perfil dos usuários

Embora localizadas na região central e no 'asfalto', as duas unidades estudadas encontram-se nas margens de favelas, em territórios permeados pela pobreza e com ostensiva presença de violência decorrente da guerra contra o tráfico de drogas. A área de abrangência de uma delas inclui pontos de prostituição, dois conjuntos habitacionais e uma região com grande concentração de cortiços. Já o território da segunda unidade engloba uma área tradicional de classe média da cidade.

Ambas as unidades se localizam em uma área programática – como são chamadas as regionais de saúde no município do Rio de Janeiro – bastante heterogênea e estratégica para a circulação na cidade, pois nela estão situados o centro comercial e administrativo do município, além da rodoviária e de um dos aeroportos.

O perfil das PVHA acessadas pela pesquisa apresentou múltiplos contornos: homens e mulheres em relacionamentos estáveis ou não, hétero e homoafetivos, jovens e adultos, pessoas em situação de prostituição, pessoas vivendo em situação de rua, pessoas ligadas ao tráfico de drogas, beneficiários de programas sociais. A maioria das pessoas era pobre, com baixa escolaridade e negras, evidenciando a interação das vulnerabilidades geradas pelo contexto político e sociocultural e as vulnerabilidades individuais expressas no comportamento dos indivíduos⁶, mas havia ainda pessoas consideradas de classe média, atendidas também na rede privada de saúde.

Resultados e discussão

Considerando que a epidemia de HIV/Aids é, antes de tudo, uma epidemia de significados¹⁶, ela se manifesta e se retroalimenta a partir dos entrecruzamentos de diferentes vulnerabilidades, atravessando as práticas de cuidado no cotidiano dos serviços de saúde e sedimentando limites e possibilidades de cuidado individual e coletivo.

Nas unidades de APS e em entrevistas com gestores e ativistas do movimento social ligado à Aids, os achados evidenciaram diferentes questões capazes de comprometer ou melhorar as práticas de cuidado. As desigualdades de acesso ao diagnóstico e tratamento das PVHA tiveram presença marcante da violência urbana e das relações de gênero, em um contexto de entrecruzamento de vulnerabilidades, fortemente marcado pelo estigma. Por este motivo, privilegiamos estes temas para organizar os dados do estudo.

Barreiras de acesso ao diagnóstico e tratamento impostas pela violência no território

A violência no território é percebida pelos profissionais de saúde no cotidiano do trabalho e também nas relações estabelecidas com os usuários. Ela afeta sobremaneira tanto os processos de adoecimentos como as estratégias possíveis de assistência e vem se constituindo um desafio para o setor saúde, por suas repercussões na vida das pessoas e comunidades. No caso brasileiro, a violência se manifesta com uma íntima relação com a pobreza e outras vulnerabilidades¹⁷.

A violência armada foi apontada, sobretudo pelos ACS, como um desafio capaz de limitar o acesso ao diagnóstico e tratamento das PVHA, suscitando medo de expulsão do seu local de moradia. Soma-se à violência armada inúmeros relatos de violência simbólica, presentes no cotidiano dos ACS e dos demais moradores do território. Entre as histórias narradas pelos ACS, não é incomum os casos de pessoas

que descobrem o diagnóstico e saem da comunidade com medo de serem mortas pelo tráfico. “*Vou embora. Se eu ficar aqui, eles vão me matar*” (GF ACS 1 AP 1).

Este temor faz com que alguns usuários prefiram não publicizar seu diagnóstico na comunidade onde residem, com receio de serem alvo de algum tipo de represália.

[...] Uma questão clara é da Diana. Ela é da área, o filho dela é do tráfico e assim, quando ela soube foi aquele choque. Ela não queria que ninguém soubesse, porque ela não queria que a notícia se espalhe e chegue lá em cima no ouvido do pessoal. Eu consegui segurar o sigilo dela... só descobriram porque um dia ela veio buscar a receita, ela estava com pressa e ela pediu pra deixar a receita grampeada no acolhimento, eu deixei, mas o ACS foi lá e olhou... E aí meio que uma contou pra outra, aí eu virei e falei, isso não sai daqui de dentro. (Cadu Roque. Médico UBS 1).

O depoimento de um ativista que vive com HIV, Hildemar, revela a violência simbólica sofrida diante da exposição de seu diagnóstico de HIV. Ele morava em um bairro na zona oeste da cidade. Embora o episódio não tenha ocorrido no território das duas unidades onde nosso estudo realizou o campo, revela como é grave a exposição do diagnóstico em função de uma prática pouco cuidadosa da equipe de saúde local.

Primeiro eles foram a mim e perguntaram se eu era soropositivo, e eu neguei. Eles falaram que iriam na Clínica da Família do local e que se soubessem, eles iriam voltar, e fazer o que eu já sabia que acontecia com pessoas aidéticas lá dentro, no condomínio. Aí demorou uns dois dias, para mim eles tinham esquecido, aí a clínica me ligou bem cedo dois dias depois falando que eles tinham acabado de sair de lá, para eu sair com a roupa do corpo e com os documentos, que eles iriam atrás de mim. Aí eu saí. Como já tinha um fato de que eles tinham matado um menino que era soro lá, então eu saí e não voltei mais. (Hildemar, Movimento social).

Esse processo de violência no território é fortemente marcado pelo estigma e discriminação, comprometendo a efetividade do cuidado e acarretando, entre outras consequências, vulnerabilidades constituídas por ações/atitudes do próprio serviço de saúde e suas equipes (vulnerabilidade programática)^{4,18}.

Numa história narrada por Luís, médico, ativista do movimento da luta contra a Aids, o despreparo de um ACS levou à situação de expulsão do território.

O Agente Comunitário de Saúde chegou de bicicleta com um papel na mão e disse: 'Você tem consulta de Aids dia tal e dia tal'. [...] Ele estava construindo sua casa, tudo lá dentro, e ele teve que sair da comunidade. Foi expulso. (Luís, Movimento social).

Estes relatos evidenciam vulnerabilidades programáticas e nos remetem à reflexão de Bonet¹⁸ sobre a necessidade de lidar com o paradoxo presente na APS, que ao mesmo tempo que representa um instrumento potente na diminuição das desigualdades de acesso à saúde, pode reforçá-las.

Além dos desafios impostos às ações propriamente de assistência às PVHA, a violência e o estigma da Aids impõem dificuldades também para a realização de ações de testagem e outras atividades de prevenção, pois sua realização parece dar indícios de que há casos de HIV no território, o que provoca questionamentos dos trabalhadores do tráfico como “*Veio falar disso, tem alguém por aqui [...] tem alguma coisa. O que houve?*”.

Esta situação exige flexibilidade das equipes de saúde em ajustar seus planejamentos, fluxos, protocolos e, até mesmo, ter atenção com determinados gestuais, de modo que as ações de testagem e prevenção possam ser realizadas, como apontam as ACS:

Tem que ter todo um planejamento já de não olhar para ninguém, de não falar resultado pra ninguém.

Caso esses cuidados não sejam tomados, [...] isso ameaça diretamente a integridade física dos sujeitos.

Como alerta uma ACS, “*se ele [um traficante] se embatucar com alguém, pronto. Ai, vai dar ruim pra alguém*” (GF ACS 2 AP 1).

Esses achados evidenciam barreiras às ações de cuidado, impondo a organização de processos de trabalho que levem em conta esses atravessamentos, de modo que o cuidado integral possa se efetivar. A impossibilidade das equipes em realizar estas adaptações, conforme a necessidade das pessoas e seus territórios de vida, acrescenta outras vulnerabilidades programáticas, ampliando as barreiras de acesso.

Os jovens inseridos no tráfico vivem à margem da sociedade, à medida que buscam preservar suas identidades e têm uma circulação restrita a áreas em que se sentem mais protegidos, evitando confrontos com a polícia. Ao mesmo tempo, a exigência de documentos para realização de exames ou dispensação de medicamentos torna-se um entrave, capaz de reforçar a vulnerabilidade deste grupo.

ACS: Tudo tem que ter documento (Teste rápido).

ACS: E se ele não fornecer fica difícil de colocar esse paciente no sistema. (GF ACS UBS 2).

Os conflitos no território atravessam o cotidiano do trabalho dos profissionais da APS, demandando constantes ajustes no gerenciamento das ações. No entanto, há dificuldades para flexibilização diante das normas.

A gente sabe que eles [jovens do tráfico] ali estão dentro da boca de fumo. E a gente queria muito fazer uma ação [...] entrar, falar com eles, colher o BAAR [Pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes, para o diagnóstico da tuberculose] deles, só que a gente sempre trava nessa questão dos documentos... porque eles não vão dar documento. (GF ACS UBS 2).

A vulnerabilidade programática, neste caso, foi produzida à medida em que a norma virou uma ‘camisa de força’, impedindo a efetividade do cuidado. O agir profissional deveria responder ao princípio da universalidade, quando os usuários não têm documentação, alguns procedimentos alternativos poderiam ser acionados.

Durante nosso trabalho de campo, relatos marcantes sobre questões relacionadas aos jovens que trabalham para o tráfico de drogas tornaram visíveis sua exclusão e a violação de seu direito ao cuidado em saúde. Sobretudo pela necessidade de manterem o anonimato e uma imagem de poder na comunidade, que poderia ser abalada com doenças estigmatizadas como a Aids e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).

Em visita domiciliar, um dos pesquisadores acompanhou um diálogo entre a ACS e uma PVHA que relatava a necessidade de ir à clínica, mas estava com receio, porque há poucos dias havia sido expedido o segundo mandado de prisão contra ela (Diário de Campo, Agostini, 2018).

Nas histórias narradas por pessoas que vivem em situação de rua, percebe-se como a violência simbólica¹³ de práticas assistenciais reforçam as vulnerabilidades que vivem. Simária, mulher negra, ficou presa por quatro anos no Complexo Penitenciário da Frei Caneca e 15 anos no ‘semiaberto’, por homicídio com ‘arma branca’. Foram 38 facadas no ex-marido que a cegou de um dos olhos e deixou uma grande cicatriz em seu braço. Hoje ela é fugitiva do sistema carcerário e passou a viver em situação de rua (Diário de campo de Agostini, 2018). Simária contou sobre diversas passagens por unidades de saúde onde, na maior parte das vezes, era tratada com “nojo” por ser “moradora de rua”. Nunca era submetida a exames, nem mesmo físicos. “Aplicavam uma injeção e mandavam embora”. Essas experiências de violência levaram-na a crer que um dos serviços de emergência que frequentava foi responsável por “roubar” um de seus rins e infectá-la com o vírus do HIV (Entrevista com usuária da UBS 1).

A história da Simária nos faz refletir sobre como estas vidas são marcadas pela precariedade. Judith Butler¹⁹ afirma que há ‘corpos abjetos’, cujas vidas não são consideradas ‘vidas’ e cuja materialidade é entendida como ‘não importante’. O racismo estrutural atravessa suas histórias, explica e justifica a aceitação da sociedade de que certas vidas podem ser perdidas, pois não importam, são descartáveis^{20,21}.

A conexão de vulnerabilidades sociais e individuais se expressa na vivência de situações de risco para o HIV e podem comprometer tanto o acesso ao serviço de saúde quanto a adesão ao tratamento e medidas preventivas, como demonstra o relato de um ACS participante do grupo focal.

Ninguém vai querer falar que tem HIV, ainda mais ‘ator’ [forma pela qual os ACS se referem aos jovens que trabalham no tráfico], porque vive uma vida muito promíscua. Um ator tem várias mulheres [...] ele não vai querer ser esculachado. [...] o cara está no auge da popularidade dele com várias mulheres, várias novinhas. Não pode porque o cara está bichado. Nenhum deles usam camisinha. É muito difícil usar camisinha ali [entre as pessoas envolvidas no tráfico]. [...] Tá bichado é (ou está com Aids) [...] Ou está com alguma IST. (GF ACS UBS 2).

Apesar do acesso aos cuidados em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) ser garantido também aos sujeitos que estão em pena privativa de liberdade, a experiência da pesquisa mostrou que esse processo nem sempre acontece tal como preconizam os dispositivos legais. No caso relatado por uma ACS, o paciente interrompeu o tratamento para o HIV quando foi preso e retornou à unidade para reiniciá-lo. “[...]Ó, eu estou sem fazer o tratamento há dois anos porque eu estive preso. E ele fazia o tratamento lá na pneumologia” (GF ACS UBS 1).

Essa situação nos remete à inexistência de ações intersetoriais (saúde e justiça), revelando mais uma vulnerabilidade programática, neste

caso, contribuindo para a quebra de continuidade do cuidado/tratamento do referido usuário.

Ainda que não se materialize efetivamente em superação das vulnerabilidades produzidas pela violência e das limitações que acarretam, a visibilidade desta questão tem contribuído para atitudes de implicação e responsabilização por parte dos profissionais de saúde, que, no caso dos ACS, é expressa também nos laços de solidariedade. “[...] a gente pede a mãe, a irmã, a mulher: Vai lá no posto então. Pega o remédio... a gente tenta ver o máximo” (ACS GF 2).

Relações desiguais de gênero e suas implicações no cuidado à saúde

As desigualdades de gênero contribuem para aumentar a vulnerabilidade das mulheres, tanto em relação à exposição das IST/HIV/Aids quanto ao seu acompanhamento nos serviços de saúde.

Diferentes relatos sobre mulheres vivendo com HIV/Aids, que tiveram agravamento da doença culminando em mortes, chamam a atenção para o entrecruzamento de vulnerabilidades que afeta este grupo.

Eu tive duas amigas que vieram a falecer e no finalzinho de vida elas vinham pro posto, e uma na época, ela não falava para ninguém o que ela tinha, falava que era macumba, que tinham feito macumba, mas na realidade a família dela sabia que ela tinha. Realmente eu vim a saber no dia que ela pediu para eu ver a receita dela, mas assim, ela morreu pessimamente mal. Eram duas amigas novas. Uma com vinte e poucos e a outra com 32 no máximo. Chegaram na unidade em estado cadavérico. (GF ACS 1 AP 1).

Chama a atenção nesta narrativa o fato de que as mulheres eram conhecidas da ACS e, mesmo assim, a unidade de saúde não foi capaz de identificar estes casos no território. Apesar da proximidade, ao contrário do que se espera, outros fatores programáticos dificultaram o acesso. O cuidado em relação ao HIV para a mulher está mais estruturado

à condição materna, incluindo a realização de exames para o diagnóstico de HIV em gestantes e prevenção da transmissão vertical. Mas as vulnerabilidades sociais e a violência são características presentes na trajetória das mulheres que vivem com HIV²², ao que se soma a falta de informações sobre sexualidade e contracepção e o pouco acesso aos serviços de saúde para as mulheres negras²³. Fatores estruturais, como desigualdades raciais, de gênero, opressão sexual e de idade, interagem de maneira sinérgica produzindo mais desvantagens e agregando vulnerabilidades a estes grupos². Nas histórias narradas, permeadas por manifestações de violência simbólica, é difícil não identificar entrecruzamentos dessas vulnerabilidades.

Pelos relatos dos profissionais de saúde, as mulheres foram percebidas como potencialmente expostas à infecção do HIV, em função da pouca autonomia na negociação do uso da camisinha com os seus parceiros e da violência. Em uma das histórias de gestantes com sífilis, a ACS relatou a dificuldade de tratamento porque o companheiro “força a ter relações com ele” sem camisinha.

O medo de que os companheiros descubram o diagnóstico induz algumas mulheres a deixarem de fazer o tratamento ou que o façam de forma irregular, por causa de estratégias para não serem descobertas, como o ocultamento de cartões de gestantes ou de medicamentos que possam revelar o diagnóstico. Analisando a literatura da área²⁴, também percebemos que dinâmicas envolvendo segredo e acobertamento fazem parte da vida dessas mulheres.

O sucesso no manejo do sigilo passa a ser um fator decisivo para a garantia do acesso e da continuidade do tratamento, uma vez que a unidade está inserida no território e, portanto, sua quebra pode ter impacto na vida familiar e social.

A Aids vista como uma doença associada à promiscuidade desloca o olhar da comunidade à mulher soropositiva como ‘aventureira’,

visibilizando a existência de uma vida sexual fora da conjugalidade, o que se contrapõe aos ideais da ‘mulher respeitável’^{24,25}.

[...] qualquer tipo de doença eles associam só às mulheres. É aquele negócio, se eles estão com alguma coisa é aquele negócio: ‘Quem me passou foi a fulana’. Eles nunca imaginam que ele mesmo já tenham o vírus ou qualquer coisa, e eles estejam passando. Geralmente sempre é: ‘A vagabunda, a sem vergonha, a safada que me passou’. Aí rola um esculacho. (Bianca, paciente UBS 2 AP1).

Os ACS relataram casos em que as mulheres não revelaram o diagnóstico aos parceiros que, por sua vez, não fazem a testagem para o HIV. Percebemos em algumas histórias que a revelação do diagnóstico de HIV ou de sífilis pode significar risco de vida, sobretudo para mulheres que vivem com homens ligados ao tráfico, cujas relações frequentemente são descritas como violentas e discriminatórias²⁶.

A gente já teve caso de doença sexualmente transmissível, que era parceira de um cara do movimento e ela estava morrendo de medo dele descobrir porque... ela sabia que ela seria cobrada se ele descobrisse. Então, foi todo um trabalho de sigilo. [...] imagina se fosse [HIV]. (ACS5 AP1 GF).

[...] ele chegou a vir na unidade querendo acompanhar a consulta dela para saber. (GF ACS UBS 1).

Contudo, o acompanhamento dessas mulheres pelos profissionais de saúde pode ser uma estratégia de enfrentamento das vulnerabilidades ao HIV/Aids, no contexto das desigualdades de gênero.

Resposta eu acho que não tem. Esse paciente que era aqui de Nova Iguaçu, ele é exatamente esse caso. Falaram que o cara ia matar ela, e eu acredito [...]. E eu problematizava com ela. E eu acho que o fato de eu ter acolhido, de entender, de ouvir, disponibilizar um tempo com ela [...] as coisas ficaram amenizadas, ele veio, teve o diagnóstico, foi tranquilo, não matou ela, acho que até fortaleceu a

questão entre os dois, começou a tratar. (Nando, médico, Grupo focal).

A interseccionalidade entre cor/raça e gênero pode ser notada nas histórias narradas¹⁴, embora as vulnerabilidades específicas experimentadas pelas mulheres negras passassem como despercebidas nos relatos dos profissionais. A referência à cor da pele só apareceu como forma de identificar alguma personagem, utilizando-se sinônimos para designar a cor preta da pele, como que para ‘amenizar’ a referência à cor. “É uma escurinha, né?”. Isto é confirmado na observação dos pesquisadores, que identificam que as pacientes eram, na maioria, negras, principalmente as protagonistas das histórias que remontavam às situações de vida mais precárias. Paradoxalmente, os ACS são eles mesmos pertencentes às camadas populares, que, no Brasil, constituem-se por uma maioria de pessoas negras, mas ‘a negação’ explicitada pelo não reconhecimento da sua realidade relaciona-se com o processo de alienação forçada pela experiência cotidiana do racismo²⁷.

O não reconhecimento de características que representam desvantagens para determinados grupos implica em oportunidades perdidas pelo serviço de saúde, de desenvolver ações capazes de minimizar o impacto destas vulnerabilidades.

A história de uma das pacientes negras entrevistadas envolve uma vida de pobreza, adoecimento e violência familiar. Laurinda foi trazida do Maranhão para viver com um ‘catador de lixo’ que precisava de uma pessoa que lavasse a sua roupa e fizesse sua comida. No início, disse que queria usar camisinha, mas ele não quis e, como era “boba”, acabou aceitando. No entanto, meses depois descobriu que ele vivia com hepatite e, logo depois, soube do diagnóstico do HIV/Aids. A relação dos dois era atravessada pela violência de gênero e pelo racismo, revelados, entre outras situações, pela forma de tratamento comumente dispensada a ela

pelo companheiro: “*preta imunda*”. Esse tratamento evidencia uma das expressões do racismo na representação do corpo negro como um corpo abjeto, imundo e excluído socialmente²⁸. As mulheres negras são afetadas por uma dupla carga de opressão, evidenciando a intersecção de diversos marcadores sociais. Não é possível separar raça e gênero, uma vez que construções racistas se alicerçam em papéis de gênero e as relações de gênero conferem maior impacto na experiência do racismo²⁷.

Avanços conquistados com políticas sociais nas décadas recentes não foram suficientes para diminuir as desigualdades raciais no País. A equidade entre brancos e negros passa pelo enfrentamento da questão racial. O conceito de racismo institucional nos ajuda a compreender os processos de reprodução da hierarquia racial, principalmente no âmbito das políticas públicas²⁹. Esta compreensão no âmbito do SUS implica no reconhecimento do fracasso em promover ações adequadas às necessidades das pessoas em função do impacto do racismo sobre sua saúde, como na história da Simária narrada acima, recolocando o desafio da equidade de acesso e do acesso ao cuidado no âmbito do SUS.

Uma das histórias narradas pelos ACS envolvia um jovem trabalhador do sexo, que se recusou a fazer o tratamento e acabou indo a óbito depois de um esforço da equipe para adesão ao tratamento. Ele vivia com HIV, tuberculose, hepatite e sífilis. “*O combo completo*” segundo uma das ACS.

A médica pediu pra fazer uma busca ativa dele da TB [tuberculose], porque o teste estava positivo. E eu fui lá, mas ele não veio buscar o resultado. E, aí, quando eu cheguei, ele estava na cama com outro rapaz. Aí, se enrolou numa toalha e veio me atender. Aí, ele falou pra mim: ‘Não, ninguém pode saber, hein’ [...] Você sabe que eu trabalho na rua e eu estou com HIV, eu tenho sífilis e ninguém pode saber aqui. (GF ACS UBS 1).

O segredo da situação envolvia a necessidade de sobrevivência. A família não sabia e a equipe só tomou conhecimento depois de um teste rápido solicitado pelo enfermeiro, embora ele tenha confidenciado ao ACS que já sabia que estava doente.

Depois do óbito, os protocolos de vigilância em saúde levaram a instalar um processo de busca ativa.

Se instaura, no entanto, um dilema ético já que o fato de solicitar a realização de exames após o falecimento do usuário é o mesmo que assinar um atestado do conhecimento da sua condição por parte da equipe de saúde. [...] os profissionais resolveram agir. [...] Era um quarto, sem janela, que tinha uma cama de casal e todo mundo dormia junto. E quando, a primeira coisa (que ouvi), quando eu fui lá, ‘Ele estava com tuberculose, né? Pode falar que ele estava pegado’. (GF ACS UBS 1).

Embora os Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) e mulheres transexuais ainda continuem sendo alguns dos grupos mais acometidos pelo HIV/Aids, as histórias envolvendo vulnerabilidades relacionadas à identidade de gênero nestes grupos não tiveram destaque nos achados. Na observação participante, foram personagens menos presentes nos espaços e tampouco foram relatados nas entrevistas com profissionais e ACS. Esses ‘não dados’ nos fazem questionar se este grupo está sendo acolhido pela APS e se suas vulnerabilidades são percebidas.

Os achados da pesquisa ratificam o poder das relações desiguais de gênero como um importante fator de vulnerabilização das mulheres ao HIV/Aids e apontam para a invisibilidade destas questões para alguns grupos, como os HSH e mulheres transexuais. Chamamos atenção sobre o papel dos profissionais de saúde da APS no enfrentamento destas vulnerabilidades. Este tema tem sido contemplado nas consultas com os usuários? Tem sido debatido em diferentes espaços de atendimento coletivo? Tem sido problematizado nas reuniões de equipe e

contribuído para refletir sobre a abordagem e condução de determinados casos?

A qualificação do cuidado, envolvendo abordagens sensíveis aos grupos vulneráveis, demanda reflexão crítica por parte das equipes de saúde sobre suas práticas profissionais e uma reorganização dos processos de trabalho, assim como o reconhecimento e respeito às diferenças e às questões identitárias³⁰.

Considerações finais

Os achados deste estudo permitiram visualizar a interação dos três eixos de vulnerabilidade (individual, social e programática). Dar visibilidade a estas vulnerabilidades é o primeiro passo para a superação das desigualdades que aumentam as chances de aquisição do HIV e criam barreiras para o seu enfrentamento.

O estigma e a discriminação ligados ao HIV/Aids ampliam a precariedade de vida das pessoas, comprometendo, por exemplo, o acesso e a qualidade do cuidado recebido no SUS.

Mesmo diante das vulnerabilidades produzidas pelo cuidado às PVHA, neste contexto de violência armada e de relações desiguais de gênero, atravessadas pela violência simbólica e outras vulnerabilidades, como as de raça, o espaço da APS também representa um elemento potencial para o seu enfrentamento, à medida que reconhece as necessidades das pessoas, pode entender melhor os motivos da baixa adesão ao tratamento, pode construir estratégias diferenciadas para lidar com as limitações e, com isso, facilitar a criação de vínculo.

No entanto, este potencial em promover equidade encontra limites nas práticas cotidianas, que reforçam processos de discriminação ou desconsideram as diferenças. A APS pode representar uma ameaça ou aprofundar os processos de vulnerabilização diante do temor da quebra de sigilo, acrescentando vulnerabilidades

programáticas à violência armada do território e ao sexismo, fortemente presente na vida dessas pessoas.

Identificamos avanços, potências e novos riscos (sobretudo relacionados ao sigilo), com expressões no acesso, na continuidade e qualidade do cuidado. Sublinhamos a necessidade de fortalecer as interações trabalhador-usuário, a qualificação do acesso e a reorganização dos processos de trabalho em direção à equidade, para que a política de descentralização resulte mais em proteção e efetividade do cuidado do que na ampliação de vulnerabilidades. A visibilidade das vulnerabilidades programáticas e a reflexão sobre elas, por parte dos trabalhadores da saúde, é fundamental para a garantia do direito à saúde e a defesa da vida.

A noção de vulnerabilidade avança em relação à de risco na medida em que considera a sua produção social como relações de vulnerabilização, e não um estado essencial ou natural. O olhar para a vulnerabilidade, no entanto, não deve desconsiderar, a priori, a possibilidade de existência de linhas de força que operam como resistência (à sujeição/opressão), ou como afirmação de potência de vida. O cuidado a PVHA na APS tem como efeito (e não apenas como intenção ou retórica) a ampliação de vulnerabilidades ou, ao contrário, o seu reconhecimento e tentativa de redução ou ainda a aposta na potência de vida das PVHA, a partir de um reconhecimento ético-político de que todas as vidas valem a pena.

Por fim, identificamos a necessidade de novas pesquisas que possam fornecer outros elementos para respondermos à questão sobre se o modelo da atenção primária favorece o cuidado singularizado de PVHA.

Agradecimentos

Agradecemos a leitura e revisão gramatical de Gustavo Antonio Mendelsohn de Carvalho.

Colaboradores

Damião JJ (0000-0001-6591-3474)*, Filgueiras SL (0000-0003-2971-734X)* e Rocha F (0000-0002-5500-7061)* contribuíram para concepção e delineamento do estudo, coleta e análise dos dados, redação e revisão final do manuscrito. Maksud I (0000-0002-3465-151X)* e

Melo EA (0000-0002-144-0526)* contribuíram para concepção e delineamento do estudo, coleta e análise dos dados e revisão crítica do manuscrito. Agostini R (0000-0001-8071-9362)* e Maia AC (0000-0002-144-0526)* contribuíram para concepção e delineamento do estudo, coleta e análise dos dados e redação do manuscrito. ■

Referências

1. Joint United Nations Programme on HIV/Aids. 90-90-90: An ambitious treatment target to help end the Aids epidemic. Geneva: UNAIDS; 2014.
2. Parker R. Interseções entre estigma, preconceito e discriminação na saúde pública mundial. In: Monteiro S, Villela W, organizadores. Estigma e Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. p. 61-80.
3. Parker R. O fim da Aids? Genebra: Associação Brasileira Interdisciplinas de Aids; 2011.
4. Ayres JR, Calazans GJ, Saletti Filho HC, et al. O risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, et al., organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz; 2006. p. 375-417.
5. Mann J. Saúde pública e direitos humanos. *Physis - Rev Saúde Coletiva*. 1996; 6(1,2):135-45.
6. Paiva V, Ayres JR, Buchalla CM. Direitos humanos e vulnerabilidade na prevenção e promoção da saúde: uma introdução. In: Paiva V, Ayres JR, Buchalla CM, organizadores. Vulnerabilidade e direitos humanos – Prevenção e promoção da saúde – Da doença à cidadania. Livro I. Curitiba: Juruá; 2012. p. 9-23.
7. Calazans GJ, Pinheiro TF, Ayres JR. Vulnerabilidade programática e cuidado público: Panorama das políticas de prevenção do HIV e da Aids voltadas para gays e outros HSH no Brasil. *Sex Salud y Soc*. 2018; 29:263-93.
8. Brasil. Ministério da Saúde. 5 passos para a implementação do Manejo da Infecção pelo HIV na Atenção Básica – Guia para gestores. Brasília, DF: MS; 2014.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Boas Práticas em HIV/Aids na Atenção Básica. Brasília, DF; 2014.
10. Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciênc. Saúde Colet*. 2016; 21(2):327-38.
11. Melo EA, Maksud I, Agostini R. Cuidado, HIV/Aids e atenção primária no Brasil: desafio para a atenção no Sistema Único de Saúde? Opinião e análise. *Rev Panam Salud Pública*. 2018; (42):151.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

12. Zambenedetti G, Silva RAN. O paradoxo do território e os processos de estigmatização no acesso ao diagnóstico de HIV na atenção básica em saúde. *Estud Psicol.* 2015; 20(4):229-40.
13. Bourdieu P. Compreender. In: Bourdieu P, organizador. *A miséria do mundo*. 9. ed. Petrópolis: Vozes; 2012. p. 683-732.
14. Akotirene C. *Interseccionalidade*. São Paulo. São Paulo: Jandaíra; 2020.
15. Butler J. *Quadros de Guerra. Quando a vida é passível de luto?* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2015.
16. Treichler P. Homophobia, and Biomedical Discourse: An Epidemic of Signification. In: Routledge, organizador. *London: Cultural Studies*; 1987. p. 263-305.
17. Dahlberg LL, Krug EG. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciênc. Saúde Colet.* 2007; (11):1163-78.
18. Bonet O. Discriminação, Violência Simbólica e a Estratégia Saúde da família: reflexões a partir do texto de Richard Parker. In: Monteiro S, Villela W, organizadores. *Estigma e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. p. 25-45.
19. Butler J. *Bodies That Matter: On the Discursive Limits of "Sex."* New York: Routledge; 1993.
20. Mbembe A. *Necropolítica*. São Paulo: N-1 Edições; 2018.
21. Mbembe A. *Crítica da razão negra*. São Paulo: N-1 Edições; 2018.
22. Barbosa RM, Pinho AA, Santos NS, et al. Exploring the relationship between induced abortion and HIV infection in Brazil. *Reprod Health Matters.* 2012; 20(supl39):80-9.
23. Villela WV, Barbosa RM. Trajectories of women living with HIV/Aids in Brazil. Progress and permanence of the response to the epidemic. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 22(1):87-96.
24. Silva LMF. Fazendo a diferença: as dinâmicas de conjugalidade sorodiscordante para o HIV/Aids. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2012.
25. Daniela R. Subjetividade feminina e soropositividade. In: Barbosa RM, Parker R, organizadores. *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. São Paulo; Rio de Janeiro: Editora 34; IMS/UERJ; 1999. p. 121-36.
26. Cortina MOC. Mulheres e tráfico de drogas: Aprisionamento e criminologia feminista. *Rev Estud Fem.* 2015; 23(3):761-78.
27. Kilomba G. *Memórias da plantação: Episódios de racismo cotidiano*. Rio de Janeiro: Cobogó; 2019.
28. Fernandes VB, Souza MCCC. Identidade Negra entre exclusão e liberdade. *Rev do Inst Estud Bras.* 2016; (63):103-20.
29. Theodoro M, Jaccoud L, Osório RG, et al. *As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil: 120 anos após a abolição*. Brasília, DF: Ipea; 2008.
30. Siqueira SAV, Hollanda E, Motta JIJ, et al. Políticas de promoção de equidade em saúde para grupos vulneráveis: O papel do Ministério da Saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 22(5):1397-406.

Recebido em 12/04/2021
Aprovado em 29/11/2021
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família voltado às pessoas com sobrepeso e obesidade em São Paulo

Work process in the Family Health Strategy oriented to people with overweight and obesity in São Paulo

Juliana Gij Levra de Jesus¹, Célia Maria Sivalli Campos¹, Fernanda Baeza Scagliusi¹, Luciene Burlandy², Cláudia Maria Bógus¹

DOI: 10.1590/0103-1104202213212

RESUMO O objetivo do artigo é analisar as características dos processos de trabalho na Estratégia Saúde da Família direcionados às pessoas com sobrepeso e obesidade no município de São Paulo. Ancorado no referencial teórico da saúde coletiva sobre processo de trabalho, foi desenvolvido um estudo exploratório com abordagem qualitativa. Foram realizadas onze entrevistas com profissionais de uma unidade básica de saúde, na zona leste da cidade de São Paulo, entre os meses de julho e agosto de 2019. A partir da análise temática, o artigo apresenta os resultados e a discussão em três categorias analíticas: objeto de trabalho, instrumentos de trabalho e organização do trabalho. O cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade é mediado pelo baixo investimento em qualificação dos profissionais de saúde sobre o tema, pela falta de materiais técnicos de suporte ao trabalho e pelo modelo de gestão pautado pela produtividade e cobrança de resultados quantitativos. Conclui-se que os profissionais de saúde apresentam pouco domínio sobre seu processo de trabalho, cuja finalidade acaba sendo a mudança de comportamento e a perda de peso corporal, em vez de considerar as necessidades de saúde dos usuários e profissionais, produzindo, por vezes, insatisfação e desgaste com o trabalho.

PALAVRAS-CHAVE Manejo da obesidade. Atenção Primária à Saúde. Qualidade da assistência à saúde. Condições de trabalho. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT *The goal of the article is to analyze the characteristics of the work processes in the Family Health Strategy directed to people with overweight and obesity in the city of São Paulo. Based on the theoretical framework of collective health about work processes, an exploratory study with a qualitative approach was developed. Eleven interviews were conducted with professionals from a basic health unit, in the east of the city of São Paulo, between July and August 2019. Starting with the thematic analysis, the article presents the results and discussion in three analytical categories: work object, work instruments and work organization. The care for people with overweight and obesity is mediated by the low investment in training health professionals on the subject, the lack of technical materials to support the work and the management model based on productivity and demand for quantitative results. It is concluded that health professionals have little control over their work process, whose purpose ends up being the change of behavior and the loss of body weight, instead of considering the health needs of users and professionals, sometimes producing dissatisfaction and weariness with work.*

¹ Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil.
jujulevra@gmail.com

² Universidade Federal Fluminense (UFF) – Niterói (RJ), Brasil.

KEYWORDS *Obesity management. Primary Health Care. Quality of health care. Working conditions. Unified Health System.*



Introdução

Como espaço de primeiro contato dos usuários com o Sistema Único de Saúde (SUS) no País, a organização da Atenção Primária à Saúde (APS) tem como modelo prioritário de assistência a Estratégia Saúde da Família (ESF)¹. Diversos autores ressaltam que a expansão da ESF nos últimos 30 anos representa o crescimento dos cuidados primários da população, o aumento na oferta de serviços em regiões periféricas e rurais e a redução das internações por causas sensíveis à APS¹⁻³. Também destacam que o modelo de assistência da ESF busca contrapor-se ao modelo biomédico e promover um trabalho multidisciplinar baseado em vínculo, acolhimento, orientação comunitária e princípios do SUS^{1,3-5}.

Apesar disso, são diversos os desafios para a efetivação da ESF no SUS com a flexibilização da priorização política para fortalecimento desse modelo de assistência, sobrecarga dos profissionais de saúde, falta de formação para o trabalho, financiamento insuficiente e cortes de recursos destinados ao SUS^{3,4,6-11}. Somam-se a isso o envelhecimento populacional e a piora das condições de trabalho, com aumento das taxas de desemprego e de empregos informais¹², que impactam os parâmetros de saúde e alimentação da população.

A perda da qualidade do que se consome, com o aumento da ingestão de alimentos ultraprocessados (com alto valor calórico e baixo valor nutricional), em detrimento dos alimentos *in natura* ou de preparações caseiras, tem se relacionado com o aumento de diabetes, hipertensão arterial sistêmica e insegurança alimentar e nutricional, tanto no perfil de carências nutricionais como de sobrepeso e obesidade na população^{13,14}. A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a obesidade uma epidemia e um problema de saúde pública mundial, por isso ela tem sido prioridade das políticas públicas nas últimas décadas, principalmente devido à sua relação com o desenvolvimento de outras doenças crônicas, como as cardiovasculares. No Brasil, com relação ao sobrepeso e à obesidade (Índice de

Massa Corporal – IMC maior ou igual a 25kg/m²), destaca-se que, em 2019, a prevalência de pessoas adultas com sobrepeso e obesidade chegou a 61,7 % e 26,8%, respectivamente¹⁵.

Apesar de existir um consenso na literatura sobre atrelar a crescente prevalência de sobrepeso e obesidade a diversas dimensões (política, econômica, social, cultural), ainda é complexa a compreensão sobre a relação entre esses múltiplos fatores e a elaboração de propostas de intervenção¹⁶. Nacionalmente, o Ministério da Saúde tem elaborado documentos orientadores de práticas de cuidado, como o ‘Caderno de Atenção Básica nº 38 – Obesidade’¹⁷; e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Sobrepeso e Obesidade em Adultos¹⁸. Já no município de São Paulo, o Protocolo de Atendimento da Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade busca subsidiar os profissionais de saúde e qualificar a atenção nutricional na Rede de Atenção à Saúde (RAS)¹⁹.

Diante dos desafios apresentados, este artigo busca evidenciar as condições de trabalho oferecidas aos profissionais de saúde na ESF para o cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade em uma grande cidade como São Paulo, a fim de fornecer subsídios para a qualificação dos processos de trabalho no SUS em realidades semelhantes. Assim, o objetivo do artigo é analisar as características dos processos de trabalho na ESF direcionados às pessoas com sobrepeso e obesidade no município de São Paulo.

Metodologia

Foi realizado um estudo de caso de abordagem qualitativa em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada na zona leste do município de São Paulo. Essa UBS foi selecionada pois tinha a ESF como forma de organização do processo de trabalho, contava com uma equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (Nasf) e teve sua participação no estudo aprovada pela Secretaria Municipal de Saúde.

A UBS estudada contava com cinco equipes de Saúde da Família (eSF), sendo que, durante o período da pesquisa, duas equipes estavam incompletas com ausência do profissional de medicina. Além disso, a UBS contava com três equipes de saúde bucal, um Agente de Promoção Ambiental (APA) e uma equipe do Nasf, composto por um nutricionista, um psicólogo, um assistente social, um fonoaudiólogo, um terapeuta ocupacional, um fisioterapeuta e um ginecologista. Desde 2016, a gestão da UBS e a contratação dos profissionais é indireta, ou seja, a partir da parceria público-privada, com a contratualização do município com uma Organização Social da Saúde (OSS).

Entre julho e agosto de 2019, foi realizada a coleta de dados, inicialmente, com um período de aproximação da pesquisadora ao campo, por meio de observação participante e, posteriormente, com a realização das entrevistas semiestruturadas com os profissionais. Foram selecionados profissionais com formação em nível superior (médicos e enfermeiras das eSF) e profissionais que coordenavam grupos educativos com usuários voltados para questões relacionadas com alimentação e perda de peso na unidade (profissionais do Nasf e do APA). O roteiro de entrevistas foi estruturado em cinco dimensões, sendo elas: perfil dos entrevistados, rotina de trabalho, concepção sobre sobrepeso e obesidade, formação profissional e processo de trabalho destinado a pessoas com sobrepeso e obesidade.

As entrevistas e a observação da rotina de trabalho na UBS pretenderam compreender mais sobre como está organizado o processo de trabalho das eSF, a partir da identificação das atividades desenvolvidas para o cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade, os instrumentos utilizados nesse cuidado, a percepção dos profissionais de saúde sobre

a rotina de trabalho e o conhecimento desses profissionais sobre o excesso de peso e a obesidade. Os relatos obtidos nas entrevistas foram submetidos à técnica de análise temática²⁰.

A partir do conceito de processo de trabalho em saúde²¹, foram definidas previamente categorias analíticas para guiarem a análise dos dados. As categorias representam os componentes do processo de trabalho e serão apresentadas em: (1) Objeto do trabalho: objeto ou sujeito que recebe a intervenção a partir das práticas de cuidado ofertadas; (2) Instrumentos de trabalho: inclui as práticas de cuidado realizadas no serviço de saúde, o conhecimento dos profissionais de saúde sobre sobrepeso e obesidade e os materiais técnicos de suporte utilizados; e (3) Organização do trabalho: modelo de gestão, modelo assistencial na ESF e a finalidade do trabalho realizado.

A fim de preservar a identidade dos entrevistados, as extrações das entrevistas foram codificadas em E (1 a 5) para as enfermeiras, M (1 a 3) para os médicos, N (1 a 3) para profissionais do Nasf e do APA. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados

Foram realizadas onze entrevistas com profissionais da UBS, sendo a maioria mulheres (81,8%), enfermeiras (45,4%), com contratação no regime de Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) (90,9%) e com tempo na UBS variando entre 3 meses e 15 anos. O perfil dos participantes está detalhado no *quadro 1*.

Quadro 1. Perfil dos profissionais entrevistados segundo código, sexo, idade, tempo de formação, especialização, tempo na UBS, trajetória prévia e tipo de vinculação. São Paulo, 2019

Cód.	Sexo	Idade	Tempo de formação*	Especialização/pós saúde pública ou saúde coletiva ou saúde da família	Tempo na UBS*	Trajétoria prévia na saúde pública?	Tipo de vinculação
E1	F	47 anos	16 anos	Sim	15 anos	Sim	CLT
E2	F	38 anos	8 anos	Sim	7 meses	Sim	CLT
E3	F	50 anos	18 anos	Sim	8 anos	Sim	CLT
E4	F	43 anos	16 anos	Sim	11 meses	Sim	CLT
E5	F	49 anos	16 anos	Sim	15 anos	Sim	CLT
M1	F	40 anos	9 anos	Sim	3 meses	Sim	Programa Mais Médicos
M2	M	28 anos	1,5 anos	Não	1 ano e 2 meses	Não	CLT
M3	M	29 anos	1 ano	Não	6 meses	Não	CLT
N1	F	31 anos	10 anos	Não	4 anos	Não	CLT
N2	F	32 anos	8 anos	Sim	3 anos	Não	CLT
N3	F	28 anos	7 anos	Não	4 anos	Sim	CLT

Fonte: elaboração própria.

*Cálculo até agosto de 2019.

Objeto e instrumentos de trabalho

Durante dois meses acompanhando a rotina de trabalho na UBS, notou-se que essa não se diferenciava muito da rotina preconizada para as eSF em âmbito nacional. A rotina dos profissionais, organizada por uma agenda feita pela gestão local, preservava a lógica de organização voltada ao atendimento das linhas de cuidado, especialmente com a produção de consultas e grupos. Apesar de a organização da ESF ser baseada no atendimento às linhas de cuidado, os profissionais relataram desconhecer a linha de cuidado de sobrepeso e obesidade do município.

As principais atividades desenvolvidas eram consultas individuais, reuniões de equipe, visitas domiciliares e grupos. As consultas com médico ou enfermeiro, assim como com os profissionais do Nasf, foram consideradas pelos entrevistados um espaço de cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade. Além disso, os grupos foram apontados como uma via importante para o cuidado dos usuários com sobrepeso e obesidade, especialmente

o grupo intitulado ‘Na medida’, organizado pela nutricionista.

Na UBS estudada, ainda que o cuidado compartilhado entre eSF e Nasf fosse feito majoritariamente de forma fragmentada – casos de dor para o fisioterapeuta, de sobrepeso e obesidade para nutricionista, de sofrimento psíquico para o psicólogo –, a equipe Nasf foi reconhecida pelos profissionais da eSF como um suporte. Os entrevistados consideravam que os profissionais Nasf, com saberes específicos, apoiavam o cuidado dos casos em que os profissionais da eSF apresentavam mais dificuldade de trabalhar, ampliando, assim, a capacidade de cuidado e qualificando a atenção à saúde prestada. O fluxo de atendimento a pessoas com sobrepeso e obesidade que chegavam ao serviço, especialmente nos casos de IMC mais alto e com comorbidade, passava, na sua maioria, pelos cuidados de algum profissional da equipe Nasf, demonstrando a importância dessa equipe no cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade.

Apesar de a semana típica de trabalho ser composta por diversas atividades que incluíam

os usuários com sobrepeso e obesidade, isso não necessariamente estava atrelado à qualidade do que é ofertado. De maneira geral, os profissionais reconheceram a falta de material informativo fornecido pela própria UBS e que muitas vezes utilizavam recursos próprios para a elaboração de materiais. “Folder aqui não tem, mas eu sei que tem um dos cadernos que tem a questão da obesidade e tem a nutricionista que a gente sempre pode reportar” (E1).

Apenas a nutricionista do Nasf apontou que utilizava o ‘Guia Alimentar para a População Brasileira’ como material de apoio.

Uma médica apresentou outro ponto como fragilidade para o cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade: a ausência de protocolo. Em seu relato, apontou que isso desestimula a priorização do cuidado, como se apenas os casos que tivessem protocolos estabelecidos fossem os casos que deveriam ser acompanhados:

Eu não tenho um tempo nem um ambiente onde eu possa colocar os obesos, ainda não foi estabelecido um protocolo. Como não tem um protocolo que te respalde, você não vai cumprir tanto aquilo. (M1).

Apesar dos limites ligados ao uso descontextualizado dos protocolos, a presença desse instrumento na APS apareceu como um fator indutor de conduta e subsídio para a tomada de decisão dos profissionais em meio a um cenário de intensificação do trabalho e falta de formação.

Na UBS estudada, o tempo destinado à educação em serviço ocupava um espaço reduzido na agenda dos profissionais, especialmente dos médicos. Segundo os profissionais entrevistados, os cursos e capacitações que incluíam a temática da obesidade ainda eram poucos e pontuais.

Eu fui em bastante palestra, mas de obesidade em específico não lembro assim de nada. Mas já teve falando de doenças crônicas de uma maneira geral, mas, quando fala muito em doenças crônicas, eles focam em diabetes e pressão alta. (N1).

Ao pedirmos para os profissionais nos falarem sobre algum caso de sobrepeso e obesidade que acompanharam – o primeiro caso que viesse à cabeça deles –, destacaram-se casos complexos e de obesidade grau III que envolviam sofrimento psíquico, casos de obesidade infantil e casos de ‘sucesso’ em que os usuários atendidos perderam peso. A mensuração de um bom trabalho pareceu ser mais validada pelos próprios profissionais quando culminava com a perda de peso, sendo uma fonte de satisfação profissional e êxito do trabalho realizado.

A fala da enfermeira E1 demonstrou que a satisfação com o trabalho está muito vinculada à mudança de comportamento do usuário:

Eu me sinto chateada por ele não fazer, mas eu não deveria me sentir, porque é uma resposta dele para ele mesmo. Tem pouquíssimos casos que a pessoa não compreende, mas, na grande maioria dos casos, a pessoa sabe que aquilo não tá fazendo bem para ela, mas ela olha para você, nos seus olhos, e fala assim: ‘mas nesse momento é o que me deixa feliz’. O profissional consegue chegar até tal lugar, mas, assim, o importante é que você vai também ser assim, que a pessoa entende que aquilo não tá fazendo bem para ela, mas naquele momento ela não tem uma outra coisa que vai fazer tão bem pra ela quanto comer, quanto não sair de casa, e a gente vai tentando fazer com que ela faça diferente. (E1).

Ao serem questionados sobre vias para melhoria do cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade na APS, os profissionais entrevistados fizeram algumas sugestões. Entre as sugestões relacionadas ao processo de trabalho, destacaram-se: a necessidade de mais espaços de capacitação dos profissionais de saúde sobre sobrepeso e obesidade; contratação de mais profissionais de saúde, especialmente profissionais do Nasf, como nutricionista e educador físico; mais investimento em instrumentos para promoção da saúde, como hortas e fortalecimento de uma rede de atenção secundária destinada ao cuidado e ao acompanhamento dos casos de sobrepeso e obesidade.

Além das sugestões relacionadas ao processo de trabalho na APS, os profissionais apresentaram sugestões que envolviam o setor de educação, emprego e renda e planejamento urbano. As sugestões apresentadas demonstram que os profissionais compreendem o sobrepeso e a obesidade como resultado de múltiplos fatores, e que um cuidado mais integral às pessoas com sobrepeso e obesidade no País precisa passar por melhorias no setor saúde e fora dele. Apesar dessa compreensão, nenhum profissional fez menção à participação social dos usuários e dos próprios profissionais como agentes políticos de transformação.

Organização do trabalho

Sob o argumento da melhor eficiência, o município de São Paulo definiu o gerencialismo como modelo de gestão e como via para ampliação da APS da cidade em 2001²². Ao município fica a responsabilidade de regular a execução da política pública de saúde a partir da elaboração dos contratos de gestão. No município de São Paulo, devido à enorme extensão territorial, a parceria público-privada varia conforme divisão administrativa e suas coordenadorias regionais.

O relatório de produção é disponibilizado semestralmente no site da OSS contratada para a gestão da UBS estudada. Na planilha fornecida pela OSS, vê-se que as metas mensais estão direcionadas para as eSF e contam com indicadores de número de consultas de médico ESF, de consultas de enfermagem ESF, de visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde, de consultas individuais, de procedimentos da equipe de saúde bucal e obtidos por cada UBS da rede assistencial.

Apesar de o relatório de produção só trazer esses indicadores, os profissionais também estão submetidos a outras formas de monitoramento do trabalho, como entrega de lista de acompanhamento das linhas de cuidado para a gestão local, metas estabelecidas de vacinação e outros procedimentos; e, para os profissionais do Nasf, meta de grupos e atendimentos por mês.

A cobrança de metas de produção apareceu nas falas dos entrevistados como uma dificuldade encontrada na rotina de trabalho para o cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade, especialmente pelo seu efeito sobre o tempo de atendimento.

Infelizmente, o nosso tempo no SUS, na UBS, é 15 minutos. Não tem tempo de trabalhar isso, o máximo você faz o diagnóstico de obesidade, IMC elevado, mas aí a gente consegue trabalhar em outras áreas, encaminhando para nutrição, psicólogo. (M2).

Além disso, para os profissionais, o trabalho na UBS é dificultado pela alta rotatividade de médicos e pela alta demanda de trabalho.

Quando tem o médico, você consegue dividir. Quando não tem médico, a agenda dobra, enche mais rápido, porque todo mundo quer passar com enfermeiro, só que eu não tenho autonomia para fazer exame, então eu tenho que marcar com outro médico, de outra equipe, assim, acaba demandando um número grande (de atendimentos), porque já estavam faltando médico, e, agora, quase eu não consigo vaga para a minha equipe para poder agendar. (E5).

As metas de produção estabelecidas orientam, em grande medida, as atividades desenvolvidas na rotina de trabalho, uma vez que definem a agenda dos profissionais. O tempo destinado para as consultas é uma consequência do número de consultas esperadas para médicos e enfermeiros, que implica, respectivamente, 15 minutos e 20 minutos para os atendimentos. Ao serem questionados sobre as dificuldades para o acompanhamento de usuários com sobrepeso e obesidade no serviço, os profissionais médicos, especialmente, queixaram-se do tempo destinado às consultas.

Com o tempo destinado às consultas, o processo de trabalho em saúde fica direcionado para a solução das queixas apresentadas pelos usuários atendidos. O médico M3 apontou que as metas impostas ao seu trabalho alteraram a

sua prática médica, e foi preciso fazer adaptações e priorização de ações, assim, justificando a lógica da queixa-conduta aplicada nas consultas. O profissional colocou em sua fala a ideia de impossibilidade de mudança no tempo de atendimento, demonstrando sensação de impotência na tomada de decisão. Ao falar sobre as ações desenvolvidas com pessoas com sobrepeso e obesidade, o médico falou sobre as consultas:

O contato que a gente tem é durante a consulta. E durante a consulta, a gente fala assim: 'O senhor tá obeso e tem que fazer isso e isso', mas não tem como a gente elaborar muito sobre isso. De início, quando eu ainda tava desapegado da meta, eu fazia uma orientação um pouquinho melhor: 'Que horas o senhor acorda? Que horas o senhor vai dormir? O que o senhor come de manhã? O que o senhor almoça? Que horas janta? Come alguma coisa no meio da manhã no meio da tarde? O que que é?'. Fazia um cardapiozinho, desenhando um receituário para o paciente poder ver, dividia o prato na metade, dividia a metade da metade [...] mas acaba que na consulta de 15 minutos não dá. Eu via que esses pacientes que atendia no início, muitos deles conseguiram ter resultado de perda de peso, redução de pressão, controle de diabetes, e eles referem que foi muito bom que eles ensinam os outros a fazer do mesmo jeito. (M3).

Segue explicando porque que a prática clínica mudou:

Então, porque nos primeiros meses, eles [gestão] têm uma tolerância porque você tá começando. [...] No primeiro mês, nem agenda eu tinha direito, a agenda era um negócio meio abstrato, então eu tinha mais flexibilidade, e, mesmo assim, era: 'Ah, mas você não bateu a meta né, mas você tá começando, então ok'. Quando acabou a tolerância, aí a coisa ficou mais complicada. Aí a gente começa a cortar as coisas. Então, assim, isso era uma coisa que eu fazia com todos os pacientes sobrepeso e obeso, eu fazia essa orientação, cortei. Por exemplo, eu fazia o exame físico mais completo, ausculta cardíaca, avaliava abdômen, apalpava, aí cortei.

Agora, só direciono para queixa, por exemplo, o paciente que não é hipertenso, não é diabético, veio com queixa de dor no ombro, eu só faço exame do ombro. Fica uma coisa bem focada, bem pronto-socorro mesmo. (M3).

A queixa sobre o tempo de consulta foi mais presente entre os médicos do que entre as enfermeiras. Em contrapartida, a rotatividade médica apareceu mais entre as enfermeiras, como uma dificuldade para a organização do processo de trabalho, realização de um cuidado longitudinal e como fator de sobrecarga desses profissionais. Em algumas falas, também foi possível identificar a ideia de vocação, de ajuda e de doação ao trabalho como elementos de satisfação profissional e motivação para o trabalho.

Discussão

O peso corporal como centro do cuidado e (in)satisfação de trabalhadores com os resultados do trabalho

A hegemonia da concepção de obesidade como risco à saúde nas políticas que orientam o trabalho no SUS¹⁶ coloca ao profissional de saúde o papel de normatizar os corpos através de intervenções para prevenção dos riscos à saúde, com enfoque na perda de peso. O nome dado ao grupo sobre nutrição na UBS estudada ('Na medida') exemplifica o enfoque das práticas de cuidado, colocando o peso corporal como principal objeto de intervenção e critério de acesso. Assim, o processo de trabalho em saúde é orientado pela definição do objeto – o peso corporal –, e, muitas, vezes só ganha sentido para os profissionais quando existe uma resolutividade do problema apresentado, ou seja, quando os usuários seguem as recomendações e prescrições feitas pelo profissional ou quando o desfecho do tratamento se aproxima do padrão mais saudável e de menor risco.

Entretanto, as raízes do desenvolvimento do excesso de peso e da obesidade, determinadas socialmente, não são tomadas como objeto das atividades desenvolvidas, que têm como parte da finalidade a mudança de hábitos de alimentação e atividade física e perda de peso. Tais práticas têm potencial para atender apenas a uma parte das necessidades em saúde dos usuários, fator que pode justificar a dificuldade encontrada pelos profissionais de adesão ao processo terapêutico proposto. A dificuldade de adesão ao tratamento da obesidade pode produzir frustrações nos profissionais de saúde ligadas à sensação de impotência e ao despreparo para lidar com esses casos, e uma culpabilização dos usuários²³.

Outro aspecto que influencia a satisfação com o trabalho relaciona-se aos padrões de desgaste²⁴ dos trabalhadores. Esse padrão está ligado ao tipo de processo de trabalho estabelecido, ao processo de valorização desse trabalho e às cargas de trabalho. As cargas de trabalho, por sua vez, são entendidas como as exigências sobre a organização do trabalho e sobre o trabalhador, tanto com materialidade interna (controle, tensão psíquica etc.) quanto externa (físicas, biológicas etc.). A correlação entre essas cargas gera no corpo do trabalhador uma necessidade de adaptação e, possivelmente, um comprometimento das capacidades biopsíquicas, efetivas ou potenciais para desenvolvimento do trabalho, podendo gerar desgaste e adoecimento²⁴.

Logo, elementos vinculados à organização do trabalho – falta de funcionários, excesso de atribuições e carga horária elevada – e à gestão do trabalho – avaliação por produtividade e controle excessivo sobre o trabalho – podem gerar aumento da carga de trabalho dos profissionais da UBS estudada. Biff et al.²⁵ identificaram no trabalho de enfermeiras da ESF elementos ligados ao aumento da carga de trabalho, como falta de infraestrutura, déficit de profissionais e excesso de atribuições; e à redução da carga de trabalho, como funcionamento adequado das redes de atenção, a resolutividade nas ações e os instrumentos de

trabalho em quantidade e qualidade adequados²⁵. Todas essas cargas influenciam a forma como os profissionais trabalham, sua satisfação e, conseqüentemente, o cuidado ofertado às pessoas com sobrepeso e obesidade.

Com relação à formação dos profissionais de saúde e ao acesso a materiais de apoio ao trabalho, o investimento insuficiente na formação permanente e o distanciamento entre os materiais técnicos que já foram produzidos pela gestão e sua utilização na prática do serviço apontam fragilidades para a produção do cuidado qualificado. Lopes et al.²⁶ citam a falta de qualificação profissional sobre obesidade e a ausência de materiais de apoio para a prática dos profissionais de saúde, como barreiras para o cuidado voltado para pessoas com obesidade no SUS.

Nesse sentido, a educação permanente é apontada por autores como uma necessidade da APS brasileira, uma vez que pode possibilitar a reflexão coletiva sobre os processos de trabalho e facilitar a implementação de protocolos específicos de cuidado integral de pessoas com obesidade²⁷ e melhorar a qualidade da gestão e da atenção em saúde²⁸, através da produção de novos sentidos e significados do cuidado entre os profissionais²⁹ e da indução de mudanças das práticas de cuidado³⁰.

Modelo de gestão e a organização do cuidado

Vimos que o modelo da produtividade impregnado na ESF do município influencia o processo de trabalho e, conseqüentemente, a prática de cuidado dos profissionais. Por mais que não haja a necessidade de abordar a questão alimentar em todas as consultas, a impossibilidade dessa prática, determinada pelo tempo limitado de consulta, mesmo com a necessidade detectada pelo profissional de saúde, induz à secundarização das ações ligadas à promoção da saúde e à alimentação e à nutrição. Nesse sentido, Machado et al.³¹ apontam que a falta de indução da gestão para

ações de alimentação e nutrição pelas equipes de saúde pode ser um dos motivos para a baixa realização dessas ações na APS, somando-se a estrutura física inadequada e a falta de educação permanente para incorporação de ferramentas de cuidado.

Nota-se que o modelo assistencial e as atividades ofertadas aos usuários em seu processo de trabalho são influenciados pelo modelo de gestão adotado. Na lógica da produtividade e com o pouco tempo para atendimento, as questões de saúde mais agudas tendem a ser mais olhadas e tratadas, em contraposição às atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças. Além disso, nota-se que os profissionais de saúde tendem a associar o cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade como atribuição quase exclusiva do profissional nutricionista ou de educação física, podendo gerar falta de corresponsabilização pelo cuidado dos usuários encaminhados³². A busca da produtividade também influencia a forma de interação entre os profissionais, gerando tensões entre uma prática interprofissional mais colaborativa e uma prática mais tradicional, centrada em procedimentos³².

No setor saúde, o gerencialismo se expressa na terceirização da execução da política de saúde e gestão do trabalho em saúde para instituições de caráter privado sem fins lucrativos, como Organizações Não Governamentais, Organizações Sociais, Fundações Estatais, entre outros. Ao município fica a responsabilidade de regular a execução da política pública de saúde a partir da contratualização e elaboração dos contratos de gestão. Esta possibilita a flexibilização das relações de trabalho e das formas de contratação, remuneração, qualificação e autonomia dos profissionais^{22,33,34}.

O contrato de gestão estabelecido entre a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e a instituição contratada discorre sobre parâmetros para pagamento e avaliação de desempenho por linha de serviço, indicadores utilizados para a avaliação, metas de produção para eSF e outros acordos e obrigações pactuadas entre contratada e contratante. A partir do

mecanismo de gestão de resultado, o repasse financeiro total para a Organização Social de Saúde (OSS) contratada é condicionado ao cumprimento de pelo menos 85% dos parâmetros estabelecidos no contrato de gestão, e valores inferiores a 85% sofrem com a perda de orçamento progressivamente.

Destaca-se que a avaliação e o monitoramento do trabalho são fundamentais para a (re)organização do processo de trabalho, como elementos para autorreflexão individual e coletiva, como via para a consolidação dos direitos sociais e participação da sociedade nas decisões públicas. Entretanto, submetidos à lógica da produtividade capitalista e sem a participação dos trabalhadores e usuários na sua elaboração e execução, distanciam-se da sua intencionalidade social e servem como via de controle de gastos e controle sobre os profissionais de saúde^{33,35}.

A avaliação por desempenho adotada na saúde é um instrumento de gestão que gera superintensificação do trabalho na busca da 'otimização' dos recursos financeiros e da maior extração da mais valia do setor. Como os custos no setor saúde são majoritariamente ligados à contratação da força de trabalho, especialmente na APS, a contenção dos gastos e a busca de maior eficiência do trabalho recaem sobre os trabalhadores de saúde e seu desempenho. Ou seja, a avaliação do trabalho em saúde, sob o paradigma gerencialista, reduz-se ao controle da produção de atividades quantificáveis, serviços e procedimentos em saúde e responsabilização individual dos profissionais³³⁻³⁵.

Souza³⁶ contrapõe-se à ideia de que o trabalho em saúde seja um espaço privilegiado para as disputas políticas e mudanças no processo produtivo capitalista, já que os sujeitos envolvidos no ato do cuidado, profissional e usuário, estão submetidos a condições desumanizantes e alienadas em seu processo de trabalho. O trabalho em saúde não segue uma lógica própria, mas reproduz a lógica geral do trabalho, mesmo que o produto desse trabalho seja imaterial, através do cuidado em saúde. Assim, contraditoriamente, quanto maior a

dedicação dos profissionais de saúde para suprir as necessidades dos usuários, maior a chance de adoecimentos, absenteísmo e desgaste ao tratar com os usuários. Em outras palavras, o cuidado desumanizado é prioritariamente resultado das relações capitalistas de produção, fortemente marcadas pela exploração e alienação do trabalho.

Ainda assim, os profissionais entrevistados carregam fortemente em seu discurso a ideia de trabalho em saúde como um trabalho de ajuda aos outros, de ajuda aos mais ‘vulneráveis’, demonstrando uma desvinculação entre trabalho em saúde e a categoria trabalho e um distanciamento da noção de acesso aos serviços de saúde como direito da população.

A precariedade das condições de trabalho, sobrecarga de trabalho, número elevado de atendimentos, problemas estruturais, pouca valorização dentro da categoria médica, pouca autonomia para atuação, baixa resolutividade das ações e rede deficitária de suporte nos outros níveis de atenção à saúde são alguns dos fatores³⁷ que justificam a rotatividade médica vivenciada na UBS estudada. A mudança constante dos médicos também gera a quebra do trabalho em equipe, sendo necessária uma constante repactuação e reorganização do processo de trabalho³⁷.

Considerações finais

Vimos que os profissionais de saúde têm pouca autonomia e pouco tempo para a definição do seu processo de trabalho, o que acaba acarretando precário domínio do objeto de trabalho e de sua finalidade. Por esse motivo, acabam sendo reprodutores de práticas pré-determinadas e acabam, muitas vezes, frustrados com o trabalho. No caso das atividades voltadas para pessoas com sobrepeso e obesidade, o objeto de trabalho é centralmente o peso corporal, e a finalidade acaba se voltando para perda de peso e mudança do comportamento de risco, mesmo que os profissionais compreendam

que a determinação do excesso de peso e da obesidade tem raízes na organização social.

Como instrumentos de trabalho, os profissionais desenvolvem ações de tratamento, promoção e prevenção do sobrepeso e da obesidade, especialmente através das consultas e dos grupos, apesar de demonstrarem insuficiência de formação sobre a temática. Por outro lado, a potência desse trabalho é condicionada à lógica de organização do trabalho na ESF no município, com o modelo gerencialista de gestão orientado pela produtividade e ‘otimização’ de recursos. Com um histórico de flexibilização da forma de contratação dos profissionais, pautada na busca de melhor utilização dos recursos financeiros, essa organização conduz os trabalhadores de saúde a uma prática de cuidado fragmentada, protocolar e voltada, predominantemente, para o cumprimento das metas de produção estabelecidas.

Nesse cenário, os achados desta pesquisa contribuem para preencher uma lacuna de estudos sobre o processo de trabalho em saúde voltado às pessoas com sobrepeso e obesidade em uma metrópole como São Paulo. Além disso, demonstram que, para a melhoria do cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade no SUS, não basta a capacitação dos profissionais de saúde, sendo fundamental o aprimoramento dos processos de trabalho. São necessárias mudanças estruturais, com mais investimento financeiro para contratação de profissionais, garantia de estrutura física e de materiais de suporte adequados ao trabalho, um modelo de gestão participativo e centrado nas necessidades de saúde da população, com espaços de participação dos trabalhadores nas tomadas de decisão sobre o seu processo de trabalho. Além disso, mais tempo destinado à educação permanente no dia a dia do serviço, de forma a incluir e permitir aprofundamento em temas como promoção da saúde, promoção de alimentação adequada e saudável, aspectos estruturais relacionados com o ambiente alimentar, humanização da

atenção em saúde, considerando a assistência aos usuários e os processos de trabalho dos profissionais de saúde.

Por fim, por ser um estudo de caso com recorte específico, o artigo apresenta limitações no que diz respeito à universalização dos achados. Assim, destaca-se a necessidade de mais estudos sobre os processos de trabalho na APS e seus determinantes estruturais e acerca dos impactos de tal organização na oferta de um cuidado integral à população.

Colaboradores

Jesus JGL (0000-0003-0166-5568)* e Bógus CM (0000-0003-0925-2741)* contribuíram para elaboração do texto, análise e interpretação dos dados, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. Campos CMS (0000-0002-1149-9025)*, Scagliusi FB (0000-0001-7861-8597)* e Burlandy L (0000-0003-0875-6374)* contribuíram para revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Giovanella L, Bousquat A, Schenkman S, et al. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. *Ciênc. Saúde Colet.* 2021 [acesso em 2021 dez 21]; 26(supl1):2543-2556. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.1.43952020>.
2. Castro MC, Massuda A, Almeida G, et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *Lancet.* 2019 [acesso em 2021 dez 21]; 394(10195):345-356. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31243-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7).
3. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciênc. Saúde Colet.* 2016 [acesso em 2021 dez 21]; 21(5):1499-1510. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015>.
4. Fertoni HP, Pires DEP, Biff D, et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciênc. Saúde Colet.* 2015 [acesso em 2021 dez 21]; 20(6):1869-1878. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.
6. Reis JB, Harzheim E, Nachif MCA, et al. Criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde e suas implicações para o SUS. *Ciênc. Saúde Colet.* 2019 [acesso em 2021 dez 21]; 24(9):3457-3462. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.18612019>.
7. Mendes A, Carnut L. Novo Modelo de Financiamento para qual Atenção Primária à Saúde? *Rev. Doming.* 2019 [acesso em 2021 dez 21]; (36):1-11. Disponível em: <http://idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-36-outubro-2019>.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

8. Massuda A. Primary health care financing changes in the Brazilian Health System: advance ou setback? *Ciênc. Saúde Colet.* 2020 [acesso em 2021 dez 21]; 25(4):1181-1188. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020>.
9. Peruzzo HE, Bega AG, Lopes APAT, et al. Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. *Esc. Anna Nery.* 2018 [acesso em 2021 dez 21]; 22(4):e20170372. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000400205&lng=pt.
10. Araújo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciênc. Saúde Colet.* 2007 [acesso em 2021 dez 21]; 12(2):455-464. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200022>.
11. Scherer MDA, Pires DEP, Jean R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. *Ciênc. Saúde Colet.* 2013 [acesso em 2021 dez 21]; 18(11):3203-3212. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001100011>.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2019. Rio de Janeiro: IBGE; 2019.
13. Martins APB, Levi RB, Claro RM, et al. Participação crescente de produtos ultraprocessados na dieta brasileira (1987-2009). *Rev. Saúde Pública.* 2013 [acesso em 2021 dez 21]; (47):656-665. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004968>.
14. Mendonça RD, Pimenta AM, Gea A, et al. Ultraprocessed food consumption and risk of overweight and obesity: the University of Navarra Follow-Up (SUN) cohort study. *Am J Clin Nutr.* 2016 [acesso em 2021 dez 21]; 104(5):1433-1440. Disponível em: <https://doi.org/10.3945/ajcn.116.135004>.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD). Rio de Janeiro: IBGE; 2019.
16. Dias PC, Henriques P, Anjos LA, et al. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. *Cad. Saúde Pública.* 2017 [acesso em 2021 dez 21]; 33(7):e00006016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00006016>.
17. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica 38 – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014.
18. Brasil. Ministério da Saúde, Coordenação de Gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para sobrepeso e obesidade em adultos. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021. 353 p.
19. São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de Atendimento da Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade. São Paulo: SMS; 2020.
20. Bardin L. Análise de Conteúdo. 5. ed. Portugal: Edições 70; 2008.
21. Mendes Gonçalves RBM. Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades. Cadernos Cefor, 1. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde; 1992.
22. Carneiro Junior N, Nascimento VB, Costa IMC. Relação entre Público e Privado na Atenção Primária à Saúde: considerações preliminares. *Saúde soc.* 2011 [acesso em 2021 dez 21]; 20(4):971-979. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400014>.
23. Burlandy L, Teixeira MRM, Castro LMC, et al. Modelos de assistência ao indivíduo com obesidade na atenção básica em saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2020 [acesso em 2021 dez 21]; 36(3):e00093419. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00093419>.
24. Laurell AC, Noriega M. Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário. São Paulo; Hucitec; 1989.

25. Biff D, Pires DEP, Forte ECN, et al. Cargas de trabalho de enfermeiros: luzes e sombras na Estratégia Saúde da Família. *Ciênc. Saúde Colet.* 2020 [acesso em 2021 dez 21]; 25(1):147-158. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.28622019>.
26. Lopes MS, Freitas PP, Carvalho MCR, et al. Challenges for obesity management in a unified health system: the view of health professionals. *Family Pract.* 2021 [acesso em 2021 dez 21]; 38(1):4-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmaa117>.
27. Taroza M, Pessa RP. Impacto das Consequências Psicossociais do Estigma do Peso no Tratamento da Obesidade: uma Revisão Integrativa da Literatura. *Psicol. ciênc.* 2020 [acesso em 2021 dez 21]; (40):e190910. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003190910>.
28. Ferreira L, Barbosa JSA, Esposti CDD, et al. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde debate.* 2019 [acesso em 2021 dez 21]; 43(120):223-239. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912017>.
29. Diniz DS, Sá MC. O uso das narrativas e do dispositivo grupal na formação/educação permanente dos profissionais de saúde: uma revisão de literatura. *Interface comun. saúde educ.* 2019 [acesso em 2021 dez 21]; (23):e180217. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.180217>.
30. Andrade RS, Caldas LBSN, Falcão MPD, et al. Processo de trabalho em unidade de saúde da família e a educação permanente. *Trab. educ. saúde.* 2016 [acesso em 2021 dez 21]; 14(2):505-521. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00108>.
31. Machado PMO, Lacerda JT, Colussi CF, et al. Estrutura e processo de trabalho para as ações de alimentação e nutrição na Atenção Primária à Saúde no Brasil, 2014. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2021 [acesso em 2021 dez 21]; 30(2):e2020635. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742021000200011&lng=pt.
32. Matuda CCG, Pinto NRS, Martins CL, et al. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Ciênc. Saúde Colet.* 2015 [acesso em 2021 dez 21]; 20(8):2511-2521. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015208.11652014>.
33. Carnut L, Mendes A. Capital- Estado na crise contemporânea: o gerencialismo na saúde pública. *Argument.* 2018 [acesso em 2021 dez 21]; 10(2):108-121. Disponível em: <https://doi.org/10.18315/argument.v10i2.19528>.
34. Carneiro CCG, Martins MIC. Novos modelos de gestão do trabalho no setor público de saúde e o trabalho do agente comunitário de saúde. *Trab. educ. saúde.* 2015 [acesso em 2021 dez 21]; 13(1):45-66. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00029>.
35. Teston LM, Mendes A, Carnut L, et al. Avaliação no SUS: uma crítica à ideologia do produtivismo no capitalismo contemporâneo. *Saúde debate.* 2018 [acesso em 2021 dez 21]; 42(esp3):226-239. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S317>.
36. Souza HS. A Interpretação do trabalho em enfermagem no capitalismo financeirizado: um estudo na perspectiva teórica do fluxo tensionado. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2015.
37. Bourget MMM. Fatores de permanência e desligamento de médicos em serviços de atenção primária à saúde na zona Leste do município de São Paulo. [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2019.

Recebido em 30/07/2021

Aprovado em 06/12/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). Código de Financiamento 001

Educação popular e saúde mental: aproximando saberes e ampliando o cuidado

Popular education and mental health: bringing knowledge together and expanding healthcare

João Vinícius dos Santos Dias¹, Paulo Duarte de Carvalho Amarante¹

DOI: 10.1590/0103-1104202213213

RESUMO O texto discute as possíveis aproximações entre a educação popular e a saúde mental, na perspectiva da atenção psicossocial, nos âmbitos epistemológicos, prático-assistencial e institucional. A partir de um breve resgate histórico do campo da educação popular, em particular no Brasil, e dialogando com a perspectiva de Victor Valla, identifica a influência, muitas vezes difusa, da educação popular nos serviços que têm uma proximidade maior com a vida comunitária, como os Centros de Atenção Psicossocial e os Consultórios na Rua. Discute também a aproximação paradigmática entre a saúde mental e a educação popular no estabelecimento de uma nova relação com o conhecimento, em que os mitos da neutralidade, do distanciamento crítico e da autonomia da ciência moderna são colocados em questão. No campo institucional, identifica um movimento de convergência entre saúde mental e educação popular no âmbito das políticas públicas em saúde, principalmente, a partir do fortalecimento da atenção básica como porta de entrada e centro articulador do Sistema Único de Saúde. Por fim, aponta as contribuições da aproximação entre as duas áreas para os atuais movimentos de resistência às crescentes ameaças à democracia, aos direitos humanos e à defesa da vida.

PALAVRAS-CHAVE Educação popular. Saúde mental. Atenção psicossocial.

ABSTRACT *The text discusses the possible connections between popular education and mental health from the perspective of psychosocial care in the epistemological, practical-assistance, and institutional fields. Based on a brief historical review of the field of popular education, particularly in Brazil, and considering Victor Valla's perspective, the study identifies the often diffuse influence of popular education in services that have a closer relationship with the communal life, such as the Psychosocial Care Centers (Caps) and the Street Clinics (CnaR). This work also discusses the paradigmatic approach between mental health and popular education in the establishment of a new relationship with knowledge itself, where the myths of neutrality, of critical distance, and of the autonomy of modern science are questioned. In the institutional field, the text identifies a convergent movement between mental health and popular education in the context of public health policies, mainly by strengthening Primary Health Care as the gateway and organizer of the Brazilian Public Health System (SUS). Finally, the article points out the contributions of the approximation between these two areas for the current movements of resistance to the growing threats to democracy, human rights, and the defense of life.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
jovisdi@gmail.com

KEYWORDS *Population education. Mental health. Psychosocial care.*



Introdução

O presente texto tem como proposta discutir alguns dos possíveis diálogos entre saúde mental e educação popular nos âmbitos epistemológico, prático-assistencial e institucional, assim como apontar caminhos para a construção de uma perspectiva ampliada de cuidado, valorizando as múltiplas formas de ser e estar no mundo.

No entanto, por que relacionar educação popular e saúde mental? Partimos da constatação de que há uma lacuna nas pesquisas e produções acadêmicas acerca das possíveis interlocuções entre os campos da educação popular e da saúde mental, na perspectiva da atenção psicossocial, embora ambos tenham se desenvolvido significativamente nas últimas décadas no Brasil.

Consideramos ainda que a educação popular está presente em muitos processos cotidianos dos serviços de saúde e de seus profissionais embora não seja nomeada como tal. Há uma influência da educação popular, que ocorre de forma difusa, especialmente nos serviços que tem proximidade com a vida comunitária, como as unidades de atenção básica e a Estratégia Saúde da Família (ESF). No campo da saúde mental, em especial nos serviços guiados pela lógica da atenção psicossocial – os quais têm no conceito de território uma dimensão estruturante do trabalho como os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e os Consultórios na Rua (CnaR) –, essa influência também se faz presente em ações e estratégias de cuidado, embora dificilmente seja reconhecida ou considerada enquanto educação popular.

Outra importante aproximação entre os dois campos é o caráter contra-hegemônico de ambos. Para Paulo Freire, uma das maiores referências do campo da educação popular no Brasil e no mundo, todo conhecimento é ideológico¹. Assim, o que diferencia os variados conhecimentos é a que tipo de ideologia eles estão vinculados: se a uma lógica de solidariedade ou a serviço de interesses privativos, se

em defesa da emancipação ou da manutenção das opressões, se a favor da pluralidade das formas de ser ou do tolhimento das singularidades, em suma, se em defesa da ampliação de diferentes formas de viver e estar no mundo ou de seu cerceamento.

Nesse sentido, a educação popular pode ser considerada um movimento contra-hegemônico aos processos de colonização e silenciamento de vozes historicamente oprimidas: seja pela resistência às formas coloniais de dominação cultural, política e econômica; pela produção de um pensamento que rompa com a subalternização dos saberes e experiências de sujeitos sociais historicamente marginalizados; pelo fortalecimento das lutas sociais de trabalhadores(as), mulheres, negros(as), população LGBTQIA+, refugiados(as), entre outros; e, também, pela construção de metodologias e formas de participação que viabilizem o protagonismo e a valorização dos conhecimentos destes sujeitos sociais.

Já no campo da saúde mental no Brasil, vivenciamos, desde o surgimento do movimento da reforma psiquiátrica, em meados da década de 1970, uma rica pluralidade de vozes e produções. Consideramos que o paradigma da atenção psicossocial, referência prático-teórica construída a partir da reforma, é também potencialmente contra-hegemônico ao distanciar-se de uma perspectiva de saúde mental pautada exclusivamente na racionalidade biomédica, representada pela psiquiatria e pela hospitalização, que historicamente foram consolidadas como tecnologias de cuidado hegemônicas².

A atenção psicossocial busca ampliar as possibilidades de cuidado e assistência, ultrapassando inclusive o campo da saúde mental *stricto sensu* e dialogando com diferentes saberes e áreas de conhecimento. Assim, o fortalecimento da perspectiva da atenção psicossocial aponta para o entendimento de que o próprio processo de reforma psiquiátrica não se resume à psiquiatria, mas tem base em áreas diversas, como, por exemplo, a filosofia, as ciências sociais, as artes e o direito; e que,

portanto, precisa dialogar de forma ampliada com diversos saberes e conhecimentos.

A fim de identificarmos os diálogos entre o campo da saúde mental e o da educação popular, propomos um breve resgate histórico da educação popular, em particular no Brasil, bem como a discussão de algumas das principais dimensões da proposta da atenção psicossocial em saúde mental no País. Ademais, procuraremos reconhecer possíveis contribuições da aproximação entre os dois campos para o cuidado em saúde e para o fortalecimento dos movimentos de resistência às crescentes ameaças à democracia, aos direitos humanos e à defesa da vida.

Educação popular: um breve histórico

Educação popular é uma concepção em disputa que, ao longo de diferentes momentos e contextos, foi representada por múltiplas definições e sentidos. Preiswerk³ aponta que seu caráter polissêmico pode acarretar o risco de descaracterização ou esvaziamento, como, por exemplo, na redução à diferenciação entre educação formal x informal e na ideia de educação para populares.

Consideramos a educação popular como uma concepção prático/teórica e uma metodologia de educação que articula diferentes saberes e práticas valorizando as dimensões da cultura e dos direitos humanos, assim como o compromisso com o diálogo e protagonismo das classes populares nas transformações sociais. Atenta à produção de desigualdades no interior do sistema capitalista e ao papel que a educação cumpre nessa dinâmica, a educação popular foi historicamente forjada no campo da organização e lutas populares por meio da ação-reflexão-ação. Assim, podemos afirmar que ela não é uma teoria que criou a prática, nem uma prática que criou uma teoria, mas, sim, o fruto dessas duas dimensões unidas por meio de um processo de 'práxis'. Na concepção de Paulo Freire, 'práxis' pode ser

compreendida como a estreita relação que se estabelece entre um modo de interpretar a realidade e a vida e a consequente prática que decorre dessa compreensão levando a uma ação transformadora⁴.

Preiswerk³ enfatiza que a educação popular se desenvolveu intimamente ligada às lutas anticolonialistas e pela preservação da memória e da cultura dos povos indígenas. No entanto, a autora Conceição Paludo⁵ aponta que a educação popular tem também raízes em diferentes experiências históricas, entre elas, o enfrentamento do capital por operários e camponeses no início do século XX, as experiências socialistas do Leste Europeu, o marxismo, a teoria de Paulo Freire, a Teologia da Libertação e o novo sindicalismo.

Paludo⁵ chama atenção para o caráter múltiplo e a dimensão global das origens da educação popular. Para ela, uma característica fundamental do campo da educação popular é o exercício crítico ao sistema societário vigente. Nessa perspectiva, a educação popular assume lugar distinto não só ao paradigma da ciência moderna, mas também aos modos de reprodução da sociedade capitalista ao propor e produzir outros modelos de sociabilidade pautados por valores alternativos ao crescente processo de acumulação, individualização e massificação da cultura de consumo⁶. Nesse sentido, a educação popular se caracterizou, ao longo dos anos, como uma alternativa às pedagogias e práticas liberais a serviço da manutenção das estruturas de poder político, de exploração da força de trabalho e de domínio cultural.

É importante ressaltar na definição da autora um diálogo com os apontamentos de Preiswerk³: a ênfase na dimensão de luta e resistência intrinsecamente presente nas origens da educação popular, quando a entendemos como movimento surgido na América Latina em resposta à colonização cultural, econômica e política empreendida pelo países eurocêntricos e norte-americanos. Assim, podemos ainda identificar uma aproximação da educação popular com as teorias pós-coloniais na crítica à colonização e seus efeitos.

No Brasil, podemos situar formalmente a educação popular, a partir do início do século XX, por meio de experiências educativas da classe trabalhadora da cidade e do campo, da organização de escola para a classe operária com a chegada de grupos imigrantes com ideologias anarquistas e com os movimentos pela democratização da educação, a partir da década de 1920. Brandão⁷ destaca que as propostas de trabalho pedagógico com as classes populares nesse período, entre elas, a luta pela escola pública, as campanhas pela erradicação do analfabetismo e as experiências de educação de classe entre operários, eram originadas e produzidas a partir do repertório de ideias e práticas dos movimentos sociais dedicados à educação existentes à época.

As experiências de educação popular no País se multiplicaram, especialmente, a partir do final da década de 1950⁷. Nesse período, não apenas o Brasil, mas também outros países da América Latina passavam por processos ainda iniciais de industrialização, os quais começavam a produzir alterações nas relações de classe exigindo qualificação de mão de obra para o mercado de trabalho que se construía. Somam-se a isso uma crescente demanda de alfabetização a partir dos movimentos migratórios no País e uma acelerada urbanização das grandes cidades e capitais.

A proposta de educação popular que se fortaleceu nos anos posteriores era uma contraposição ao modelo até então dominante na educação e alfabetização de adultos, afirmando-se como um movimento de trabalho político com as classes populares, não se colocando como uma forma mais avançada de educação compensatória, mas como uma retotalização do projeto educativo a partir da perspectiva popular. Para Brandão⁷, o que tornou historicamente possível a emergência dessa concepção de educação popular foi a conjunção entre períodos de governos populistas, a produção acelerada de uma intelectualidade estudantil, universitária, religiosa e partidariamente militante e a conquista de espaços de novas formas de organização das classes populares.

Na década de 1960, a educação popular se expandiu na América Latina como projeto político e pedagógico e como movimento cultural. No Brasil, a pedagogia de Paulo Freire se tornou uma referência, e a educação popular se articulou à ação política de diversos grupos populares como intelectuais, estudantes e pessoas ligadas à igreja católica. A partir do trabalho com as classes historicamente oprimidas, como camponeses e operários, Freire construiu um método educativo baseado na realidade cotidiana de vida das pessoas se contrapondo ao que ele denominava de ‘educação bancária’, tecnicista e alienante¹. Por intermédio de múltiplas experiências – com destaque para a ocorrida na cidade de Angicos no Rio Grande do Norte, em 1963 –, Paulo Freire conseguiu obter resultados expressivos na alfabetização de adultos, fortalecendo a ideia de que as classes populares se educam em suas próprias práticas, assim como a necessidade de construção de um projeto de País que valorizasse sua cultura contrapondo-se à dominação cultural colonialista.

Um tema central da educação popular proposta por Paulo Freire é o da crítica à opressão. A partir do pensamento freiriano, podemos falar de opressão como uma forma de funcionamento de poder. Nessa perspectiva, o oprimido – representado pelas populações consideradas periféricas como mulheres, proletários(as), negros(as) etc. – não é somente aquele ou aquela que suporta a opressão decorrente de uma relação de dominação, mas a opressão em si é uma relação dialética entre opressores e oprimidos⁸. Nessa relação, os oprimidos também podem incorporar a lógica opressora, em um processo de adesão que também foi identificado pelo pensador martinicano Frantz Fanon. Assim, a luta do oprimido não é somente contra o opressor, mas pela superação das relações de opressão. Para Freire⁹, a finalidade da educação é criar condições de superação das opressões e injustiças presentes na sociedade.

Brandão⁷ aponta que, embora associada às experiências de alfabetização de adultos, é

importante não reduzir a elas o projeto de educação popular que se consolidou nesse período, muito menos associá-lo às propostas pedagógicas de alfabetização ligadas à formação e à qualificação de mão de obra que até então eram dominantes. A educação popular inicia-se no campo da educação de adultos, mas logo passa a ser aplicada em outros campos de prática social. Nesse processo, podemos afirmar que assume as seguintes características:

- Consolida-se como um campo prático-teórico não só da educação, mas das relações sociais tendo como um ponto central a problematização, a partir da cultura, das estruturas desiguais e opressoras presentes na sociedade de forma a estabelecer condições de transformar essas estruturas;
- Ultrapassa o projeto de criação de um método educativo para as classes populares, assumindo a proposta de um trabalho educativo com o povo e a partir de seus saberes e referências;
- Reconhece a dimensão intrinsecamente política da educação e a considera como um instrumento de conscientização e politização, por intermédio da construção de outros saberes, ao invés de ser um saber dominante de efeito ajustador à ordem vigente por meio da transferência de conteúdos a sujeitos e grupos populares;
- Defende a possibilidade de realização do processo educativo em todas as situações de práticas críticas e criativas entre educadores e educandos ou em um processo de organização de classe.

Em resposta às exitosas experiências de alfabetização empreendidas por Paulo Freire e sua equipe, o governo brasileiro – que, sob a presidência de João Goulart, empenhava-se na realização de reformas de base no País – aprovou, no início de 1964, a multiplicação dessas primeiras experiências por meio de um

Plano Nacional de Alfabetização, que previa a formação de educadores em massa e a rápida implantação de 20 mil núcleos – os círculos de cultura – em vários estados. O plano deveria atingir todo o País, orientado pela proposta pedagógica de educação popular sistematizada por Paulo Freire.

No entanto, essa proposta foi suprimida meses depois, ainda em 1964, com o golpe empresarial-militar e substituída pelo Movimento Brasileiro de Alfabetização (Mobral). Paludo⁵ aponta que o golpe de 1964 representa o êxito de um projeto de desenvolvimento do País subordinado ao grande capital internacional, assim como ocorreu em vários outros países da América do Sul no mesmo período. Nesse contexto, fortaleceu-se uma concepção de educação e de escola como aparelhos de reprodução da ordem do capital em detrimento da pedagogia crítica e emancipatória proposta pela educação popular.

Com a emergência das lutas populares pela redemocratização do Brasil, já no final de década 1970, múltiplos movimentos se reaproximam da educação popular – como os movimentos da saúde e as Comunidades Eclesiais de Base (CEB) da igreja católica –, retomando seu caráter contra-hegemônico e sua histórica ligação com os movimentos sociais. Ao longo das décadas seguintes, diversos movimentos ligados às lutas populares, como o Movimento dos Sem-Terra (MST), os movimentos em defesa da moradia, o movimento de mulheres, das populações em situação de rua, entre outros, também se aproximam da educação popular em sua dimensão emancipatória, a partir da ideia de que os sujeitos se educam por meio das práticas sociais de luta e resistência.

Nos anos 2000 e 2010, surgem novas possibilidades de retomada do fortalecimento da educação popular, inclusive institucionalmente, com a eleição de governos de centro-esquerda no Brasil e na América Latina.

Nos dias atuais, discute-se que essa perspectiva político-metodológica, além de ser percebida como um método, pode se articular com diferentes áreas, como, por exemplo, a

saúde, além de subsidiar diversas lutas sociais e a construção de políticas públicas democráticas, participativas e voltadas aos interesses das populações historicamente oprimidas.

A educação popular em saúde

Situando o debate no campo da saúde, Vasconcelos¹⁰ aponta que a organização de movimentos populares e comunitários de saúde esteve na base do movimento da reforma sanitária brasileira da década de 1970, o qual, posteriormente, teve como desdobramento o Sistema Único de Saúde (SUS). O fortalecimento de redes de solidariedade nas comunidades e a discussão de problemas de saúde locais viabilizaram a formação de outras práticas de saúde e ajudaram a formar uma geração de profissionais e acadêmicos que lutavam contra a ditadura e a perspectiva privatista, biomédica e hospitalocêntrica. Para o autor:

Percebia-se que a atenção médica tradicional não era injusta apenas por ser oferecida de forma limitada aos pobres, mas também porque a sua racionalidade interna reforça e recria, no nível das microrrelações, as estruturas de dominação da sociedade. O seu biologicismo, o autoritarismo do doutor, o desprezo ao saber e à iniciativa do doente e seus familiares, a imposição de soluções técnicas para problemas sociais globais, o mercantilismo e a propaganda embutida dos grupos políticos dominantes são exemplos de alguns dos mecanismos entranhados na assistência à saúde oficial que se procurava superar¹⁰⁽²⁷⁴⁾.

Os efeitos simbólicos e concretos das práticas da chamada medicina tradicional são presentes até os dias atuais, já que a suposta dicotomia entre o saber biomédico e o saber popular acentua distanciamentos. Esse afastamento, por sua vez, tem o efeito de criar um perigoso viés no olhar de profissionais e acadêmicos em relação às diferentes formas

de organização comunitária e suas buscas pela produção de cuidado.

Muitas vezes, essas populações, em especial as mais vulneráveis, passam a ser consideradas ignorantes e desinteressadas na assimilação dos conteúdos prescritos pelos profissionais de saúde e validados pela ciência, mas que pouco dialogam com a realidade de seu cotidiano. Sobre essa aparente crise entre saber acadêmico e popular, o historiador, professor e pesquisador Víctor Valla desenvolveu importantes reflexões. No texto 'A crise de interpretação é nossa: procurando compreender a fala das classes subalternas', o autor se debruça sobre um tema central na educação popular: a dificuldade em reconhecer os saberes populares como válidos e legítimos em contraste com o conhecimento científico e/ou acadêmico.

Na perspectiva de Valla¹¹, os saberes populares são aqueles construídos a partir das experiências cotidianas de vida e trabalho das pessoas. A essas pessoas, é importante destacar uma dimensão de classe, gênero e raça: são trabalhadores e trabalhadoras que dependem de sua força de trabalho para sobreviver, negros e negras que criam cotidianamente estratégias de enfrentamento do racismo estrutural da sociedade capitalista, mulheres que resistem criativamente ao patriarcado e ao machismo, enfim, aqueles e aquelas que, embora considerados periféricos ou mesmo marginais diante do que é construído como padrão na sociedade moderna capitalista, constituem a grande maioria dos sujeitos que formam a complexa e desigual realidade social brasileira.

Valla¹¹ aponta que a forma como profissionais de saúde e acadêmicos lidam com populações vulneráveis e em situação de pobreza é marcada por preconceitos e distanciamentos, oriundos das diferenças de classe, raça e acesso à educação formal entre profissionais de saúde e população. Valla escreveu parte de sua obra nas décadas de 1980 e 1990. Desde então, houve importantes avanços no diálogo entre a educação popular e a saúde pública com o fortalecimento da atenção básica ocorrido no País nos anos 2000, fundamentalmente

por intermédio da expansão da ESF com a ênfase em um modelo de cuidado territorial e comunitário. Também a aprovação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS), em 2013, pode ser apontada como um marco que, dentro de suas principais ações de consolidação, tem como eixo a qualificação de profissionais de saúde e de lideranças populares nas referências da educação popular.

No entanto, a crise de interpretação citada pelo autor permanece na medida em que os espaços de produção de saber, e os próprios serviços de saúde, ainda revelam em seus cotidianos muitas dificuldades no reconhecimento da legitimidade dos saberes das classes populares. A atualidade do pensamento de Valla¹¹ reside na defesa de que os atores populares produzem teorias explicativas da realidade, as quais não devem ser hierarquizadas tomando como parâmetro o conhecimento científico hegemônico.

O autor indica uma importante percepção das classes populares de que um processo efetivo de ampla e significativa mudança social não está colocado no horizonte da atual sociedade, e nos alerta que o diálogo com as classes populares não deve ser operado como um ato de benevolência ou cortesia de atores e atrizes – sejam representantes do Estado, do terceiro setor ou da academia – que atuam como mediadores nesses grupos. É necessário um diálogo de caráter freiriano, de produção de novos conhecimentos a partir do encontro de diferentes saberes. Assim, para nos aproximarmos das realidades dessas populações, é fundamental considerarmos as condições materiais, mas também as dimensões intersubjetivas, simbólicas e sociais que formam sua leitura de mundo.

A partir de Valla¹¹, entendemos que os saberes populares compartilham elementos de várias concepções de saúde e doença, entre elas, a técnico-científica, mas também a ancestralidade, os saberes transmitidos mediante tradição oral e a espiritualidade, o que aponta para a riqueza e a complexidade desses saberes. Retomando a aproximação com

o campo da saúde mental, podemos dialogar, por exemplo, com a dimensão sociocultural destacada por Amarante¹² como um dos pilares da reforma psiquiátrica brasileira.

As artes, a espiritualidade e todas as demais manifestações da cultura são potentes linguagens para discutirmos a forma como lidamos cotidianamente com a diferença, o que vai além da loucura, e abrange, por exemplo, as relações que estabelecemos com as demais populações socialmente marginalizadas, como as pessoas em situação de rua, os que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, as pessoas em situação de privação de liberdade e as chamadas minorias étnicas.

Saúde mental e atenção psicossocial

Yasui¹³ aponta que o processo de reforma psiquiátrica no Brasil se caracterizou como uma transição paradigmática entre um modelo pautado na racionalidade médico-científica para um modelo de atenção psicossocial. O autor descreve uma ruptura radical com o modelo asilar até então predominante por meio do questionamento de seus fundamentos, conceitos e práticas.

Desde a década de 1970, o processo de reforma psiquiátrica no Brasil promoveu uma significativa transformação no tratamento de pessoas com transtornos mentais no País. Esse processo teve como um de seus principais marcos a regulamentação da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que preconiza a proteção e os direitos das pessoas com transtorno mental, a extinção de leitos psiquiátricos com característica de modelo asilar, o redirecionamento do modelo assistencial com a ênfase em processos de desospitalização e a criação de uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico.

Na atenção psicossocial, a assistência não é mais entendida como um processo curativo, mas como produção de vida, de sentido e sociabilidade¹². A descentralização da doença como foco de atenção e a ênfase no sujeito

em sua integralidade modificam e ampliam o objeto de ação do cuidado, bem como movimentam as práticas instituídas, questionando as instituições totais e a segregação dessas pessoas do seu meio. Partindo dessa premissa, questiona-se também o modo pelos quais as pessoas em situação de sofrimento mental são tratadas. Uma das questões estruturantes desse modelo se baseia no fato de que a doença mental passa a ser pensada de forma a não desvincular os sujeitos dos seus contextos de vida, seja a família, o bairro, o trabalho etc.

Assim, o cuidado em saúde mental a partir da atenção psicossocial implica a construção de redes que possam operar, por intermédio da lógica intersetorial e comunitária, na perspectiva da integralidade e da redução do estigma associado ao adoecimento mental¹². Para tanto, é necessária uma rede de serviços comunitários potente, que atue nos diversos contextos pelos quais circulem as pessoas em sofrimento psíquico. Dessa maneira, os Caps se tornaram um dispositivo estratégico na operacionalização da atenção psicossocial, diminuindo significativamente as longas internações em hospitais psiquiátricos por meio de uma direção de cuidado ampliada, territorial e comunitária.

Cabe destacar que a participação ativa de profissionais e gestores públicos da área de saúde mental, aliados aos usuários dos serviços e seus familiares, foi fundamental para ampliar o processo de mudança proposto pela reforma psiquiátrica. Este ultrapassou os limites da reforma meramente estrutural de serviços e da assistência, passando a propor profundas redefinições conceituais e organizacionais, revendo criticamente o papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico, de forma a garantir os direitos civis e humanos dos usuários da rede de saúde mental, assim como sua dignidade pessoal.

A partir da sistematização empreendida por Amarante^{12,14,15}, é possível destacarmos quatro dimensões que constituem o processo de reforma psiquiátrica brasileiro: as dimensões teórico-conceitual, jurídico-política,

técnico-assistencial e sociocultural. Tomando como referência as dimensões da reforma psiquiátrica e as transformações realizadas nas últimas décadas no campo da saúde mental, consideramos que o paradigma da atenção psicossocial dialoga com a perspectiva da educação popular em diferentes esferas, entre elas, na valorização da participação popular, na problematização da hegemonia do saber técnico-científico e no consequente reconhecimento de múltiplos saberes produzidos no cotidiano de vida das pessoas.

Saúde mental e educação popular: possíveis diálogos

Para Guimarães, Veras e Carli¹⁶, a partir do processo de construção da rede de atenção psicossocial substitutiva ao modelo hospitalar no País, as questões relativas à autonomia e à liberdade se colocam como fundamentais na construção de respostas ao sofrimento mental dos cidadãos e irão nortear as reivindicações que estruturaram a reforma psiquiátrica brasileira, bem como são pilares de sustentação na proposta de educação popular de Paulo Freire.

Para as autoras, o pensamento freiriano, assim como o movimento da reforma psiquiátrica, coloca em discussão o contato com a existência e o sofrimento do sujeito e sua ligação com o corpo social, não mais para curar ou aprender, mas para a produção de vida, de sentidos, de sociabilidade e de espaços coletivos de convivência.

Nesse sentido, a proposta do cuidado em liberdade promovida pelo paradigma da atenção psicossocial é um importante ponto de diálogo entre a saúde mental e o pensamento de Paulo Freire. A partir do respeito e da generosidade nas mediações entre profissionais e usuários, categorias também apontadas por Freire como fundamentais no processo educativo, Guimarães, Veras e Carli vislumbram a possibilidade de outro entendimento em relação às situações de sofrimento psíquico, de modo que:

[...] tanto profissional quanto o usuário se reconheçam, na oportunidade do encontro clínico, como protagonistas de ações cujas competências podem ser específicas, mas que, sobretudo, promovam a emancipação, dando novo sentido à vida¹⁶⁽¹⁰⁰⁾.

Outro ponto de aproximação paradigmática entre a saúde mental e a educação popular é a produção de uma nova relação com o conhecimento, em que os mitos da neutralidade, do distanciamento crítico e da autonomia da ciência são colocados em questão a partir de uma atitude epistemológica crítica¹⁵. Cabe destacar que uma importante referência no campo da educação popular em saúde é o reconhecimento da determinação social, econômica e política na produção de saúde, a articulação entre teoria e prática na construção de uma perspectiva cuidadora emancipatória, a valorização da historicidade humana nos processos educativos, assim como da intersubjetividade presente nos processos de adoecimento e cura.

Para Vasconcelos¹⁷, o movimento da educação popular e a luta dos movimentos sociais pela transformação da atenção à saúde possibilitaram a incorporação, em muitos serviços de saúde, de formas de relação com a população bastante participativas que rompem com a tradição autoritária historicamente dominante na saúde.

Muitas das práticas e tecnologias hoje comumente presentes no cotidiano dos serviços de saúde mental de caráter substitutivo, por exemplo, foram criados não só a partir das experiências reformistas internacionais, como a psicoterapia institucional francesa e a psiquiatria democrática italiana, mas são também heranças das experiências comunitárias de saúde que foram incorporadas ao SUS, incluindo também o campo da saúde mental.

As realizações de assembleias, rodas de conversa, espaços coletivos com a participação de usuários, familiares e profissionais são práticas comumente encontradas nos Caps e demais serviços da rede de saúde mental na lógica da atenção psicossocial e se aproximam de

modos de organização coletiva preconizados pela educação popular. Também as reuniões de equipe, recurso comumente encontrado nesses serviços, em que o processo de trabalho, a agenda de atividades, os casos clínicos são discutidos e definidos pelos trabalhadores e trabalhadoras, apontam para uma herança de participação e construção coletiva difundida por experiências com forte influência da educação popular.

Já no âmbito político-institucional, nas décadas de 2000 e 2010, mais especificamente a partir dos governos Lula e Dilma, houve um movimento de convergência entre saúde mental e educação popular no âmbito das políticas públicas em saúde, principalmente, a partir do fortalecimento da atenção básica como porta de entrada e centro articulador do SUS. A reorganização da Política Nacional de Saúde Mental por meio da Portaria nº 3.088, de 2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (Raps), a qual aponta para a regionalização da assistência em saúde mental e para uma maior articulação com a atenção básica, ocorreu meses antes da publicação da portaria que reorganizou a atenção básica em saúde no País mediante publicação da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) em 2012, mas também da publicação da PNEPS, a qual institucionalizou a educação popular em saúde no âmbito do SUS. Vale destacar que as três políticas são atualizadas entre os anos de 2011 e 2013, ainda no primeiro mandato da então presidenta Dilma Rousseff.

A PNEPS-SUS foi instituída por intermédio da Portaria nº 2.761/2013 do Ministério da Saúde e tem como objetivo contribuir com a participação popular, gestão participativa, controle social, cuidado, formação e práticas educativas em saúde, orientando as suas ações por meio de seis princípios: diálogo, amorosidade, problematização, emancipação, construção compartilhada de conhecimento e compromisso com a construção do projeto democrático e popular.

Para Amarante e Nunes¹⁸, a Raps, instituída para pessoas com sofrimento ou transtorno

mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS, possibilitou uma nova dimensão ao conjunto das ações em saúde mental no SUS, cujos objetivos principais foram definidos, como: a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população, em seus diferentes níveis de complexidade; a promoção do acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção e assistência; e a garantia da articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Ao empreendermos uma breve análise das duas políticas, identificamos diálogos no que se refere ao fortalecimento de uma perspectiva de cuidado ampliada e intersetorial, a qual, até aquele momento, era uma direção política e institucional do Ministério da Saúde. Consideramos que os principais pontos de convergência entre as políticas se referem à adoção de uma concepção ampliada de saúde, ao reconhecimento da atenção básica como instância organizadora da rede de saúde e à valorização de dispositivos e tecnologias não necessariamente vinculadas ao paradigma biomédico, como os serviços de caráter comunitário e os ligados à cultura.

Embora a aprovação das portarias possa ser considerada um avanço, tanto no campo da saúde mental quanto no da educação popular em saúde, há um agudo processo de desmonte dessas políticas em curso. Esse processo teve um marco em 2015 com a negociação política do Ministério da Saúde visando à sustentação política do governo Dilma que, naquele momento, já era ameaçado pela possibilidade de *impeachment*. A partir de 2016, com o golpe parlamentar, institucional e midiático ocorrido no País, é possível identificar não somente descontinuidades, mas significativos retrocessos nas políticas públicas construídas nos últimos anos.

As alterações na política de saúde mental ocorridas desde então apontam para uma

descaracterização da Raps por meio de elementos como a desconsideração dos avanços técnico-científicos do processo de reforma psiquiátrica brasileira, a ênfase na atenção hospitalar, a adoção de uma perspectiva conservadora no campo do álcool e outras drogas e o financiamento público de comunidades terapêuticas. Alguns autores e teóricos do campo da saúde mental^{19,20} e da atenção psicossocial têm denominado esse processo de contrarreforma psiquiátrica devido aos retrocessos na reforma psiquiátrica por intermédio da desconstrução de suas políticas públicas.

Considerações finais

Ao discutir os possíveis diálogos entre educação popular e saúde mental, esperamos que este texto ofereça suporte para processos críticos e reflexivos que valorizem a integralidade das ações de saúde e o compartilhamento de saberes e fazeres para a construção de caminhos férteis em relação à possibilidade de aproximação de referências que podem trazer novas contribuições para o campo da saúde pública e, mais especificamente, para a saúde mental na perspectiva da atenção psicossocial.

Acreditamos que o reconhecimento de outros saberes e visões de mundo é fundamental para criar relações de solidariedade com a diversidade e a diferença, tanto no campo da saúde mental como no da saúde pública. Neste ponto, podemos destacar que a educação popular e a atenção psicossocial têm justamente como ponto em comum o compromisso com a produção de formas de fazer ecoar vozes historicamente silenciadas.

Por fim, a aproximação entre ambas as áreas pode ainda apresentar valorosas contribuições para os atuais movimentos de resistência às crescentes ameaças à democracia, à defesa da vida e aos direitos humanos. No atual momento histórico de franco desmonte das políticas públicas de saúde, educação, seguridade, ciência e cultura, assim como do avanço do conservadorismo e da recusa radical do pensamento

crítico, acreditamos que é imprescindível não recuarmos na defesa da potência transformadora do fortalecimento de outras perspectivas epistemológicas no campo da saúde na construção de uma ciência comprometida com a defesa da vida, da liberdade e de um projeto de sociedade mais justo e solidário.

Colaboradores

Dias JVS (0000-0003-1691-5507)* e Amarante PDC (0000-0001-6778-2834)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 67. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2019.
2. Dias JVS, Amarante PD. Saúde Mental e Educação Popular: possíveis diálogos. In: Paro CA, Lemões MAM, Pekelman R, organizadores. *Educação Popular e a (re)construção de práticas cuidadoras*. v. 2. João Pessoa: Editora do CCTA; 2020. p. 135-154. *Coletânea Educação Popular em Saúde*.
3. Preiswerk M. Raíces y Plataformas de La Educación popular. In: Alejandro M, Romero MI, Vidal JR. *¿Qué es la educacional popular?* La Habana: Editorial Caminos; 2008.
4. Rossato R. Praxis. In: Streck DR, Redin E, Zitkoski JJ, organizadores. *Dicionário Paulo Freire – 2. ed., rev. amp. 1. reimp.* Belo Horizonte: Autêntica; 2010.
5. Paludo C. Educação popular. In: Caldart RS. *Dicionário da educação do campo*. Rio de Janeiro: São Paulo: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz; *Expressão popular*; 2012.
6. Paludo C. Educação popular como resistência e emancipação humana. *Cad. Cedes*. 2015; 35(96):219-238.
7. Brandão CR. *O que é educação popular*. São Paulo: Brasiliense; 2006.
8. Restrepo E, Rojas A. *Inflexión decolonial: fuentes, conceptos y cuestionamientos*. Popayán: Universidad de Cauca; 2010.
9. Freire P. *Conscientização*. São Paulo: Cortez; 2016.
10. Vasconcelos EM. Para além do controle social: a insistência dos movimentos sociais em investir na redefinição das práticas de saúde. In: Fleury S, Lobato LVC, organizadoras. *Participação, Democracia e Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes; 2010.
11. Valla V. A crise da interpretação é nossa: procurando entender a fala das classes subalternas. In: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *II Caderno de educação popular em saúde*. Bra-

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- sília, DF: Ministério da Saúde; 2014.
12. Amarante PD. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
 13. Yasui S. Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz; 2010.
 14. Amarante PD. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed., rev. ampliada. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz; 1998.
 15. Amarante PD. A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: Amarante P. Archivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Editora NAU; 2003. p. 45-65.
 16. Guimarães AC, Veras AB, Carli AD. Cuidado em Liberdade, um encontro entre Paulo Freire e a reforma psiquiátrica. *Rev. Psicol. Saúde*. 2018 [acesso em 2021 fev 12]; 10(1):91-103. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2018000100007.
 17. Vasconcelos EM. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. *Physis*. 2004 [acesso em 2020 nov 10]; 14(1):67-83. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312004000100005>.
 18. Amarante PD, Nunes O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciênc. Saúde Colet*. 2018 [acesso em 2021 fev 12]; 23(6):2067-2074. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>.
 19. Lima RC. O avanço da contrarreforma psiquiátrica no Brasil. *Physis*. 2019 [acesso em 2021 abr 4]; 29(1):e290101. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/physis/v29n1/pt_0103-7331-physis-29-01-e290101.pdf.
 20. Nunes MO, Lima Junior JM, Portugal CM, et al. Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. *Ciênc. Saúde Colet*. 2019 [acesso em 2021 abr 4]; 24(12):4489-4498. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001204489&lng=en&nrm=iso.
-
- Recebido em 07/05/2021
Aprovado em 29/11/2021
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Comunicação rizomática: reflexões sobre os movimentos de resistência em tempos da Covid-19

Rhizomatic communication: reflections on resistance movements in Covid-19 times

Michele Nacif Antunes¹, Jandesson Mendes Coqueiro²

DOI: 10.1590/0103-1104202213214

RESUMO Historicamente, o modelo de comunicação de risco e de emergência em saúde pública tem acontecido de forma hierárquica, menos cooperativa e democrática. Entretanto, em se tratando da pandemia da Covid-19, é possível observar que a garantia de uma comunicação universal, equânime e integral, para ampliação da participação cidadã nas políticas de saúde e na orientação do cuidado, não tem sido uma tarefa exclusiva das autoridades de saúde, dos especialistas, divulgadores científicos e de jornalistas, mas tem incorporado a participação de profissionais de saúde e de coletivos em diferentes territórios. O presente ensaio propõe discutir a comunicação rizomática no campo da saúde, destacando alguns movimentos de resistência, protagonistas nos processos comunicacionais, como as ações desenvolvidas pelos moradores do Complexo da Maré (RJ), povos do Xingu e de Rio Negro e comunidades quilombolas. As formas de comunicação rizomática desenvolvidas por esses movimentos, com utilização de *podcasts*, jornais, rádio, por exemplo, produzem novas formas de vida e novos modos de existência, por não terem um aspecto preestabelecido, no qual diferentes pontos se conectam no fluxo entre diversos atores, situações, elementos-chave, áreas e saberes em um caminho sistemático e criativo de pensar o mundo e suas complexidades, sustentando as diferenças e heterogeneidades dentro do território comunicacional.

PALAVRAS-CHAVE Covid-19. Pandemias. Comunicação em saúde.

ABSTRACT *Historically, the public health risk and emergency communication model has been hierarchical, less cooperative and democratic. However, when it comes to the Covid-19 pandemic, it is possible to observe that the guarantee of universal, equitable and integral communication, to expand citizen participation in health policies and in the guidance of care, has not been an exclusive task of the authorities, of health experts, science communicator and journalists, but it has incorporated the participation of health professionals and collectives in different territories. This essay proposes to discuss rhizomatic communication in the field of health, highlighting some resistance movements, protagonists in communication processes, such as the actions developed by the residents of Complexo da Maré (RJ), Xingu and Rio Negro peoples and quilombola communities. The forms of rhizomatic communication developed by these movements, using podcasts, newspapers, radio, for example, produce new forms of life and new modes of existence, as they do not have a pre-established aspect, in which different points connect in the flow between different factors, situations, key elements, areas and knowledge in a systematic and creative way of thinking about the world and its complexities, sustaining as differences and heterogeneities within the communicational territory.*

KEYWORDS Covid-19. Pandemics. Health communication.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. michelenantunes@gmail.com

²Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) – Vitória (ES), Brasil.

Introdução

O ano de 2020 começou com notícias que viraram o mundo de cabeça para baixo. Uma doença respiratória, que se iniciou com poucos casos registrados em Wuhan, na China, rapidamente se tornou a principal pauta na mídia internacional. O número de pessoas infectadas com o novo Coronavírus aumentou exponencialmente, e, em poucos meses, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou emergência mundial em saúde.

A pandemia da Covid-19, diante de sua complexidade, trouxe vários elementos complicadores: um agente infeccioso novo para cientistas e equipes de saúde, sobre o qual pouco se sabia, mundo altamente conectado, excesso de informação e dificuldade de identificar fontes e dados confiáveis, o desfecho da pandemia com forte dependência das decisões tomadas por autoridades e cidadãos. Assim, informar a população sobre os riscos à saúde apresentados pela Covid-19 nunca foi tão importante quanto outras medidas de proteção¹. No contexto pandêmico, cada vez mais, divulgar informações precisas e confiáveis permite que pessoas tomem decisões conscientes e adotem comportamentos positivos para cuidar de si e do outro.

Entretanto, a resposta ao coronavírus foi acompanhada por uma abundância excessiva de desinformação, que se espalhou rapidamente pelas plataformas de mídia social e outros meios de comunicação. Nesse novo cenário, apresentou-se uma imensa quantidade de informação acessível que pode afetar e alterar a compreensão e possíveis ações, tanto de maneira positiva quanto negativa.

Em um momento de surgimento de uma nova pandemia, os divulgadores de ciência e comunicadores precisam agir com responsabilidade, para disseminar informação clara e fundamentada, sem promover insegurança e pânico. Os meios de comunicação de massa são importantes veículos de informação em situações de risco e emergências, especialmente pelo seu grande alcance. Entretanto, cada vez mais, a atuação das equipes de comunicação

de organizações de pesquisa e até a ação individual de cientistas e divulgadores podem ganhar grandes proporções na internet, em especial, nas redes sociais¹.

Existe um conjunto de manuais e diretrizes com as melhores práticas para se comunicar com o público durante emergências de saúde pública. As diretrizes da OMS², por exemplo, consistem em cinco princípios para orientar a comunicação durante surtos e outras emergências: construir confiança, anunciar cedo, ser transparente, respeitar as preocupações públicas e planejar com antecedência. Entretanto, a partir da experiência da recente epidemia de H1N1 e, recentemente, da Covid-19, fica evidente que o controle e a comunicação de surtos raramente são um processo simples no que diz respeito à confiança do público e à transmissão da informação de forma objetiva e transparente.

Muitos avanços foram feitos nas teorias e nos modelos de comunicação de risco e de crise e, especificamente, na comunicação das doenças infecciosas emergentes. Embora o consenso seja que as teorias e os modelos são atualizados e relevantes, na prática, o fluxo de informação permanece unilateral, linear, assumindo que a mensagem é projetada do remetente para o destinatário, sem qualquer possibilidade de *feedback*. Esse recurso reflete uma noção ultrapassada de papéis estáveis e imutáveis na comunicação³.

A maioria das organizações científicas e do campo da saúde desenvolve a comunicação em uma estrutura basicamente hierárquica e muito menos cooperativa e democrática. As organizações devem envolver o público nas redes sociais com base na abordagem participativa e considerar o público como parceiro, aquele que pode trabalhar juntamente com as organizações para desenvolver um campo mais aberto e inovador, promovendo projetos de ciência cidadã on-line. Somente aqueles que estão inseridos nos contextos locais podem contribuir para as organizações adaptarem suas mensagens de acordo com os contextos socioeconômicos, culturais, educacionais, entre outros⁴.

Assim, é primordial a superação dessas deficiências, englobando novas tecnologias de comunicação. Cada vez mais, as mídias sociais desempenham um papel importante na disseminação da informação e, muitas vezes, da desinformação durante qualquer crise ou emergência. É fato que os avanços tecnológicos transformaram o modo como as organizações de saúde pública veem a informação e a disseminam às comunidades afetadas durante emergências, interagindo com elas. Assim, os comunicadores de risco e emergências devem considerar como potencializar o uso das novas tecnologias de comunicação no enfrentamento da situação. Da mesma forma, há um novo posicionamento do público como participante ativo, que é facilitado por novas tecnologias móveis, especialmente *smartphones*, redes sociais e ferramentas disponíveis na internet⁵.

Em suma, o modelo atual adotado pela comunicação de risco e de emergências em saúde pública, como na pandemia da Covid-19, aponta para a necessidade de mudanças que incorporem novas estratégias e práticas que levem em conta os diversificados territórios, cenários, contextos e os processos sociais existentes. Assim, como afirma Sodré⁶, é necessário pensar a comunicação sob o ângulo de uma transcendência. A transcendência do diálogo, não como mero intercâmbio de palavras, mas como ação de fazer ponte entre as diferenças, em uma ação modeladora e um processo de colocar diferenças em comum, sem que processo e ação possam ser considerados arbitrários por parte dos indivíduos⁶.

Durante a pandemia da Covid-19, foi possível observar que a garantia de uma comunicação universal, equânime e integral⁷ para ampliação da participação cidadã nas políticas de saúde e na orientação do cuidado não tem sido uma tarefa exclusiva das organizações, autoridades de saúde, especialistas, divulgadores científicos e de jornalistas, mas tem incorporado, também, a participação de profissionais de saúde e de coletivos em diferentes territórios.

Dessa forma, fica a pergunta: é possível outra forma de comunicação de risco e emergências

em saúde pública no Brasil? Uma comunicação que esteja ancorada na integração e articulação de diversos atores no enfrentamento do risco? Uma comunicação que não seja ancorada em relações hierárquicas e lineares? Uma comunicação em que o público assuma um lugar de protagonismo e não periférico?

Assim, a partir dessas questões e diante dos desafios informacionais impostos pela pandemia da Covid-19, o presente ensaio propõe discutir a comunicação rizomática no campo da saúde, destacando alguns movimentos de resistência como protagonistas nos processos comunicacionais, tendo os diferentes territórios como disparadores de práticas e estratégias de comunicação.

O rizoma deleuze-guattariano: apontamentos

A comunicação rizomática, que nos propomos a discutir aqui, surge por pensar no protagonismo da população frente à mídia e a outros processos comunicacionais, configurando-se um movimento de resistência que inventa, produz novos modos de existência e viver e que são amorfas, não possuindo formas determinadas para emergir.

O conceito de Rizoma, em uma perspectiva filosófica, cunhado por Deleuze e Guattari⁸, diz respeito às perspectivas amplas para a compreensão da vida, indo em direção à complexidade que lhe é inerente. Esses autores são considerados filósofos da diferença, da multiplicidade e/ou da imanência, na qual compreendem a construção do conhecimento como um devir, ou seja, renunciam-se à noção de conceitos como certezas sobre algo e identificam que o conhecimento é uma produção genuinamente circunstancial⁸.

As produções conjuntas entre Deleuze e Guattari se iniciaram com a escrita da clássica obra 'O Anti-Édipo'⁸ (primeira edição publicada na França, em 1972), em que os autores discutiram a potência do desejo, colocando em xeque o modo como psiquiatria e psicanálise

trabalham o tema. Depois seguiram com as obras ‘Kafka: por uma literatura menor’¹⁰ (publicado em 1975 e 1976), trazendo questões a respeito da literatura menor como expressão dos agenciamentos e desejos coletivos, e ‘Mil Platôs’¹¹ (publicado em 1980), que propõe uma revisão das estruturas de pensamento a partir da Terra e abre novas perspectivas para a concepção do ser humano, do capitalismo, do Estado e dos modos de vida em sociedade; e encerraram com a obra ‘O que é filosofia?’¹², discutindo a produção de conceitos, algo que eles defendem ser o papel da filosofia e que acabou sendo a marca registrada desses autores. Dessa forma, os conceitos demonstram tentativas de compreensão dos acontecimentos e das circunstâncias, e não uma busca da definição das coisas como elas são (conceito como essência)⁹.

Além da criação de conceitos, outra característica fundamental na escrita de Deleuze e Guattari era a interface constante com diversas áreas, como literatura, música, biologia, cinema, educação, entre outras. Essa conexão de diferentes saberes tornou-se, para os autores, um caminho sistemático e criativo de pensar a complexidade do mundo, baseado em diferenças e heterogeneidades⁹.

Levando em consideração essa interface constante com diversas áreas em que Deleuze e Guattari trabalhavam, cabe mencionar que o próprio conceito de Rizoma é uma referência clara dessa imbricação de diferentes saberes, pois, citada já no primeiro capítulo da obra ‘Mil Platôs’¹¹, é um termo oriundo da botânica, consistindo em hastes subterrâneas com ramificações de todos os lados, como os tubérculos e os bulbos. Do ponto de vista filosófico, o rizoma é compreendido como uma forma da vida, no sentido mais ampliado, sob forma de conexões, sem início ou fim, entremeadas por segmentaridades, linhas, intensidades e estratos¹¹.

Para melhor definição do Rizoma, Deleuze e Guattari apresentaram seis princípios norteadores dessa teoria, sendo que o primeiro e o segundo remetem à ideia de que no rizoma todos os pontos podem ser conectados, sem

referência central ou hierárquica (princípio da conexão), associando-se ao princípio da heterogeneidade, caracterizado pela noção de uma realidade complexa em que diferentes estatutos de algo coexistem em movimento, que formam conexões múltiplas e diversas. Dessa forma, não se pode refletir em uma coisa ou outra, mas uma coisa e outra. Um exemplo dessas múltiplas conexões se apresenta através da análise da língua, que não se restringe ao que se diz e aos seus significados expressos, mas carrega consigo formas de agenciamentos e variáveis de poder sociais particulares¹¹.

Quanto ao terceiro princípio, o da multiplicidade, relacionado diretamente com os anteriores, refere-se ao abandono do pensamento dicotômico, que vem determinando a separação binária entre polos como objeto e sujeito, homem e mulher, bem e mal. Essas formas de compreender a vida, para Deleuze e Guattari¹¹, não são capazes de traduzi-la, uma vez que são inúmeras as linhas e conexões que se cruzam, são movimentos, agenciamentos – “crescimento das dimensões numa multiplicidade que muda necessariamente de natureza à medida que ela aumenta suas conexões”¹¹⁽¹⁷⁾.

O quarto princípio se constitui em ruptura assinalante, que define a liberdade que o rizoma tem de romper qualquer dos seus pontos, assim como de poder retomar o seu processo. Esse sistema, marcado por conexões, heterogeneidade e multiplicidade, compreende e abarca o diferente, havendo sempre espaço para reconfiguração. Não existe perenidade, mas, ao contrário, prevalência do temporário, como, por exemplo, o bom e o mau são somente produto de uma seleção temporária e ativa a ser recomeçada¹¹.

Já o quinto e o sexto princípios de um sistema rizomático se configuram como a cartografia e a decalcomania na qual “um rizoma não pode ser justificado por nenhum modelo estrutural ou gerativo. Ele é estranho a qualquer ideia de eixo genético ou de estrutura profunda”¹¹⁽²¹⁾.

Dessa maneira, o rizoma Deleuze-Guattariano não tem começo nem fim, ele se encontra sempre no meio, entre as coisas. A

árvore determina o verbo ‘ser’, mas o rizoma tem como disposição a conjunção ‘e... e... e...’. Existe nessa conjunção uma força capaz de movimentar e desenraizar o verbo ser, na qual o meio não é uma média, mas o lugar onde as coisas adquirem velocidade¹¹.

Reflexões sobre a comunicação rizomática e os movimentos de resistência

Atualmente, tem se verificado que a sociedade participa do processo de comunicação de diversas formas e em espaços diferentes daqueles já institucionalizados, como as redações de jornais, por exemplo. Isso tem provocado interferências nos modos de se pensar a comunicação social, pois essas ações, empreendidas pela sociedade, materializam-se nas mais diversas formas e podem ser tomadas como movimentos de resistência. Essas mobilizações, conforme posto por Foucault¹³, disseminam-se com mais ou menos densidade no espaço e no tempo, por vezes, provocando o levantamento de pessoas ou grupos de maneira definitiva, estimulando certos momentos da vida, alguns tipos de comportamentos e algumas partes do corpo. É visto, mais comumente, como ponto de resistência transitório e móvel, que inclui na sociedade clivagens que deslocam unidades e suscitam reagrupamentos, percorrem os próprios indivíduos, remodelando-os, traçando neles, em seu corpo e alma, regiões irredutíveis.

Os movimentos de resistência se configuram como uma criação social de outras possibilidades de vida, empreendidas sem uma intenção preestabelecida, ou seja, não existe um planejamento prévio do agir¹⁴. Entretanto, Romagnoli¹⁵ explica que, se existe resistência, é porque não houve captura das forças inventivas da vida, isto é, se há produção de modos novos de viver, é porque existem movimentos de resistência.

Vale acrescentar, ainda, que as resistências colocam em questionamento a forma preestabelecida e hegemônica das instituições, como a mídia, por exemplo. Nesse contexto, as instituições, segundo Baremblyt¹⁶, são árvores de deliberação lógicas que moderam as atividades humanas, apresentando o que é permitido, proibido e indiferente. As instituições são compreendidas por um movimento que as gera (instituinte), um resultado (instituído) e um processo (institucionalização). Para realizar concretamente sua função regulamentadora, as instituições materializam-se em organizações e estabelecimentos.

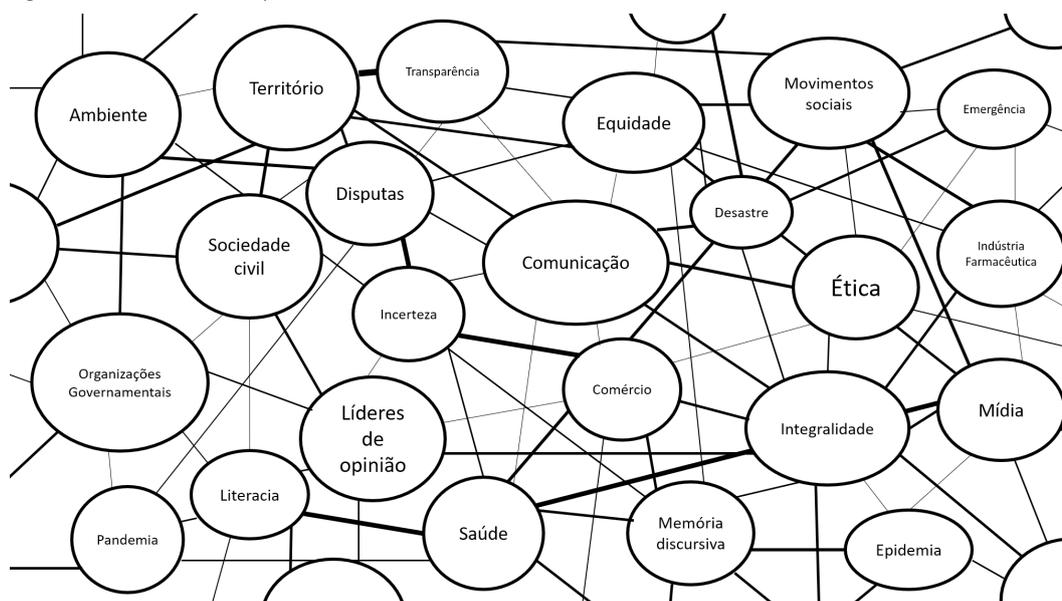
Em se tratando do campo da comunicação social, os movimentos de resistência colocam em questionamento a forma preestabelecida de difundir informações imposta pela mídia, sendo uma maneira de a população se comunicar de forma alternativa aos meios de comunicação hegemônicos. Com isso, refletir sobre o processo de comunicação e os movimentos de resistência para além da mídia hegemônica representa pensar esse processo como ação instituinte, ou seja, processo mobilizado por forças produtivo-desejante-revolucionárias que tem tendência a criar instituições ou modificá-las como parte do devir potências¹⁶.

Essas formas de comunicação que se apresentam nos movimentos de resistência, produzem novas formas de vida e novos modos de existência, são denominadas comunicação rizomática, conforme *figura 1*, por não terem um aspecto preestabelecido, onde diferentes pontos se conectam no fluxo entre diversos atores (mídia, movimentos sociais, líderes de opinião, organizações governamentais, indústria farmacêutica e comércio), situações (desastres, epidemias, pandemias e emergências), elementos-chave (ética, transparência, literacia, disputas, integralidade e equidade), áreas e saberes (comunicação, saúde e educação, por exemplo), em um caminho sistemático e criativo de pensar o mundo e suas complexidades, sustentando as diferenças e heterogeneidades dentro do território comunicacional. Esse fluxo acontece de forma sistemática, e cada

item pode ganhar um destaque maior a depender do contexto histórico vivido, do ângulo

analisado e da perspectiva de qual ponto se vai analisar o processo comunicacional.

Figura 1. Fluxos da comunicação rizomática



Fonte: elaboração própria.

Nesse processo de comunicação, o fluxo rizomático é formado por linhas que se conectam e colocam em evidência as multiplicidades de saberes envolvidos no modo de comunicar rizomaticamente, tendo o público como um grande aliado na produção de conteúdo sobre os mais diversos assuntos e moldando, também, a forma com que as notícias são produzidas pela mídia e por organizações públicas de saúde. Dessa maneira, tem-se como exemplo o processo comunicacional desenvolvido pelos moradores do Complexo da Maré (RJ), que usam os meios comunitários para se informar durante a pandemia e iniciativas no Xingu e Rio Negro, que buscam levar informações e alertas sobre a pandemia para povos indígenas e comunidades tradicionais.

Com a utilização de *podcast*, jornal e ‘rádio no poste’, os moderadores do Complexo da Maré – território composto por seis comunidades, localizado na Zona Norte do Rio de

Janeiro (RJ), com população de 64 mil habitantes – têm realizado o processo de comunicação rizomática em tempos de pandemia da Covid-19.

O *podcast* ‘Maré em Tempos de Coronavírus’, também conhecido popularmente como ‘audição no zap’, é uma iniciativa criada para informar a população sobre o enfrentamento da Covid-19 na comunidade. Como a população não tem acesso à internet de qualidade, o áudio é divulgado em forma de ‘mensagem de voz’ em aplicativos como o WhatsApp, que é acessível e requer poucos recursos nos celulares, além da distribuição nas plataformas digitais específicas de *podcast*. Já o jornal ‘Maré de notícias’, que busca o enfrentamento das notícias falsas (*fake news*), é distribuído mensalmente, e algumas edições foram publicadas em formato on-line para evitar contato físico e uma possível propagação da doença. A rádio comunitária, conhecida como ‘rádio no poste’,

trabalha com músicas diversificadas, anúncios, informação de utilidade pública para a comunidade e, com o avanço da pandemia, também atuou em divulgações sobre o assunto¹⁷.

Os processos comunicacionais promovidos pelos povos do Xingu e Rio Negro durante a pandemia da Covid-19 funcionam através de gravação de *podcasts* e criação de informativos em sua língua materna, o que proporciona melhor compreensão da informação pelos povos indígenas. Além disso, são produzidos vídeos, cards, áudios e informativos com dados atualizados e orientações de prevenção, que são divulgados nas aldeias, comunidades e cidades pelas redes sociais e aplicativos de mensagem. Entretanto, em lugares sem disponibilidade de internet, o que prevalece são as informações disseminadas pela rádio. Para isso, os profissionais de saúde, educadores e organizações, como a Fundação Nacional do Índio (Funai), Associação Terra Indígena Xingu (Atix) e Rede Xingu+, enviam radiogramas sobre medidas preventivas da Covid-19, e, quando chegam novidades sobre o assunto, a comunidade liga a rádio em um mesmo horário para receber orientações e fazer perguntas¹⁸.

Esses movimentos são considerados comunicações rizomáticas, por se apresentarem como amorfas, imprevisíveis e inventivas. Eles colocam em julgamento as formas com que os meios de comunicação hegemônicos estruturam suas notícias, mas com a intenção de criar fluxos que possam fazer emergir o novo e potencializar as formas de vida em cada uma das comunidades existentes.

Dessa forma, a comunidade inserida nesse processo de comunicação rizomática pode ser entendida, no contexto de implementação das ações próximas da realidade de cada território, como Grupo Sujeito¹⁶, isto é, um coletivo que se constitui como uma utopia ativa, capaz de gerar suas próprias normas – como realização de pautas com assuntos destinados ao local, conforme visto pela comunidade do Complexo da Maré, e na produção de informação na língua nativa, como acontece entre os povos do Xingu e Rio Negro. Assim, eles se afastaram

da conjuntura de um Grupo Sujeitado, ou seja, alienados em objetivos, procedimentos e normas que lhes são impostas, como, por exemplo, ouvir de forma passiva uma informação na rádio sem poder esclarecer dúvidas sobre o assunto ou aceitando passivamente as informações que são impostas sem vinculação com a realidade de cada comunidade.

Vale destacar que, ao refletir sobre grupo sujeito e sujeitado, a comunicação rizomática apresenta pontos de convergência e divergência com as características da comunicação comunitária. A convergência se dá no sentido de que a comunicação comunitária é entendida como um processo em que todo receptor de mensagens dos meios de comunicação tem o potencial de se tornar sujeito da comunicação, um emissor¹⁹. Entretanto, os meios de comunicação nos territórios, embora abordem as diferentes questões locais, podem não ser caracterizados como comunitários. Isso acontece quando essa comunicação é produzida e exercida reproduzindo os padrões e interesses da mídia hegemônica, ainda fechada à participação ampliada do cidadão¹⁹. Dessa forma, na comunicação rizomática, pode haver, também, uma ruptura com essa concepção de comunicação comunitária que é imposta aos territórios.

É importante acrescentar, também, que, para a comunicação rizomática nesses movimentos de resistência, os *podcasts*, jornais e rádio têm se configurado como um agenciamento¹⁶, que, também chamados de dispositivos, são uma montagem produtora de inovações que gera acontecimentos (algo imprevisível) e devires, ignorando, muitas vezes, os limites constituídos das entidades molares (conservadoras), como a mídia tradicional. Esses dispositivos, quando utilizados por esses coletivos, podem gerar diferença absoluta e produzir realidades revolucionárias, na medida em que potencializam as vozes dos sujeitos, muitas vezes, pouco ouvidas pelas organizações de saúde, pesquisas etc.

Nesse cenário, cabe ressaltar que a comunicação rizomática também se estabeleceu entre os coletivos, muitas vezes, como resposta aos

atravessamentos sofridos durante a pandemia da Covid-19. Segundo Baremlitt¹⁶, um atravessamento se configura como articulação, entrelaçamento e interpenetração de articulação conservadora, que serve de dominação, exploração e mistificação, apresentadas como necessárias e benéficas.

Um dos atravessamentos identificados durante a pandemia da Covid-19 foi a invisibilidade da doença em territórios quilombolas²⁰. Os dados nessa população são subnotificados, e o Ministério da Saúde tem negligenciado atenção específica às populações negras, uma vez que o quesito raça/cor não foi elegível para análise de situação epidemiológica da Covid-19 nos primeiros boletins epidemiológicos²⁰, e a incorporação dessas informações como categoria de análise se deu após posicionamentos do Grupo de Trabalho (GT) Racismo e Saúde, da Coalizão Negra e da Sociedade Brasileira de Médicos de Família e Comunidade²¹.

Esse atravessamento enfrentado pela população quilombola fez com que a Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (Conaq) e o Instituto Socioambiental criassem o ‘Observatório da Covid-19 nos Quilombos’, com objetivo de monitorar casos confirmados e óbitos decorrentes da Covid-19 entre quilombolas. A plataforma é atualizada com informações enviadas por pontos focais regionais da Conaq, que acompanham a situação de casos confirmados e óbitos junto às comunidades e organizações locais nos territórios. Com as informações atualizadas, a sociedade brasileira e, em especial, as comunidades quilombolas dispõem de mais informações para exigir providências do Estado, para que tome medidas em defesa da vida das famílias quilombolas, uma vez que a maioria dos territórios está localizada distante de hospitais estruturados e perto de municípios com sistema de saúde fragilizado²².

No processo de comunicação rizomática, os movimentos de resistência, como os apresentados pela comunidade Complexo da Maré, povos do Xingu e Rio Negro e da comunidade quilombola, configuram-se como fluxos

desviantes¹⁶, ou seja, coletivos que questionam o instituído (o Estado e a mídia tradicional, por exemplo), protagonizando um afastamento da linha condutora hegemônica da organização, tornando-se o gérmen de um processo produtivo-desejante-revolucionário.

Além disso, o processo de comunicação rizomática nesses movimentos de resistência se apresenta como uma produção desejante, uma produção do que é imanente ao desejo, sendo que o desejo se configura como não representacional; é real-e-virtual, situado no plano virtual à espera de abertura e conexões para poder operar no plano de objetos e modos de subjetivação²³.

Outrossim, essa comunicação rizomática é uma das formas de os indivíduos reconhecerem suas opiniões, construir fontes de formação de crenças e atitudes, sendo capazes, desse modo, de apresentar o pensamento coletivo de uma determinada população. Portanto, os processos comunicacionais, como a forma rizomática, devem ser explorados, para que aconteça uma reflexão a respeito das ações instituintes que vêm surgindo em vários territórios durante a pandemia da Covid-19, bem como uma análise da implicação – lugar que o indivíduo ocupa no mundo²⁴ – dos sujeitos no processo de comunicação.

Considerações finais: uma porta entreaberta

Na contemporaneidade, os meios de comunicação, muitas vezes, assumem um papel centralizador na midiaticização de riscos e emergências em saúde pública, de modo que podem influenciar o estabelecimento de crenças, opiniões e comportamentos. Essa centralidade dos meios de comunicação impulsiona as organizações de saúde a desenvolverem as estratégias comunicacionais em uma estrutura hierárquica, menos cooperativa e menos democrática.

Diante dos desafios informacionais da pandemia da Covid-19, foi possível observar diversos movimentos que potencializaram

o protagonismo da população em resposta a essa centralidade da mídia e dos processos comunicacionais ancorados em relações hierárquicas e lineares, configurando-se um movimento de resistência que cria modos de viver e existir, não possuindo, dessa maneira, formas planejadas de revelar-se nos territórios.

O enfrentamento da pandemia apresentou, em cada território, diferentes desafios, de acordo com as carências e adversidades ali existentes, que foram potencializadas pelo acesso às tecnologias de informação e comunicação, por meio das quais os atores locais difundiram informações sobre o cuidado, fizeram denúncias e pedidos de apoio por intermédio de jornais, vídeos e áudios. Na perspectiva da comunicação rizomática, eles se aproximaram de características presentes em Grupos Sujeitos da comunicação e se afastaram do contexto de um Grupo Sujeitado, ou seja, alienado em objetivos, procedimentos e normas que lhes são impostas por Estado, mídia e organizações de saúde.

Além disso, é importante frisar que a comunicação rizomática implementada pelos coletivos do Complexo da Maré (RJ), dos povos indígenas do Xingu e Rio Negro e quilombolas nos tempos de pandemia da Covid-19 não é um caso isolado. Constantemente, outros movimentos, muitas vezes, sem visibilidade, surgem no sentido de criar o novo, potencializar as formas de existência em cada coletivo e lutar pelos desafios impostos pelas instituições opressoras. Além disso, a comunicação rizomática desses e de outros coletivos está em constante rompimento, formando outras conexões, uma vez que os desafios enfrentados por eles são contínuos e não se limitam à pandemia da Covid-19.

A partir do que foi discutido, advoga-se que o diálogo eficaz com o público durante emergências sanitárias pode ser potencializado pelas organizações de saúde a partir da compreensão da comunicação rizomática, em que diferentes pontos se conectam no fluxo entre diversos atores, situações, elementos-chave, áreas e saberes em um caminho sistemático e criativo de pensar o mundo e suas complexidades, sustentando as diferenças e heterogeneidades dentro do território comunicacional.

Assim, ao envolver o público com base na abordagem participativa e o considerando como parceiro, ou seja, aquele que pode trabalhar em conjunto para o desenvolvimento de estratégias comunicacionais voltadas para territórios específicos, as organizações de pesquisa estarão, também, promovendo uma ciência mais aberta, colaborativa e cidadã, que atue mobilizada por forças produtivo-desejante-revolucionárias no fortalecimento do devir-potência das diversas forma de viver da população.

Neste momento, finalizamos, mas com a porta entreaberta para que novos estudos sejam realizados com vistas a problematizar as formas de comunicação em tempos de risco e emergência pública, colocando em destaque o protagonismo dos movimentos de resistência e de coletivos no enfrentamento dos desafios encontrados.

Colaboradores

Antunes MN (0000-0001-8500-8930)* e Coqueiro JM (0000-0002-5321-5174)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Chagas C, Massarani L. Manual de sobrevivência para divulgar ciência e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2020. 152 p.
2. Organização Mundial da Saúde. Outbreak communication. best practices for communicating with the public during an outbreak. Geneva: World Health Organization; 2004.
3. Antunes MN. Comunicando o Risco: um olhar sobre a epidemia de zika. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo; 2018. [acesso em 2021 abr 3]. Disponível em: <http://repositorio.ufes.br/handle/10/10334>.
4. Gesser-Edelsburg A. How to Make Health and Risk Communication on Social Media More “Social” During COVID-19. Risk Manag Healthc Policy. 2021 [acesso em 2021 abr 3]; (14):3523-40. Disponível em: <https://www.dovepress.com/how-to-make-health-and-risk-communication-on-social-media-more-social-peer-reviewed-fulltext-article-RMHP>.
5. Gesser-Edelsburg A, Shir-Raz Y. Risk communication and infectious diseases in an age of digital media. Routledge: Risk Communication and Infectious Diseases in an Age of Digital Media; 2016.
6. Sodré M. A ciência do comum. Notas para o método comunicacional. Petrópolis: Vozes; 2014.
7. Araújo IS, Cardoso JM. Comunicação e saúde. Comunicação e saúde. Editora Fiocruz; 2007.
8. Deleuze G, Guattari F. O anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia. São Paulo: Editora 34; 2011.
9. Barreto RDO, Carreieri ADP, Romagnoli RC. O rizoma deleuze-guattariano nas pesquisas em Estudos Organizacionais. Cad EBAPEBR. 2020 [acesso em 2021 abr 3]; 18(1):47-60. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-3951202000100047&lng=pt.
10. Deleuze G. Kafka: por uma literatura menor. Rio de Janeiro: Imago; 1977.
11. Deleuze G, Guattari F. Mil Platôs. 2. ed. São Paulo: Editora 34; 1995.
12. Deleuze G, Guattari F. O que é a filosofia? 3. ed. São Paulo: Editora 34; 1995.
13. Foucault M. História da sexualidade: a vontade de saber. 17. ed. São Paulo: Graal; 2006.
14. Oliveira S. Micropolítica do fracasso escolar: uma tentativa de aliança com o invisível. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo; 2001.
15. Romagnoli RC, Paulon SM, Amorim AKMA, et al. Por uma clínica da resistência: experimentações desinstitucionalizantes em tempos de biopolítica. Interface – Comun. Saúde, Educ. 2009 [acesso em 2021 abr 4]; 13(30):199-207. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000300016&lng=pt&lng=pt.
16. Barembliitt G. Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática. 6. ed. Belo Horizonte: FGC/IFG; 2012.
17. Rodrigues M. Podcast, jornal e “rádio de poste”: moradores da Maré usam meios comunitários para se informar durante pandemia. G1. 2020 jun 3. [acesso em 2021 out 7]. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/06/03/podcast-jornal-e-radio-de-poste-moradores-da-mare-usam-meios-comunitarios-para-se-informar-durante-pandemia.ghtml>.
18. Instituto Socioambiental. Do rádio à internet, indígenas e ribeirinhos usam a comunicação para enfrentar Covid-19. [acesso em 2021 out 7]. Disponível em: <https://www.socioambiental.org/pt-br/noticias-socio-ambientais/do-radio-a-internet-indigenas-e-ribeirinhos-usam-a-comunicacao-para-enfrentar-covid-19>.
19. Krohling P, Cicilia M. Conceitos de comunicação popular, alternativa e comunitária revisitados. Reelaborações no setor. Palavra Clave. 2008 [acesso em 2021 out 7]; 11(2):367-379. Disponível em:

- http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-82852008000200014&lng=en&nrm=iso.
20. Quilombo sem COVID-19. Observatório da Covid-19 nos Quilombos. [acesso em 2021 out 7]. Disponível em: <https://quilombosemcovid19.org/>.
 21. Santos MPA, Nery JS, Goes EF, et al. População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. *Est. Avanç.* 2020 [acesso em: 2021 out 7]; 34(99):225-44. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142020000200225&lng=pt.
 22. Instituto Socioambiental. Conaq e ISA lançam o 'Observatório da Covid-19 nos Quilombos'. 2020. [acesso em 2021 out 7]. Disponível em: <https://www.socioambiental.org/pt-br/noticias-socioambientais/conaq-e-isa-lancam-o-observatorio-da-covid-19-nos-quilombos>.
 23. Guattari F. *Micropolítica: cartografias do desejo*. 7. ed. Petrópolis: Vozes; 2005.
 24. Lourau R. René Lourau na UERJ – Análise Institucional e Práticas de Pesquisa. Rio de Janeiro: Eduerj; 1993.

Recebido em 14/10/2021
Aprovado em 07/12/2021
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Estudos sobre o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: olhares diversos sobre um mesmo fenômeno

Studies about the Brazilian Health Reform Movement: different perspectives on the same phenomenon

João Henrique Araujo Virgens¹, Carmen Fontes Teixeira²

DOI: 10.1590/0103-1104202213215

RESUMO A Reforma Sanitária Brasileira tem sido estudada com apoio de diferentes referenciais teórico-metodológicos, e essa variedade de abordagens motivou esta pesquisa. Portanto, o objetivo deste artigo foi analisar estudos sobre o movimento sanitário, publicados entre 1987 e 2019, a partir de uma revisão sistemática de 28 artigos selecionados, entre 426 capturados, no ‘Portal de periódicos da Capes’, na ‘SciELO’ e na ‘Biblioteca Virtual em Saúde’. Os resultados apontam que a maioria dos autores são sujeitos engajados ética e politicamente no movimento e utilizam, em grande medida, a abordagem marxista. Em relação às fontes de informação, foram priorizadas a pesquisa bibliográfica e a consulta a documentos institucionais ou publicizados pelas entidades da Reforma Sanitária Brasileira. Poucos estudos, entretanto, explicitaram claramente as estratégias metodológicas e o embasamento teórico utilizado para realizar a análise textual. Conclui-se que a escolha dos referenciais teórico-metodológicos está relacionada com a trajetória profissional e política dos autores, impactando diretamente na delimitação dos objetos de estudo e, conseqüentemente, no alcance e nos resultados das análises sobre o movimento sanitário.

PALAVRAS-CHAVE Ativismo político. Reforma do setor saúde. Atividade política. Movimento sanitário. Análise política em saúde.

ABSTRACT *The Brazilian Health Sector Reform has been approached from different theoretical and methodological perspectives, and that variety of approaches is what motivated this research. Thus, the aim of this article is to analyze studies about the Health Reform Movement, published between 1987 and 2019, from a systematic review of 28 selected articles, among the 426 collected on the ‘Capes Periodicals Portal’, ‘SciELO’, and ‘Virtual Health Library’. The results indicate that the majority of authors are subjects ethically and politically engaged in the movement and largely use the Marxist approach. Concerning information sources, bibliographic research and consultation of institutional documents or documents published by Health Sector Reform entities were prioritized. However, few studies clearly explain the methodological strategies and the theoretical basis used to perform a textual analysis. It is concluded that the choice of the theoretical and methodological references is related to the professional and political trajectory of the authors, directly impacting on the delimitation of the objects of study and, consequently, on the scope and results of the analyses on the Health Reform Movement.*

¹ Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil.
jhenrique.av@gmail.com

² Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos (IHAC) – Salvador (BA), Brasil.

KEYWORDS *Political activism. Health care reform. Activity, political. Health reform movement. Political analysis in health.*



Introdução

A Reforma Sanitária Brasileira (RSB) tem sido objeto de estudo de vários pesquisadores, inclusive com alguns trabalhos que têm como objetivo explicitar sua teoria e contribuir com a análise dos sujeitos envolvidos e de sua ação¹⁻⁴. Apesar da ampla e diversificada produção sobre o tema, continua a ser relevante o desenvolvimento de pesquisas que se proponham a revisar e atualizar as análises sobre esse fenômeno, introduzindo novos olhares, perguntas e objetivos. Ademais, cabe considerar que, na prática científica, é importante examinar, também, como esses conhecimentos têm sido construídos.

Ao analisar os estudos sobre o movimento sanitário, observam-se divergências nas interpretações acerca dos sujeitos que fazem parte dele e das estratégias que foram adotadas. Consideramos, assim, a hipótese de que essas diferenças podem decorrer não apenas do recorte dos estudos, mas também dos referenciais adotados para construir a análise. Ou seja, diferentes teorias e metodologias poderiam impactar na interpretação dos resultados e na própria concepção de movimento.

Diante dessa hipótese, resolvemos nos debruçar sobre os artigos publicados acerca do ‘movimento da RSB’ (MRSB) e examinar como esses estudos têm sido desenvolvidos. Esse enfoque é o diferencial deste artigo, já que é direcionada atenção prioritária para analisar a maneira como os autores têm estudado o ‘movimento sanitário’. Ou seja, além de identificar elementos mais prevalentes e lacunas nos estudos, busca-se problematizar as diferenças observadas que podem ser resultado das escolhas teórico-metodológicas.

Nesse sentido, este trabalho tem como objetivo analisar aspectos relacionados com o modo de produção de conhecimentos sobre o MRSB (os atores políticos), com atenção especial para os sujeitos que publicam e para os referenciais teórico-metodológicos adotados em um conjunto de artigos que tratam do tema. As perguntas da pesquisa são: qual o

perfil dos autores que escrevem sobre o MRSB? Onde publicam seus trabalhos? Quais teorias e métodos são acionados nesses artigos?

Elementos teórico-metodológicos

Este estudo consiste em uma revisão sistemática da literatura⁵⁻⁸, tendo como base uma pesquisa realizada no ‘Portal de periódicos da Capes’, ‘SciELO’ e ‘Biblioteca Virtual em Saúde’, utilizando separadamente as expressões “movimento sanitário”, “movimento de/a reforma sanitária” e “reforma sanitária brasileira”. Adotou-se como critério de inclusão: artigos publicados em periódicos revisados por pares até o ano de 2019, tendo sido identificada, em 1987, a primeira publicação com base nesses critérios. Dos 826 artigos localizados, foram excluídos os repetidos (400), e lidos os resumos dos demais (426), sendo que, em alguns casos (89), foram lidos também a introdução e o método devido à ausência de informações claras no resumo, indicando se era realizada análise do(s) sujeito(s) da RSB. Foram descartados (398) estudos que enfocavam temáticas específicas e que apenas citaram o MRSB sem desenvolver análises sobre ele.

Os 28 artigos selecionados foram lidos na íntegra, e extraídas informações⁹ para construir uma matriz de análise com os seguintes aspectos: a) momento da publicação do artigo e período analisado; b) perfil dos autores (formação acadêmica, atuação profissional e vinculação política com o movimento sanitário) com base nos registros na Plataforma Lattes; c) revistas em que os artigos foram publicados; d) referenciais teóricos utilizados; e) métodos e técnicas de produção e análise de dados.

Para melhor delimitar os aspectos relacionados com a maneira como foram desenvolvidos os estudos sobre o MRSB, adotamos como referencial uma adaptação da proposta apresentada por Bruyne et al.¹⁰ (*figura 1*). Nessa abordagem, a dimensão teórica é tratada como aquela que ajuda a definir a melhor lente

para olhar, analisar e compreender o objeto do estudo, sendo a articulação conceitual desenvolvida pelo autor ou fundamentada em uma ou mais referências. A dimensão metodológica, apesar de estar diretamente conectada com a teoria, tem relação específica com a prática e com as técnicas utilizadas para selecionar as fontes, produzir dados, analisá-los e apresentar os resultados. A dimensão epistemológica envolve a preocupação com o modo de produção de conhecimentos e com o exercício constante da dúvida sobre aquilo que

se apresenta como ‘certeza’ ou ‘verdade’, inclusive o que muitos pesquisadores assimilam sem problematizações, como algumas escolhas metodológicas e teóricas. É essa reflexividade¹¹ que favorece a dimensão da crítica e ajuda a superar incoerências entre os polos e os objetivos da pesquisa. Ademais, na interconexão entre essas dimensões, a epistemologia é parte do desenvolvimento teórico e metodológico, há teoria na epistemologia e na fundamentação metodológica e há ‘método’ para a ‘prática’ epistemológica e teórica.

Figura 1. Polos de investigação



Fonte: elaboração própria com base no quadro de Bruyne et al.¹⁰.

Além de analisar o produto da pesquisa, é importante evidenciar também quem se interessa pelo tema e em qual momento histórico se dá esse interesse, considerando que a pesquisa é uma prática social^{12,13}. É importante ter claro que as abordagens teórico-metodológicas e a escolha de temáticas podem estar imersas em disputas epistemológicas que, em alguns casos, estão relacionadas com as implicações¹⁴⁻²⁰ de quem realiza a pesquisa. Esses aspectos são evidenciados, por exemplo, nos necessários questionamentos acerca da viabilidade de

aplicar, sem problematizações, referenciais do ‘norte’ para analisar a realidade latino-americana, bem como nos conflitos referentes à escolha entre adotar teorias que partem de aspectos macroestruturais ou aquelas focadas nas microrrelações sociais.

No caso desta revisão, não há como ignorar a particularidade de que muitos autores dos artigos revisados também atuam no MRSB. Isso demandou a busca por referências que examinam essa relação entre ser pesquisador e, ao mesmo tempo, ‘ator político’¹⁴⁻²⁰.

Assim, nosso olhar direciona-se tanto para o ‘sujeito da pesquisa’ quanto para seu ‘produto’ (artigo publicado). Ou seja, inicialmente, dedicamos atenção para analisar o momento da publicação e sua relação com o período analisado, bem como identificar elementos relacionados com perfil político e vinculação institucional dos autores. Sobre o produto, além de considerar aspectos ligados à ‘divulgação’ (revistas em que foram publicados), tratamos das temáticas, das abordagens teóricas e das metodologias adotadas.

Especificamente, sobre as abordagens teórico-metodológicas, recorreremos a trabalhos que evidenciam os principais referenciais utilizados em estudos das políticas de saúde e do processo político em saúde^{12,13,21}. As correntes teóricas identificadas por esses autores são: marxista; institucionalismo histórico e neoinstitucionalismo; ciclo de políticas públicas; sociologia reflexiva e sociogênese das políticas; abordagens latino-americanas voltadas para análise política em saúde (a exemplo do pensamento estratégico e da planificação situacional); e as vertentes habermasiana e foucaultiana. A partir dessa sistematização, analisaremos se os estudos sobre o movimento sanitário recorrem aos mesmos referenciais e se trazem abordagens diferentes das citadas.

Resultados e discussão

Periodização dos artigos

A apresentação dos resultados toma como ponto de partida uma contextualização que evidencia tanto o momento em que os artigos foram escritos quanto o período analisado pelos autores.

Os quatro primeiros artigos produzidos sobre o movimento sanitário foram publicados no final dos anos 1980²²⁻²⁵. Eles consideram fatos iniciados na década anterior à publicação, mas suas análises seguem até momentos muito próximos da conclusão da escrita. Ou

seja, incluem análises ‘no calor dos acontecimentos’. Essa abordagem se relaciona com a perspectiva identificada na análise de conjuntura²⁶ ao estudar um ‘período recente’ (o ‘quase-presente’), considerando fatos e atores envolvidos.

Na década de 1990, foram publicados apenas os artigos de Pereira²⁷ e de Borba²⁸. Ao contrário dos anteriores, eles não avançam em análises sobre períodos próximos à publicação e, por isso, assumem características de estudos históricos, tratando de um passado mais distante.

Dessa maneira, os seis primeiros artigos sobre o tema analisam o mesmo período, mas foram produzidos em contextos políticos distintos: os quatro primeiros foram escritos sob influência direta da ampla mobilização democrática, inclusive setorial, das repercussões da VIII Conferência Nacional de Saúde e da luta pela constitucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto os demais foram produzidos em um momento de avanço das políticas neoliberais e de luta pela institucionalização do SUS.

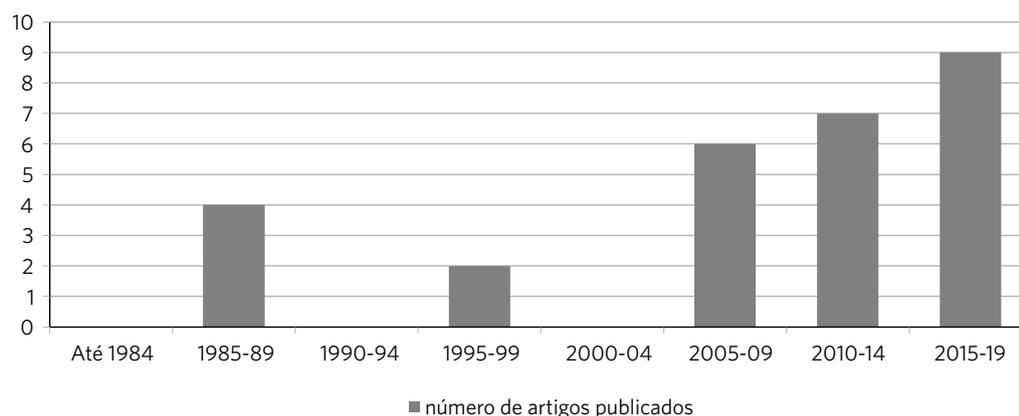
Após esse período, há um hiato de quase 10 anos sem produções sobre o movimento sanitário, condição que pode ser reflexo tanto da conjuntura política mais ampla como das dinâmicas setoriais. Para Fleury⁴⁽⁹⁾, esse é um momento em que ocorreu um processo de “superespecialização e fragmentação da produção da saúde coletiva”; e na área de política, planejamento e gestão, o foco direcionou-se para estudos sobre políticas específicas, instituições e práticas de saúde^{29,30}.

Entre 2007 e 2009, o tema é retomado com as publicações de Campos³¹, Cohn³², Paim³³⁻³⁵ e Fleury³⁶. Em comum entre esses seis artigos, está o fato de eles realizarem atualizações das análises sobre o MRSB. Nessa década, há destaque para um momento em que um partido considerado de esquerda vence as eleições presidenciais e são explicitados os dilemas entre apoiar o governo ou aprofundar críticas. É em meados dessa década que se dá a refundação do Centro Brasileiro de Estudos

de Saúde (Cebes) e a constituição do Fórum da Reforma Sanitária Brasileira (FRSB). Assim, aspectos conjunturais podem ter influenciado a atuação do MRSB, de maneira que ambas as variáveis (momento conjuntural e ação dos sujeitos) teriam contribuído para a retomada do interesse e das publicações sobre o tema.

A partir desse período, passa a ocorrer um aumento no número de artigos produzidos (*gráfico 1*), situação que confirma a tendência de ampliação das publicações na área da saúde coletiva que direcionam atenção a processos políticos, evidenciada por Santos et al.³⁰.

Gráfico 1. Distribuição temporal dos artigos sobre o MRSB



Fonte: elaboração própria^{22-25,27,28,31-52}.

As publicações seguintes (2010-2012) são de Menicucci et al.³⁷, Falleti³⁸ e Sophia³⁹. Esses três artigos voltam a desenvolver análises sobre o passado.

Os artigos de Santos⁴⁰ e Silva⁴¹, publicados, respectivamente, em 2013 e 2014, têm em comum o fato de as autoras serem graduadas em serviço social e analisarem a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS), de maneira a considerá-la como defensora do projeto original da RSB. Nesse caso, o surgimento dessa organização e as ações desencadeadas por ela parecem ter sido o estímulo central para a realização desses trabalhos. Chama atenção também o fato de uma das principais 'lideranças' da FNCPS (Maria Inês Bravo), que é citada em ambos

os artigos, ter graduação na mesma área das autoras, evidenciando possíveis influências das interações profissionais e acadêmicas no interesse de pesquisa.

Nos estudos de Paiva et al.⁴², Costa⁴³ e Jacobina⁴⁴ (2014-2016), merece atenção o fato de todos os autores serem graduados em história e examinarem acontecimentos das décadas de 1970 e 1980.

Esse é o período (2010-2016) que apresenta mais publicações dedicadas a analisar fatos do passado e que delimita exatamente o momento entre a eleição da primeira mulher à presidência e seu impedimento. São anos marcados pelas consequências da crise mundial de 2008, pelas manifestações de junho de 2013 e pela ascensão do tema da corrupção nos debates políticos.

A partir desse momento, os artigos parecem sofrer influência direta de uma conjuntura que os próprios autores consideram como de graves retrocessos sociais e de ameaças mais sérias para o projeto da Reforma Sanitária em decorrência de medidas como a Emenda Constitucional 95 e a reforma trabalhista. Além delas, ocorreram ainda reformas específicas no setor saúde, tais como as mudanças referentes ao repasse de recursos federais ('SUS Legal') e na Política Nacional de Atenção Básica, que, em conjunto, trazem novos riscos para a construção de um sistema de saúde universal, da maneira como tem sido concebido pelo movimento sanitário.

As produções de Santos et al.⁴⁵, Souto et al.⁴⁶ e Cohn⁴⁷ (2016-2018) incluem considerações sobre 'fatos recentes', enquanto a de Pires-Alves et al.⁴⁸ (2018) assume abordagem do passado.

Por fim, merece destaque o fato de os últimos quatro artigos, publicados em 2018 e 2019, terem em comum a crítica relacionada com os dilemas da frágil articulação do MRSB com o movimento sindical. Stoz⁴⁹ faz uma análise histórica, enquanto Dantas⁵⁰, Lacaz et al.⁵¹ e Santos⁵² realizam seus estudos com citações de fatos recentes, propondo, inclusive, 'perspectivas' de luta e 'tarefas' para o movimento sanitário.

Quem se interessa em estudar o MRSB e onde publica

Identificar informações que ajudem a explicitar o perfil dos autores, bem como das revistas em que foram publicados os artigos, ajuda a analisar se existem correlações entre essas dimensões e quais características de formação e área de atuação são mais prevalentes entre aqueles que

se interessam por um determinado tema. Além disso, é possível identificar se há relação entre a produção científica e a ação política.

Cabe a ressalva inicial de que, ao analisar a área de formação, consideramos o número de autores (22), já que três pessoas publicaram três artigos: Cohn (socióloga), Fleury (psicóloga) e Paim (médico-sanitarista).

No caso específico da graduação, a maioria dos autores tem formação em ciências humanas: história (4), psicologia (1) e sociologia (5). Contudo, é a medicina (7) a formação do maior número de pesquisadores. Além dela, aparece apenas mais uma autora das ciências da saúde (enfermagem). Da área de ciências sociais aplicadas, aparecem as formações em serviço social (2), administração (1) e jornalismo (1).

Ao considerar também a pós-graduação, prevalece o perfil interdisciplinar (11). Situação similar ocorre ao considerar a área de atuação autodeclarada, já que 10 pesquisadores indicam atuar em mais de uma área. Merece destaque o fato de que 16 autores realizaram formação (graduada ou pós-graduada) ou atuam na área da saúde, perfazendo um total de 19 artigos escritos por pessoas que apresentam vínculos acadêmicos com essa área.

Naquilo que se refere ao veículo de publicação, a maioria dos artigos está disponível em revistas da área de ciências da saúde (17), com destaque para a 'Saúde em Debate' (10), a 'Ciência e Saúde Coletiva' (3) e a 'Physis' (2). Além desses, 5 artigos foram publicados em revistas de ciências sociais aplicadas, 3 deles na 'Katálisis'; outros 3, em revistas de ciências humanas, sendo 2 na 'Estudos de Sociologia'; e 3 em revistas descritas pelos editores como interdisciplinares. A produção, portanto, está concentrada em 13 revistas.

Tabela 1. Áreas de conhecimento autor/revista

	Graduação	Pós-graduação em relação à área de graduação	Área de atuação sugerida pelo autor	Área das revistas
Ciências humanas	10	4	5	3 (2)
Ciências da saúde	8	5	6	17 (5)
Ciências sociais aplicadas	4	2	1	5 (3)
Interdisciplinar	0	11	10	3
TOTAL	22 autores	22 autores	22 autores	28 artigos (13) revistas

Fonte: elaboração própria^{22-25,27,28,31-52}.

Na relação entre essas duas dimensões, cabe comentar que sete autores de outras áreas de formação optaram por publicar seus artigos em revistas de ciências da saúde. Na situação inversa, nenhum autor com formação estritamente na área da saúde publicou as produções analisadas em revistas de outras áreas. Apenas um autor com graduação na área da saúde publicou seu artigo em revista da área de ciências humanas, mas ele cursou mestrado e doutorado na área de humanas.

Ao tratar da relação entre produção científica e atuação política, merece destaque o fato de, pelo menos, 16 artigos terem sido produzidos por autores que já tinham atuação ou passaram a atuar em alguma entidade considerada como parte do ‘movimento sanitário’. É importante citar também que 14 desses artigos analisaram períodos próximos em relação ao momento que foram publicados, condição que reforça a hipótese de que o interesse em estudar o desenrolar dos acontecimentos para contribuir com a ação pode ampliar-se a depender das dinâmicas conjunturais e da implicação política dos sujeitos.

Em relação às revistas, essa correlação política também pode ser considerada. Afinal, 13 trabalhos (46% dos artigos revisados) foram publicados em periódicos editados por entidades vinculadas ao movimento sanitário (‘Saúde em Debate’ – Cebes e ‘Ciência e Saúde Coletiva’ – Associação Brasileira de Saúde Coletiva/Abrasco). Ou seja, além da ação do

ator/autor, essas revistas, geridas por duas das principais entidades que integram o MRSB, tornaram-se espaços privilegiados para difundir essas produções. Caberia questionar, inclusive, se há algum motivo em comum para isso, já que, apesar de existirem outras revistas na área da saúde coletiva (tais como ‘Revista de Saúde Pública’, ‘Cadernos de Saúde Pública’, ‘Interface – Comunicação, Saúde, Educação’, ‘Cadernos Saúde Coletiva’, ‘Saúde e Sociedade’), essas duas continuam a ser priorizadas pelos autores para publicações sobre esse tema. Alguns critérios como o escopo das revistas, o ‘Qualis Capes’, o limite de palavras/caracteres e a necessidade de pagar taxas para publicação poderiam ter influenciado diretamente a escolha pelo local de submissão. Contudo, ao comparar essas dimensões nas revistas citadas, não é possível encontrar um fator que poderia ser considerado como conclusivo para torná-las inacessíveis a publicações sobre o MRSB. Por isso, não há como descartar a hipótese de que a trajetória das instituições que são responsáveis pelas revistas seja um fator central para a decisão de priorizá-las ao submeter artigos sobre essa temática. Além disso, ao considerar que muitos artigos se propõem a realizar análises com características de estudos conjunturais, alguns deles trazendo, inclusive, sugestões a respeito das estratégias a serem adotadas pelo movimento⁵⁰⁻⁵², é possível que, além do reconhecimento científico dessas revistas,

esses autores considerem que elas tenham maior alcance entre os militantes da RSB.

Merece destaque ainda o fato de os primeiros artigos que identificamos com uso da expressão ‘movimento sanitário’ terem sido produzidos por autoras envolvidas com as lutas pela RSB (Fleury, Escorel e Cohn). Além disso, em um momento seguinte, após o relatado hiato de quase 10 anos sem produção de artigos que priorizassem o tema, ele volta a reaparecer entre 2007 e 2009, em publicações também escritas por pessoas envolvidas com o MRSB (Campos, Cohn, Fleury e Paim). Dessa maneira, é importante considerar o papel desses ‘primeiros’ atores-autores na difusão desse tema nos meios científicos.

Essa característica da produção sobre a RSB já foi apontada por Buss⁵³⁽¹⁴⁾ na apresentação do livro ‘Reforma sanitária: em busca de uma teoria’, ao comentar que o grupo de pesquisa responsável pela sua produção

ao tempo em que [...] realiza o trabalho de investigação, investe também no plano político, atuando junto a entidades governamentais, científicas e da sociedade civil.

Schraiber¹⁹⁽³⁵⁾ exemplifica essa situação, denominada por ela de “engajamento ético-político”, a partir de um trabalho desenvolvido por Paim³, que se coloca como autor e ator do MRSB. Já Merhy¹⁵, ao comentar sobre pesquisas na área da saúde, analisa o ‘sujeito interessado’ que almeja tornar-se ‘epistêmico’. Além disso, pesquisadores de outras áreas, como Vianna¹⁴, Macedo^{16,17}, Burawoy¹⁸ e Perlatto e Sousa²⁰, também contribuem para aprofundar a análise

dos atores sociais que se colocam como autores no âmbito da produção acadêmica.

Como se observa, diversas abordagens teórico-metodológicas assumem a relação ator-autor como uma dimensão relevante, reforçando a visão de que essa implicação não é um fator impeditivo para realizar um trabalho científico. Afinal, a qualidade de qualquer produção depende, especialmente, do rigor como são tratados os aspectos teóricos, metodológicos e epistemológicos.

Referenciais teóricos explicitados nos estudos

As principais correntes que aparecem nos estudos revisados coincidem com aquelas explicitadas em nossa fundamentação teórico-metodológica, à exceção da abordagem foucaultiana que não é citada nos artigos. Por outro lado, são utilizados autores não identificados na sistematização, tais como ‘Boaventura de Sousa Santos’.

Outra característica é a presença de artigos que não se fundamentam apenas em uma corrente teórica e apoiam-se em contribuições de diferentes autores para desenvolver as análises. Percebem-se ainda alguns trabalhos que não se vinculam explicitamente a alguma das correntes citadas no nosso marco teórico, mas citam conceitos específicos que contribuem para examinar algum aspecto pontual. Esses fatores limitam as tentativas de ‘classificar’ artigos em categorias teóricas específicas, mas, por outro lado, evidenciam a existência de diversas possibilidades de análise que podem ser utilizadas e construídas para estudar um mesmo tema de pesquisa.

Tabela 2. Matrizes teóricas presentes nos estudos sobre o movimento da RSB

Referenciais teóricos / conceitos	Artigos
Marxista (citam referenciais e categorias)	28; 31; 33; 34; 35; 36; 50; 51; 52
Neoinstitucionalismo + paradigmas interacionistas	27
Neoinstitucionalismo + referencial habermasiano + ciclo de políticas públicas + comunidade epistêmica	37
Ciclo de políticas públicas + comunidade epistêmica	43
Conceitos desenvolvidos por Boaventura Santos	46
Conceitos marxianos + sociologia reflexiva de Bourdieu	44
Conceitos desenvolvidos por Mario Testa (pensamento estratégico)	45

Fonte: elaboração própria.

Conforme observado na *tabela 2*, destaca-se o referencial marxista. Além dos nove artigos que citam autores vinculados a essa corrente, em outros textos, aparecem categorias, tais como hegemonia, luta de classe ou processo de trabalho, indicando uma aproximação mais abrangente dessa abordagem nos artigos sobre o movimento sanitário. Consideramos que a influência de militantes e de estudiosos do marxismo no interior da saúde coletiva pode ter contribuído para difundir alguns de seus conceitos de tal maneira que categorias centrais dessa corrente passaram a ser utilizadas como expressões de senso comum. Esse pode ser um dos fatores para alguns estudiosos terem dispensado citações ou explicações a respeito delas.

A maioria dos artigos que adota o referencial marxista reconhece a importância de analisar, em uma perspectiva macro, ações políticas e seus impactos nas transformações estruturais da sociedade. Contudo, apesar de autores como Paim³³⁻³⁵ adotarem o referencial marxista, a análise, mesmo sem desconsiderar ‘o processo político’ no setor, voltou-se, prioritariamente, para as mudanças nas políticas de saúde; além disso, nos resultados e discussão, pouco foi comentado sobre luta de classes e preocupações ou

ações voltadas, por exemplo, para a superação do capitalismo. Isso não é apresentado como uma limitação na abordagem do autor, mas uma restrição imposta pelos achados da realidade concreta. Para Paim³³, a RSB, concebida “como reforma geral, tendo como horizonte a revolução do modo de vida”, ainda está em curso, mas seu processo segue “confinado, até o presente, a uma reforma parcial centrada na construção do SUS”. Por isso, mesmo ao evidenciar a “ousadia da Reforma Sanitária” diante da conjuntura política que se apresentava em seu início e falar sobre “as conquistas dos movimentos sociais da saúde na defesa” dela, destaca também alguns de seus limites e a importância de “fortalecer o elemento jacobino [...] e radicalizar a democracia brasileira”³⁵⁽³⁶⁾. Apesar das contribuições e críticas do autor, merece atenção, portanto, o fato de esses artigos terem priorizado a exposição daquilo que o ‘movimento sanitário’ conseguiu realizar.

Algumas das categorias marxistas são também trabalhadas nos quatro últimos artigos da série histórica, que enfatizam a pouca atenção dada pelo movimento sanitário para a articulação com a classe trabalhadora, em particular, com as organizações sindicais. Stotz⁴⁹⁽⁴⁸⁾ desenvolve seu texto a partir da “alegoria do ‘fantasma da classe

ausente” formulada por ‘Arouca’, assim como o faz Dantas⁵⁰, que se apoia diretamente em autores como ‘Marx’ e ‘Gramsci’ e cita ‘Stotz’. Lacaz⁵¹ cita autores como ‘Gramsci’ e ‘Perry Anderson’, bem como referencia ‘Dantas’ para comentar sobre o afastamento do MRSB “da perspectiva emancipatória de caráter socialista”. Santos⁵² cita ‘Stotz’ e ‘Lacaz’, além de trazer o tema do capitalismo monopolista financeiro, neoliberalismo e seus impactos nos processos de trabalho apoiado especialmente em ‘David Harvey’.

Percebe-se uma afinidade teórico-metodológica entre esses últimos artigos com citações cruzadas entre os autores que, mesmo sem apresentarem-se como membros atuantes do MRSB, tentam interferir em seus propósitos e estratégias. Assim, priorizam criticar o movimento sanitário por ter se distanciado do projeto original da reforma e pela frágil aliança com os trabalhadores na construção de lutas por transformações mais amplas na sociedade. Dessa forma, diferentemente dos artigos anteriores, o foco desses volta-se prioritariamente para aquilo que o movimento sanitário deixou de fazer (ausências).

No caso dos artigos neoinstitucionalistas, a atenção é direcionada para analisar ações que teriam interferido em ‘políticas específicas’ do setor saúde. Entretanto, esse referencial não foi utilizado de maneira isolada – e, nos dois artigos que se apoiaram explicitamente nele, apareceram combinações com outros referenciais, conforme *tabela 2*.

É importante citar que, apesar do foco no microssocial, ambos os artigos consideram a necessidade de analisar também os elementos que geram restrições às escolhas dos atores. Para Menicucci et al.³⁷⁽³⁷¹⁾, a “consideração dos aspectos ideacionais e simbólicos não desconsidera os fatores de ordem institucional e estruturais”. Pereira²⁷ também faz a ressalva de que as escolhas individuais sofrem restrições por causa de um “conjunto de regras, leis e procedimentos a partir dos quais os atores interagem”. Como se observa, apesar da abordagem proposta por esses autores ser focada

na ação do ator, não deixa de ser direcionada atenção para elementos estruturais.

Merece destaque também o fato de Menicucci et al.³⁷⁽³⁷⁶⁾ utilizarem como base o referencial “novo-institucionalista”, mas citarem autores que atribuem ao movimento sanitário um caráter “contra-hegemônico [...], tendo como horizonte o socialismo”. Ou seja, trazem para seu estudo categorias que, diferentemente das escolhas teóricas das autoras, são fundamentadas em referenciais que priorizam o olhar para as macrorrelações sociais.

Ao comparar como são apresentados e aplicados na análise esses dois primeiros referenciais, marxista e neoinstitucionalista, é possível fazer duas considerações: 1) escolhas teóricas distintas podem gerar artigos com enfoques e resultados similares ou complementares; 2) artigos com referenciais muito parecidos podem trazer respostas distintas e até opostas a uma mesma questão. Essa situação reforça o papel da crítica epistemológica na busca pelo rigor científico e a importância de articular o referencial teórico com os objetivos e os demais polos da pesquisa.

Além desses referenciais, Costa⁴³ traz categorias desenvolvidas por autores que se debruçam sobre o ciclo de políticas públicas, a exemplo de ‘John Kingdon’, e a noção de ‘comunidade epistêmica’ extraída da obra de ‘Peter Haas’. Aparece também a combinação de conceitos da ‘sociologia reflexiva’ de ‘Pierre Bourdieu’ e da teoria marxista⁴⁴, bem como a incorporação de conceitos extraídos da obra de ‘Mario Testa’⁴⁵ em suas contribuições acerca do pensamento estratégico.

Cabe mencionar ainda a utilização de um referencial não identificado em nossa revisão sobre as correntes teóricas utilizadas para análise política em saúde. No texto de Souto et al.⁴⁶, é ‘Boaventura Santos’ quem aparece como o principal autor de referência, em articulação com ‘Hannah Arendt’ e ‘José Luis Fiori’. Ou seja, surge uma abordagem que não pode ser enquadrada nas categorias anteriores e que possibilita analisar o movimento sanitário e outros temas da

saúde coletiva a partir de outra lente. Isso reforça a necessidade de realizar estudos de revisão periodicamente para identificar quais vertentes têm sido agregadas ao grupo daquelas que permitem analisar processos políticos em saúde, bem como identificar quais têm deixado de ser utilizadas. Ter clareza sobre isso permite ampliar as discussões de caráter epistemológico sobre as variações de uso de cada abordagem ao longo do tempo e sobre as contribuições que cada uma oferece para analisar temas específicos.

Os demais artigos não explicitam vinculação com as matrizes identificadas na revisão. Porém, muitos deles trazem conceitos específicos, em especial, de outros autores da saúde coletiva, que, a depender do recorte da pesquisa, podem ser pertinentes para a análise dos objetos e processos políticos definidos. Alguns exemplos de conceitos referenciados são: complexo médico-industrial de ‘Hésio Cordeiro’^{32,43}; definição dos três projetos em disputa no âmbito da saúde, entre eles, o racionalizador, o mercantilista e o da RSB⁴⁵, bem como os momentos ideia-proposta-projeto-movimento-processo⁴¹, fundamentados em ‘Jairnilson Silva Paim’; medicalização social, processo de trabalho e organização da prática médica referenciando ‘Roberto Passos Nogueira’^{22,31}, e o dilema preventivista de ‘Antônio Sérgio Arouca’²².

A priorização em citar autores da saúde coletiva é confirmada ao analisar as referências dos trabalhos revisados. Além de Escorel (19), Fleury (19) e Paim (17), outras pessoas frequentemente citadas nos artigos são: Oliveira (10); Arouca (8); Berlinguer (8); Gerschman (8); Rodriguez Neto (8), Cordeiro (7) e Cohn (6). Dessa maneira, cabe considerar a influência dessas produções para os estudos subsequentes e merece destaque o fato de todos esses autores terem contribuído diretamente para as lutas desenvolvidas pelo MRSB, o que evidencia o papel dos autores-atores não apenas na ação política, mas também na construção de conhecimentos, na sua difusão e no estímulo para novas produções.

Estratégias metodológicas adotadas

Como tem sido observado em outras revisões sobre temas que articulam saúde e política⁹, a maioria dos artigos analisados não explicita aspectos relacionados com a metodologia.

Os trabalhos revisados utilizam como fonte de dados, principalmente, publicações científicas e outros textos. Entre as fontes explicitadas, destaca-se a revista ‘Saúde em Debate’^{33,39,44,45,51}. São utilizados também materiais produzidos pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária e pelo Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho⁵¹; jornais, publicações da ‘Radis’, documentos de arquivos pessoais e entrevistas (com militantes da RSB) registradas no acervo da Fiocruz⁴⁸ e documentos publicizados pelo Cebes⁴⁵.

Além dessas fontes, foi observada a realização de entrevistas²⁷ ou a mescla dessa abordagem com análise documental^{25,44}. Foi identificado também um artigo que articulou pesquisa bibliográfica, análise de alguns documentos políticos produzidos pela Frente Nacional Contra Privatização da Saúde e pelo Fórum da Reforma Sanitária Brasileira, além do acompanhamento e observação de algumas de suas atividades⁴¹.

No caso da escolha das fontes e do desenho de estudo, alguns autores citam referências que sugerem uma preocupação em dar sustentação teórica ao uso do método. Paim³⁴⁽⁶²⁵⁾, por exemplo, afirma realizar “estudo de caso” com base em ‘Robert K. Yin’, argumentando que conta “com muitas das técnicas utilizadas pelas pesquisas históricas”³⁴⁽⁶³⁰⁾. Na mesma linha, Sophia³⁹⁽⁵⁵⁵⁾ justifica a escolha de utilizar a revista ‘Saúde em Debate’ para analisar o Cebes por ser um dos principais veículos de difusão das ideias do movimento sanitário. A autora apoia-se em ‘Eliana de Freitas Dutra’ para afirmar que a revista poderia ser tomada como “uma produção social e cultural”, transformada “em objeto da história e, dessa forma, em uma unidade de compreensão”. Jacobina⁴⁴⁽¹⁵⁰⁾, por sua vez, analisa entrevistas realizadas

“com lideranças do movimento sanitário que atuaram em sua gênese”, fundamentando-se em ‘Alessandro Portelli’, que discute o “uso de fontes orais em pesquisa histórica”.

Na dimensão do processo analítico, poucos são os artigos que detalham como os dados relativos à pesquisa foram examinados, mas, na maioria deles, o referencial teórico serviu de apoio para as análises. Menicucci et al.³⁷, por exemplo, utilizam referenciais que ajudam a embasar as comparações entre a reforma sanitária e a reforma urbana, destacando as especificidades de cada processo.

Merece atenção, ainda, o fato de não terem sido identificados, em nenhum dos artigos, comentários a respeito dos métodos utilizados para escolha e construção do arcabouço teórico. A maneira como os artigos analisados apresentam os referenciais teóricos segue a lógica de uma revisão narrativa, já que não foram explicitadas evidências de que teria sido desenvolvido algum método sistemático voltado para mapear as teorias que contribuem para o tipo de análise proposta.

Um elemento comum aos artigos é o fato de que todos utilizaram processos de análise textual, o que reforça a necessidade de os autores se debruçarem sobre abordagens teórico-metodológicas referentes ao estudo de textos, de maneira a conhecer as ‘teorias’ desses métodos e algumas das técnicas de aplicação para ampliar as possibilidades de crítica epistemológica ao seu próprio modo de examinar as fontes de informação. A articulação entre essas dimensões, contudo, é negligenciada pelos autores revisados, e isso merece atenção para evitar que o método seja tratado como um processo que não precisa de fundamentação ou de crítica epistemológica.

Comentários finais

Como foi possível observar, elementos como os fatos conjunturais, a área de formação e o engajamento dos sujeitos podem influenciar

na escolha do momento da escrita, do recorte da pesquisa e de qual período analisar.

Merece destaque a variedade de referenciais para analisar o ‘movimento sanitário’, e fica evidente que o referencial teórico, por si só, não é o fator que determina o alcance do estudo. Além disso, nota-se a complexidade de tentar estabelecer um enquadramento que vincule os artigos a uma determinada matriz teórica, em especial, nos casos em que essa dimensão não aparece de maneira explícita ou em que são citados autores de diferentes correntes. Alguns trabalhos apoiaram-se em uma multiplicidade de conceitos de diferentes autores, o que evidencia as diversas possibilidades de análise acerca de um mesmo fenômeno. Não é nosso propósito analisar se uma é melhor que outra, mas percebe-se complementaridades nos enfoques e nos resultados de cada uma, de modo a enriquecer o processo analítico.

Além disso, nos artigos revisados, grande parte dos pesquisadores optou por apoiar-se exclusivamente na contribuição teórica de autores ‘clássicos’ e ‘contemporâneos’ da saúde coletiva que, em certos casos, explicitam sua vinculação a alguma das abordagens teóricas citadas. Arouca⁵⁴, que articula ‘Foucault’ com o marxismo, e Paim³³⁻³⁵, que explicita vinculação ao referencial gramsciano, estão entre os mais citados nos artigos sobre o movimento sanitário. Essa situação sugere que a constituição do campo da saúde coletiva⁵⁵ tem gerado uma elaboração teórica suficientemente reconhecida para dar sustentação à análise política em saúde. É importante, no entanto, considerar que a saúde coletiva se interliga com referenciais que podem ser cada vez mais ocultados e silenciados à medida que os ‘clássicos’ de outras áreas são abandonados para evidenciar exclusivamente as citações de autores dessa ‘nova’ corrente. Os elementos centrais das teorias originais seguem presentes, mas é possível chegar a situações em que nem mesmo os autores percebem mais seus próprios elos teóricos.

Por fim, compartilhamos algumas questões que surgiram diante das conclusões a

que chegaram alguns dos autores, tendo o propósito de estimular novas reflexões e pesquisas: é possível determinar previamente se o olhar analítico para o passado e distanciado dos sujeitos é mais seguro naquilo que poderia se chamar de ‘busca pela verdade’ quando tratamos da cientificidade da análise política? Quais as vantagens e desvantagens de realizar uma análise conjuntural ou histórica, bem como do estudo ser desenvolvido por sujeitos engajados ou externos às organizações? É necessário escolher uma ou outra ou há mais ganhos científicos com a oportunidade de confrontá-las? Ao analisar uma organização política, suas estratégias e a correlação de forças em seu interior, é possível descobrir quantas faces ela tem? E no caso do movimento sanitário, que nem chega a se constituir como uma organização formal, quais de suas faces se mostraram visíveis para cada pessoa que o analisou? Quantas ainda seguem ocultas?

Essas perguntas estão interligadas, e cada pessoa que se debruçar sobre elas poderá encontrar respostas diversas a depender das suas escolhas teóricas e metodológicas. Por isso, esperamos que elas sejam recebidas como um convite para o diálogo. Afinal, consideramos que a crítica epistemológica depende dos embates dialógicos, especialmente, entre aqueles que trilharam diferentes caminhos de pesquisa.

Colaboradores

Virgens JHA (0000-0001-9119-280X)* contribuiu para concepção do estudo, aquisição e análise dos dados; elaboração de versões preliminares do artigo e aprovação da versão final do manuscrito. Teixeira CF (0000-0002-8080-9146)* contribuiu para revisão crítica do conteúdo e aprovação final do manuscrito ■

Referências

1. Teixeira SF, organizadora. Reforma sanitária: em busca de uma teoria. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco; 1995.
2. Escorel S. Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999.
3. Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
4. Fleury S, organizadora. Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018.
5. Lopes ALM, Fracolli LA. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. *Texto contexto – enferm.* 2008 [acesso em 2018 maio 15]; 17(4):771-78. Disponível em: <http://ref.scielo.org/4j83wh>.
6. Gomes IS, Caminha IO. Guia para estudos de revisão sistemática: uma opção metodológica para as Ciências do Movimento Humano. *Movimento.* 2014 [acesso em 2018 maio 15]; 20(1):395-411. Disponível em: www.seer.ufrgs.br/Movimento/article/viewFile/41542/28358.
7. Sampaio RF, Mancini MC. Estudos de revisão siste-

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- mática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Rev. Bras. Fisioter.* 2007 [acesso em 2018 maio 15]; 11(1):83-89. Disponível em: <http://ref.scielo.org/5k52v3>.
8. Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paul. Enferm.* 2007 [acesso em 2018 maio 15]; 20(2):v-vi. Disponível em: <http://ref.scielo.org/fphy7j>.
 9. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 4. ed. Lisboa: Edições 70; 2010.
 10. Bruyne P, Herman J, Schoutheete M. *Dinâmica da pesquisa em ciências sociais: os pólos da prática metodológica*. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1977.
 11. Oliveira SR, Piccinini VC. Validade e reflexividade na pesquisa qualitativa. *Cad. Ebape.Br.* 2009 [acesso em 2020 dez 28]; 7(1):88-98. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/cebape/v7n1/v7n1a07.pdf>.
 12. Mattos RA, Baptista TWF, organizadores. *Caminhos para análise das políticas de saúde*. Porto Alegre: Rede Unida; 2015.
 13. Paim JS, Posfácio. Análise política em saúde: um pensamento estratégico para a ação estratégica. In: Federico L. *Análise política em saúde: a contribuição do pensamento estratégico*. Salvador: Edufba; 2015.
 14. Vianna LW. Ator, tempo e processo de longa duração em análises de conjuntura. In: Vianna LW. *De um plano Collor a outro: estudo de conjuntura*. Rio de Janeiro: Revan; 1991.
 15. Merhy EE. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: Franco TB, Peres MAA, Foschiera MMP, et al., organizadores. *Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho*. São Paulo: Editora Hucitec; 2004.
 16. Macedo RS. *A Etnopesquisa Crítica e Multirreferencial nas Ciências Humanas e na Educação*. 2. ed. Salvador: EDUFBA; 2004.
 17. Macedo RS. *A etnopesquisa implicada: pertencimento, criação de saberes e afirmação*. Brasília, DF: Liber Livro; 2012.
 18. Burawoy M. *O marxismo encontra Bourdieu*. Campinas: Ed. Unicamp; 2010.
 19. Schraiber LB. Engajamento ético-político e construção teórica na produção científica do conhecimento em saúde coletiva. In: Baptista TWF, Azevedo CS, Machado CV. *Políticas, planejamento e gestão em saúde: abordagens e métodos de pesquisa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2015.
 20. Perlatto F, Sousa DT. Interpretações do Brasil contemporâneo: cientistas sociais, conjuntura política e a democracia brasileira. In: *Anais do 40º Encontro Anual da ANPOCS, 2016 out 24-27, Caxambu*. Caxambu: Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais; 2016. [acesso em 2018 jun 6]. Disponível em: <https://www.anpocs.com/index.php/papers-40-encontro/st-10/st15-7/10291-interpretacoes-do-brasil-contemporaneo-cientistas-sociais-conjuntura-politica-e-a-democracia-brasileira/file>.
 21. Esperidião MA. Análise política em saúde: síntese das abordagens teórico-metodológicas. *Saúde Debate*. 2018 [acesso em 2018 dez 12]; 42(esp2):341-60. Disponível em: <http://ref.scielo.org/pn323s>.
 22. Teixeira SMF. O dilema reformista na reforma sanitária brasileira. *Rev. Adm. Pública*. 1987 [acesso em 2018 set 11]; 21(4):94-115. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/9610/8659>.
 23. Teixeira SMF. Política de saúde na transição conservadora. *Saúde debate*. 1989 [acesso em 2018 set 11]; (26):42-53. Disponível em: http://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=TODOS&pesq=&x=95&y=9.
 24. Cohn A. *Caminhos da reforma sanitária*. Lua Nova. 1989 [acesso em 2020 set 20]; (19):123-140. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-64451989000400009>.

25. Escorel S. Saúde e democracia, democracia é saúde. *Saúde debate*. 1988 [acesso em 2018 set 11]; (21):51-5. Disponível em: <http://docvirt.com/docreader.net/SaudeDebate/184>.
26. Virgens JHA. Análise política em saúde: contribuições teórico-metodológicas acerca das dinâmicas estruturais, conjunturais, dos sujeitos e das ações políticas. [tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2019. 292 p.
27. Pereira C. A política pública como caixa de pandora: Organização de interesses, processo decisório e efeitos perversos na Reforma Sanitária Brasileira – 1985-1989. *Dados*. 1996 [acesso em 2018 set 11]; 39(3). Disponível em: <http://ref.scielo.org/65pzs3>.
28. Borba J. Políticas de saúde e democracia: estratégias, impasses e contradições do movimento sanitário brasileiro. *Rev. Katálysis*. 1998 [acesso em 2018 set 11]; 3:19-27. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/5644/5093>.
29. Paim JS, Teixeira CF. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Rev. Saúde Pública*. 2006 [acesso em 2017 jun 07]; 40(esp):73-78. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40nspe/30625>.
30. Santos JS, Teixeira CF. Política de saúde no Brasil: produção científica 1988-2014. *Saúde debate*. 2016 [acesso em 2017 jun 7]; 40(108):219-230. Disponível em: <http://ref.scielo.org/33vr7r>.
31. Campos GWS. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. *Ciênc. Saúde Colet*. 2007 [acesso em 2018 set 11]; 12(supl):1865-74. Disponível em: <http://ref.scielo.org/pdy9bs>.
32. Cohn A. A reforma sanitária brasileira: a vitória sobre o modelo neoliberal. *Social Medicine*. 2008 [acesso em 2018 set 11]; 3(2):82-94. Disponível em: <http://www.socialmedicine.info/index.php/socialmedicine/article/view/225>.
33. Paim JS. 20 Anos de construção do sistema único de saúde. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*. 2008 [acesso em 2018 set 11]; 2(1):63-86. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/541/1526>.
34. Paim JS. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. *Physis*. 2008 [acesso em 2018 set 11]; 18(4):625-644. Disponível em: <http://ref.scielo.org/qrt2wh>.
35. Paim JS. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. *Saúde debate*. 2009 [acesso em 2018 set 11]; 33(81):27-37. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/5978/1/Paim%20JS%202009.%20Artigo2.pdf>.
36. Fleury S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciênc. Saúde Colet*. 2009 [acesso em 2018 set 11]; 14(3):743-752. Disponível em: <http://ref.scielo.org/png8h3>.
37. Menicucci TMG, Brasil FPD. Construção de agendas e inovações institucionais: análise comparativa da reforma sanitária e da reforma urbana. *Estud. sociol*. 2010 [acesso em 2018 set 11]; 15(29):369-396. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/estudos/article/view/2971/2713>.
38. Falleti TG. Infiltrando o Estado: a evolução da reforma da saúde no Brasil, 1964-1988. *Estud. sociol*. 2010 [acesso em 2018 set 11]; 15(29):345-368. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/estudos/article/view/2970>.
39. Sophia DC. Notas de participação do CEBES na organização da 8ª Conferência Nacional de Saúde: o papel da Revista Saúde em Debate. *Saúde debate*. 2012 [acesso em 2018 set 11]; 36(95):554-561. Disponível em: <http://ref.scielo.org/8qtwmt>.
40. Santos MA. Lutas sociais pela saúde pública no Brasil frente aos desafios contemporâneos. *Rev. Katálysis*. 2013 [acesso em 2018 set 11]; 16(2):233-240. Disponível em: <http://ref.scielo.org/sb48gd>.
41. Silva AX. A reforma sanitária brasileira na contemporaneidade: resistência ou consenso. *Rev. Katálysis*.

- 2014 [acesso em 2018 set 11]; 17(2):159-166. Disponível em: <http://ref.scielo.org/wktpms>.
42. Paiva CHA, Teixeira LA. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *Hist. cienc. Saude-Manguinhos*. 2014 [acesso em 2018 set 11]; 21(1):15-35. Disponível em: <http://ref.scielo.org/2my6qx>.
43. Costa NR. Comunidade epistêmica e a formação da reforma sanitária no Brasil. *Physis*. 2014 [acesso em 2018 set 11]; 24(3):809-829. Disponível em: <http://ref.scielo.org/cqy9xb>.
44. Jacobina AT. A relação do Cebes com o PCB na emergência do movimento sanitário. *Saúde debate*. 2016 [acesso em 2018 set 11]; 40(esp):148-162. Disponível em: <http://ref.scielo.org/bdtrvt>.
45. Santos JS, Teixeira CF. Crise, refundação do cebes e reafirmação do projeto da reforma sanitária Brasileira. *Saúde debate*. 2016 [acesso em 2017 jun 12]; 40(esp):136-147. Disponível em: <http://ref.scielo.org/fkw2jm>.
46. Souto LRF, Oliveira MHB. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. *Saúde debate*. 2016 [acesso em 2018 set 11]; 40(108):204-218. Disponível em: <http://ref.scielo.org/z9mzk3>.
47. Cohn A. “Caminhos da reforma sanitária”, revisitado. *Estudos Av*. 2018 [acesso em 2018 set 11]; 32(93):225-241. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ea/v32n93/0103-4014-ea-32-93-0225.pdf>.
48. Pires-Alves FA, Paiva CHA, Lima NT. Na Baixada Fluminense, à sombra da ‘Esfinje do Rio’: lutas populares e políticas de saúde na alvorada do SUS. *Ciênc. Saúde Colet*. 2018 [acesso em 2018 set 11]; 23(6):1849-58. Disponível em: <http://ref.scielo.org/9nwsqb>.
49. Stotz E. “O fantasma da classe ausente”: ensaio sobre as bases sociais do Movimento da Reforma Sanitária. *Em Pauta*. 2019 [acesso em 2020 out 20]; 17(43):48-59. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/rep.2019.42501>.
50. Dantas AV. Saúde, luta de classes e o ‘fantasma’ da Reforma Sanitária Brasileira: apontamentos para sua história e crítica. *Saúde debate*. 2018 [acesso em 2020 out 20]; 42(esp3):145-57. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s311>.
51. Lacaz FAC, Reis AAC, Lourenço EÂS, et al. Movimento da Reforma Sanitária e Movimento Sindical da Saúde do Trabalhador: um desencontro indesejado. *Saúde debate*. 2019 [acesso em 2020 out 20]; 43(esp8):120-132, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019s809>.
52. Santos RPO. Reforma Sanitária Brasileira e o sindicalismo na saúde: quais perspectivas no contexto atual? *Saúde debate*. 2019 [acesso em 2020 out 20]; 43(esp8):234-47. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019s817>.
53. Buss PM. Apresentação. In: Teixeira SF, organizadora. *Reforma sanitária: em busca de uma teoria*. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco; 1995.
54. Arouca ASS. O dilema preventivista: contribuição para compreensão e crítica da medicina preventiva. [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1975. 196 p.
55. Vieira-da-Silva LM. O campo da saúde coletiva. Gênese, transformações e articulações com a Reforma Sanitária Brasileira. Rio de Janeiro; Salvador: Fiocruz; Edufba; 2018.

Recebido em 14/08/2021

Aprovado em 07/12/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (Capes) - Código de Financiamento 001, por meio de concessão de bolsa para Virgens JHA, durante o período de realização do estudo

O acesso aos serviços de saúde pela População em Situação de Rua: uma revisão integrativa

Access to health services by the Homeless Population: an integrative review

Rebeca de Andrade¹, Alane Andréa Souza Costa¹, Elyana Teixeira Sousa¹, Pablo Cardozo Rocon¹

DOI: 10.1590/0103-1104202213216

RESUMO Objetivamos analisar o acesso da População em Situação de Rua (PSR) à atenção básica, ambulatorial e hospitalar. O estudo foi realizado por meio de uma revisão integrativa (2009 a 2020) com dados retirados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nos idiomas português, espanhol e inglês, originados no Brasil e disponíveis em texto completo. Os descritores foram: PSR; morador de rua; acesso aos serviços de saúde; e os termos livres consultório na rua e consultório de rua. Os resultados indicam como barreiras para o acesso à atenção básica os preconceitos e estigmas produzidos sobre a PSR. Na atenção ambulatorial e hospitalar, os artigos revelam que não há acolhimento de pacientes PSR que possuem Transtorno Mental Grave (TMG). A exigência de documentos de identificação para o atendimento, somada à ausência de produção de vínculo e acolhimento, são barreiras presentes da atenção básica à hospitalar. Os estudos indicam o Consultório na Rua e a articulação com as Redes de Assistência Social e Atenção Psicossocial como potencializadores do acesso da PSR aos serviços de saúde. Conclui-se que a PSR requer um processo de trabalho em saúde pautado na equidade como princípio de atuação no Sistema Único de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE Pessoas em Situação de Rua. Acesso aos serviços de saúde. Literatura de revisão.

ABSTRACT *We aim to analyze the access of the Homeless Population (PSR) to primary, outpatient and hospital care. The study was conducted through an integrative review (2009 to 2020), by Virtual Health Library (VHL), in Portuguese, Spanish and English, originating in Brazil, and available with full text. The descriptors were: PSR; homeless; access to health services; and the free term street office. The results indicate the prejudices and stigmas produced about PSR as barriers to accessing primary care. The results indicate the prejudices and stigmas produced about PSR as barriers to accessing primary care. In outpatient and hospital care, the articles point to the non-acceptance of PSR patients who have Severe Mental Disorder (SMD). The requirement of identification documents for the service, added to the lack of bonding and reception, are barriers present in primary care to hospital care. The studies indicate the Street Office, and the articulation with Social Assistance Networks and psychosocial care as enhancers of PSR's access to health services. It is concluded that the PSR requires a health work process based on equity as a principle of action in the Unified Health System.*

KEYWORDS *Homeless persons. Health services accessibility. Review literature as topic.*

¹Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) - Cuiabá (MT), Brasil.
pablocardoz@gmail.com



Introdução

A Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR) instituída pelo Decreto Presidencial nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, representa importante avanço na garantia do acesso à saúde para essa população no Brasil. Essa política compreende tal população como:

O grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória. (art. 1º)¹.

Nessa direção, objetiva assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas, incluindo a saúde¹. No ano de 2013, foi criado o Plano Operativo de Saúde para a População em Situação de Rua com fins de garantir o acesso aos serviços de saúde por meio do Consultório na Rua (CnaR), estratégia de efetivação da entrada ao Sistema Único de Saúde (SUS). Mesmo não sendo a única maneira de garantir o acesso aos serviços de saúde, o CnaR se estabelece vislumbrando dar cobertura, assistência e o acolhimento preciso², se caracterizando como:

Um serviço multiprofissional de atenção primária à PSR. Inclui o cuidado ao uso problemático de álcool e outras drogas por meio da busca ativa e do compartilhamento de ações com demais pontos da rede e outros setores. Sua implantação é obrigatória conforme o número de PSR identificadas nos municípios³⁽⁸⁸⁴⁾.

Apesar dos avanços representados pela instituição de tal política, Abreu e Oliveira⁴ informam que a população em situação de rua vivencia limites no acesso a direitos sociais

básicos e constitucionais. Nessa direção, para Hallais e Barros⁵, por mais que exista a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR) e outras políticas setoriais e intersetoriais, elas não garantem, por si só, o cuidado integral em saúde a essa população, tendo em vista que “o imaginário social sobre a população em situação de rua influencia significativamente a prática dos profissionais que atuam nos serviços de saúde”⁵⁽¹⁴⁹⁹⁾.

Os autores evidenciam a existência de um olhar negativo sociocultural sobre a população em situação de rua que reflete na relação entre profissionais de saúde e essa população, acarretando o não cumprimento do princípio da integralidade do SUS e da Política Nacional de Humanização (PNH) e impactando severamente a saúde desse grupo que vivencia diversas vulnerabilidades⁵. Tal olhar se traduz em

características estigmatizantes como a sujeira, o mau cheiro e o efeito de drogas lícitas e ilícitas são, muitas vezes, determinantes para a precariedade no acolhimento ao morador de rua nos serviços de saúde⁵⁽¹⁴⁹⁹⁾.

Nesse sentido, a PSR enfrenta dificuldades para conseguir internação, mesmo com a mediação realizada pelos CnaR, além dos processos burocráticos que reforçam a exclusão dessa população com as exigências de agendamento para atendimento, horários inflexíveis para consulta, exigência de documentos de identificação e comprovação de endereço residencial⁵.

Hino, Santos e Rosa⁶ afirmam que, apesar dos avanços conquistados no cuidado e atenção à saúde para a PSR, em especial diante da instituição do CnaR pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), ainda se observam impasses no cuidado voltado a essa população, como a resistência de certos profissionais de saúde em atendê-los devido a estigmas, preconceitos, discriminações e atitudes higienistas.

Diante do exposto, este artigo tem como objetivo analisar o acesso da população em

situação de rua na atenção básica, ambulatorial e hospitalar a partir de uma revisão integrativa da literatura.

Metodologia

A Revisão Integrativa de Literatura (RIL) consiste numa abordagem metodológica que objetiva a integração de estudos experimentais e não-experimentais com base na produção de um panorama sobre uma determinada temática em estudo⁷. Por meio da RIL, é realizada a identificação, análise e sistematização de resultados de estudos científicos existentes sobre um determinado tema, utilizando critérios pré-estabelecidos e uma questão norteadora.

Neste estudo, elegemos como questão norteadora as dificuldades evidenciadas pela literatura para que a população em situação de rua acesse a saúde.

A busca bibliográfica foi realizada durante os meses de setembro e outubro de 2020 na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Usamos os seguintes descritores: população em situação de rua; morador de rua; acesso aos serviços de saúde; e os termos livres consultório na rua e consultório de rua.

Para a busca na base de dados, os descritores e termos livres foram combinados utilizando o operador booleano *AND*: 1. População em situação de rua *and* acesso à saúde *and* Brasil; 2. População de rua *and* acesso à saúde *and* Brasil; 3. Morador de rua *and* acesso à saúde *and* Brasil; 4. *Homeless people and access to health services and Brazil*; 5. *Homeless and access to health services and Brazil*; 6. Consultório na rua *and* acesso à saúde *and* Brasil; 7. *Street Clinic and access to health services and Brazil*; 8. Consultório de rua *and* acesso à saúde *and* Brasil; 9. *Street Outreach Office and access to health services and Brazil*; 10. *Street office and access to health services and Brazil*; 11. *Personas sin hogar and acceso a la salud and Brasil*; 12. *Práctica de calle and acceso a la salud and Brasil*; 13. *Consultorio de calle and acceso a la salud and Brasil*; 14. *Población de calle and servicios de salud and Brasil*.

Utilizamos os seguintes filtros: 1. Texto completo; 2. País, Região e Origem: Brasil; 3. Idioma: Inglês, Português e Espanhol; 4. Tipo de publicação: Artigo; Ano da publicação: 2009 a setembro/2020. O período foi definido respeitando a criação da PNPSR em 2009.

Os critérios de inclusão estabelecidos para o levantamento bibliográfico foram: ser artigo que versasse sobre a realidade brasileira e respondesse à questão de pesquisa. Excluímos artigos não enquadrados no tema e que fossem de revisão.

Para obtenção dos dados, usamos um instrumento de coleta com os seguintes itens: ano; autores; periódico; objetivo; enfoque metodológico e desafios no acesso à saúde pela população em situação de rua. Este estudo seguiu a estratégia proposta por Souza, Silva e Carvalho⁷ para revisão integrativa.

O 1º Filtro consistiu na leitura dos títulos e resumos e seleção a partir da adequação ao tema, eliminando as repetições. Aqui, foram encontrados 151 artigos, e selecionados 41 artigos após eliminação das repetições. O 2º Filtro consistiu da leitura de títulos e resumos, utilizando como critérios a adequação ao tema e que ofereçam respostas à questão norteadora do estudo. Foram selecionados nove artigos. O 3º Filtro consistiu da leitura do texto completo, com base no critério utilizado no filtro 2. Permaneceram selecionados os nove artigos. A busca foi realizada pelo primeiro pesquisador e repetida pelo segundo, que, em reunião, chegaram aos mesmos textos selecionados ao final dos três filtros.

Os artigos selecionados foram caracterizados quanto a ano de publicação, periódico, objetivo, metodologia e procedimento metodológico de estudo, amostra e localização geográfica no país. Realizamos análise de conteúdo a partir das respostas oferecidas pelos artigos selecionados.

Resultados

Dos nove artigos selecionados para compor esta pesquisa^{5,8-15}, quatro pesquisaram acesso a serviços de saúde pela perspectiva

da população em situação de rua, quatro pesquisaram sobre práticas dos serviços na perspectiva dos profissionais de saúde, e um deles usou dados coletados com usuários,

profissionais de saúde e de prontuários e sistemas de informação. Os artigos selecionados estão descritos no *quadro 1*.

Quadro 1. Caracterização dos artigos selecionados

Autoria	Título	Ano	Objetivo	Metodologia	Procedimento		Origem	Categoria
					Metodológico	Periódico		
Neves-Silva et al.	“A gente tem acesso de favores, né?”. A percepção de pessoas em situação de rua sobre os direitos humanos à água e ao esgotamento sanitário	2018	Avaliar as condições e percepção da população em situação de rua sobre o acesso à água e ao esgotamento sanitário e seus direitos.	Pesquisa Qualitativa	Entrevistas individuais e em grupo. Seguiram um roteiro semiestruturado, elaborado com base na experiência dos pesquisadores e na revisão da literatura.	CSP Cadernos de Saúde Pública	Estado de Minas Gerais - Belo Horizonte	Atenção Hospitalar
Borysow e Furtado	Acesso, equidade e coesão social: avaliação de estratégias intersetoriais para a população em situação de rua	2014	Compreender e avaliar o trabalho de assistência intersetorial sobre a inserção e o fluxo de pessoas em situação de rua com transtorno mental grave, nos serviços públicos de Saúde Mental.	Pesquisa Qualitativa	Estudo de caso, desenvolvido a partir de dez visitas a um albergue. Para a coleta de dados, foi realizada a observação participante e entrevistas semiestruturadas com quatro albergados, além de entrevistas não diretas em grupo.	Rev Esc Enferm USP	São Paulo -Cidade do interior paulista	Atenção Básica, Atenção Hospitalar e Consultório na Rua
Granja e Lima	Barreiras à Prevenção do Câncer e Tratamento Oncológico para a População em Situação de Rua	2020	Compreender as barreiras de acesso às pessoas em situação de rua às ações de prevenção do câncer e tratamento oncológico.	Pesquisa Qualitativa	Entrevista com seis profissionais; Análise segundo referencial hermenêutica dialética.	Revista Brasileira de Cancerologia	Rio de Janeiro	Atenção Básica, Atenção Ambulatorial, Atenção Hospitalar e Consultório na Rua
Ferreira et al.	Consultório na Rua em uma capital do Nordeste brasileiro: o olhar de pessoas em situação de vulnerabilidade social	2016	Avaliar a estratégia do Consultório na Rua em Maceió, Alagoas, Brasil, com base na perspectiva de seus usuários.	Pesquisa Qualitativa	Os sujeitos da pesquisa foram 18 pessoas em situação de rua. Foi empregada a técnica de entrevista semiestruturada. Os dados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo.	Cad. Saúde Pública	Estado de Alagoas - Capital Maceió	Atenção Básica, Atenção Hospitalar e Consultório na Rua

Quadro 1. (cont.)

Autoria	Título	Ano	Objetivo	Metodologia	Procedimento			Origem	Categoria
					Metodológico	Periódico			
Hallais e Barros	Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade	2015	Refletir acerca do cuidado destinado à população em situação de rua numa perspectiva socioantropológica, a partir de observação participante realizada junto a uma equipe de Consultório na Rua.	Pesquisa Qualitativa	Realizada observação participante junto a uma equipe de Consultório na Rua. O trabalho de campo e a produção dos dados empíricos foram organizados com base em anotações em um diário de campo.	Cad. Saúde Pública	Estado de São Paulo - município de Campinas	Atenção Básica, Atenção Hospitalar e Consultório na Rua	
Engstrom e Teixeira	Equipe "Consultório na Rua" de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável	2016	Discutir as práticas de uma equipe Consultório na Rua (eCnaR) para PSR e usuários de álcool, crack e outras drogas, de forma a efetivar um cuidado integral implantado segundo os atributos da APS e da Promoção da Saúde.	Pesquisa Qualitativa	Estudo exploratório tendo como estratégias para a elaboração do material empírico a sistematização dos documentos e a análise temática do conteúdo.	Ciência & Saúde Coletiva	Rio de Janeiro	Atenção Básica, Atenção Ambulatorial, Atenção Hospitalar e Consultório na Rua	
Zuim e Trajman	Itinerário terapêutico de doentes com tuberculose vivendo em situação de rua no Rio de Janeiro	2018	Compreender o itinerário terapêutico dos doentes com tuberculose que vivem em situação de rua.	Pesquisa Qualitativa	Informações coletadas por entrevista semiestruturada, revisão de prontuários e busca no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Para organização e análise dos dados, utilizou-se a técnica da Análise de Conteúdo de Bardin.	Physis: Revista de Saúde Coletiva	Rio de Janeiro	Atenção Básica, Atenção Ambulatorial, Atenção Hospitalar e Consultório na Rua	
Oliveira et al.	Necessidades, produção do cuidado e expectativas de pessoas em situação de rua	2018	Compreender as necessidades, as expectativas e a produção do cuidado da população em situação de rua.	Pesquisa Qualitativa	Os dados foram coletados por meio de entrevista fenomenológica	Rev Bras Enferm	Minas Gerais	Atenção Básica, Atenção Hospitalar e Consultório na Rua	
Aguiar e Iriart	Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil	2012	Analisar práticas e significados atribuídos à saúde e à doença pela população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil.	Pesquisa Qualitativa	Enfoque antropológico com realização de observação participante e entrevistas semiestruturadas com 13 indivíduos entre 30 e 66 anos.	Cad. Saúde Pública	Bahia - Salvador	Atenção Básica	

Fonte: elaboração própria.

Evidencia-se pequena produção sobre a temática, aferindo ausência de estudos no período de 2009 a 2011 e nos anos 2013, 2017 e 2019. Foi encontrado um estudo em 2012⁸; um em 2014⁹; um em 2015⁵; dois em 2016^{10,11}; três em 2018¹²⁻¹⁴ e um em 2020¹⁵.

Os nove artigos selecionados por este estudo são de abordagem qualitativa, sendo a técnica mais utilizada a de entrevista. Já as abordagens teóricas hegemônicas, foram a fenomenologia

e hermenêutica dialética. Um estudo envolveu análise documental. Em relação à origem dos estudos, dois artigos são do estado de Minas Gerais, dois do estado de São Paulo, três do estado do Rio de Janeiro, um do estado de Alagoas e um do estado da Bahia.

Os dados foram organizados conforme as categorias Atenção Básica e Consultório na Rua; Atenção Ambulatorial e Atenção Hospitalar, e estão apresentados no *quadro 2*.

Quadro 2. Categorização dos artigos por nível de atenção à saúde

Dificuldades no acesso à saúde pela população em situação de rua no Brasil por nível de atenção			
Item	Categoria	N	Autores e Ano da publicação
1	Atenção Básica	8	Borysow e Furtado (2014); Granja e Lima (2020); Ferreira, Rozendo e Melo (2016); Hallais e Barros (2015); Engstrom e Teixeira (2016); Zuim e Trajman (2018); Oliveira et al. (2018); Aguiar e Iriart (2012).
2	Atenção Ambulatorial	3	Granja e Lima (2020); Engstrom e Teixeira (2016); Zuim e Trajman (2018).
3	Atenção Hospitalar	8	Neves-Silva, Martins e Heller (2018); Borysow e Furtado (2014); Granja e Lima (2020); Ferreira, Rozendo e Melo (2016); Hallais e Barros (2015); Engstrom e Teixeira (2016); Zuim e Trajman (2018); Oliveira et al. (2018).
4	Consultório na Rua ou de Rua	7	Borysow e Furtado (2014); Granja e Lima (2020); Ferreira, Rozendo e Melo (2016); Hallais e Barros (2015); Engstrom e Teixeira (2016); Zuim e Trajman (2018); Oliveira et al. (2018).

Fonte: elaboração própria.

Nos nove artigos analisados, a categoria Atenção Básica foi mencionada 44 vezes, em oito estudos; a Atenção Ambulatorial foi mencionada cinco vezes, em três artigos; a Atenção

Hospitalar foi mencionada em oito estudos, aparecendo 32 vezes; o 'Consultório na Rua' ou 'Consultório de Rua' foi encontrado em sete estudos, num total de 117 menções.

Discussão

Os dados desta pesquisa indicam para a invisibilidade da temática entre pesquisadores. O fato foi corroborado por Hallais e Barros⁵, que evidenciam a quase inexistência de produções científicas sobre o cuidado em saúde com a PSR. Os autores justificam tal escassez pela PNPSR ser recente. Neves-Silva, Martins e Heller¹⁴ informam que a PSR diariamente sofre na sociedade atos discriminatórios e é cercada com a violência, em especial por parte do poder público.

Diante disso, o acesso aos serviços de saúde da população em situação de rua apresenta barreiras estruturais similares nos diversos pontos da rede de atenção à saúde, como a exigência de documentação, endereço, entre outros. Em alguns casos, a atuação da atenção primária por intermédio das equipes de consultório de rua ou de equipes especializadas, como os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e serviços de assistência social, age facilitando o acesso dessas pessoas aos serviços de saúde.

Atenção básica e Consultório na Rua

Oito artigos selecionados para esta pesquisa integrativa discorrem sobre atenção básica e sete, sobre o Consultório na Rua ou de Rua. A análise de tais categorias é realizada conjuntamente, tendo em vista que ambas compõem a Atenção Primária à Saúde (APS) para a PSR. Granja e Lima¹⁵ destacam que o cuidado à população de rua no plano do SUS é de incumbência da atenção básica, sendo essa uma população singular. As equipes de Consultório na Rua (eCR), previstas na PNAB, são essenciais para o cuidado dessa população, pois a eCR faz a articulação dos serviços de saúde que precisam ser demandados, contribuindo, assim, para a produção de uma atenção integral à saúde dessa população.

Oliveira et al.¹² afirmam que o Programa Consultório na Rua trouxe mudanças positivas ao sistema de saúde quanto à organização da

assistência que as pessoas em situação de rua necessitam, indicando a importância da estruturação da rede de atenção à saúde. Oliveira et al.¹² enfatizam, entretanto, que o fato de a grande maioria da PSR habitar em localidades onde não há cobertura de atenção básica, a priva do acesso a cuidados em saúde. Além disso, os autores discutem a falta de documentos de identificação como barreira de acesso à atenção básica em saúde pela PSR, o que contradiz os princípios do SUS e a própria constitucionalidade do direito de acesso à saúde.

Engstrom e Teixeira¹⁰ afirmam ser contraditório aos princípios do SUS e à organização da porta de entrada dos serviços públicos de saúde pela APS a realidade de dificuldades vividas por essa população ao acesso aos serviços de saúde. Segundo os autores:

A APS, implementada em seus atributos de primeiro contato, vínculo longitudinal, integralidade e coordenação da atenção, deveria estar apta a prestar o cuidado integral a populações vulneráveis, como a dos moradores de rua. Sistemas de Saúde com forte referencial na APS são mais efetivos, mais satisfatórios para a população, têm custos menores e são mais equitativos, mesmo em contextos de grande iniquidade social¹⁰⁽¹⁸⁴⁰⁾.

Ferreira, Rozendo e Melo¹¹ concluem que as ações das eCR não atendem somente às demandas de saúde-doença dessa população em vulnerabilidade. Pelo contrário, as eCR ganham força no propósito de ampliar o acesso aos serviços de saúde e assistência social a esse grupo. Alguns participantes desta pesquisa relataram que conseguiram solicitar o cartão do SUS, que auxiliou o agendamento de consultas de pré-natal e a vacinação dos filhos. Além disso, um participante relata que o CnaR foi determinante para que conseguisse atendimento em nível hospitalar¹¹.

Ferreira, Rozendo e Melo¹¹ destacaram como habilidades fortes do Consultório na Rua o acolhimento e o vínculo, bem como as ações que elaboram na rua e as conexões

intersetoriais que traçam. Identificaram que as tecnologias leves estão presentes no dia a dia dos profissionais de saúde que atendem no consultório de rua para a geração de segurança, confiança e diálogo entre usuários e profissionais da saúde.

Hallais e Barros⁵ também destacam que os CnaR têm como foco a geração de vínculo com a PSR, servindo como técnica para a ampliação do acesso aos serviços de saúde pela PSR e obtendo como consequência a “[...] redução de danos e o olhar humanizador por meio da promoção, prevenção e cuidados primários em saúde fora dos espaços institucionais”⁵⁽¹⁵⁰¹⁾.

Engstrom e Teixeira¹⁰ enfatizam que a equipe de Consultório na Rua precisa ser caracterizada como a porta de entrada fundamental da PSR nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) e nas redes intersetoriais. Para as autoras, a eCR deve desenvolver a mesma proposta do modelo de APS, com

ações de saúde individuais e coletivas, promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde¹⁰⁽¹⁸⁴⁰⁾.

Ferreira, Rozendo e Melo¹¹ informam que, para melhor atendimento da PSR, é preciso que o profissional de saúde do CnaR saiba quais são as particularidades desse grupo, compreendendo o perfil do território que habitam, assim como o cenário num todo.

Há desafios para que o Consultório na Rua consiga desenvolver o seu papel com êxito na vida da PSR, dois deles abordados por Ferreira, Rozendo e Melo¹¹⁽⁵⁾: a “estrutura organizacional do Consultório na Rua e a articulação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS)”. Quando a população de rua não está acompanhada da equipe de Consultório na Rua nas RAS, sofre preconceitos por parte dos profissionais de saúde que compõem as RAS, excluindo essa população dos serviços de saúde como efeito de práticas discriminatórias. Quanto à estrutura organizacional, os CnaR sofrem com a falta “de sede e/ou espaço físico para

atendimento dos usuários, ausência de veículo próprio e de recursos humanos insuficientes para a demanda”¹¹⁽⁵⁾ que possuem. Tal situação foi apresentada pelo relato dos usuários atendidos pelo CnaR, como vemos:

O que precisa melhorar é um espaço para eles exercer o trabalho deles aqui, porque tiraram eles daqui e ficou ruim pra gente, porque quando eles tinham um espaço aqui eles vinham direto e agora só vêm quando pode, porque eles não têm aqui só para atender e ajudar (E7). Se tivesse um local certo que o pessoal soubesse, não precisava nem eles andar, que eu mesmo procuraria que tivesse um ponto ou posto deles mesmo [...] pra mim seria melhor (E12)¹¹⁽⁵⁾.

Granja e Lima¹⁵ analisam que um dos problemas que geram negligência no acesso à saúde pela PSR é o fato de os profissionais das unidades de saúde acreditarem que a população de rua receba todo cuidado de atenção à saúde a que tem direito nos consultórios de rua, criando ideias equivocadas de que esse grupo não precisaria ir até às unidades de saúde. Tal entendimento equivocado sobre essa população gera empecilho ao fluxo de atendimento às outras populações. Ou seja, apesar de a eCR possibilitar que a população de rua tenha a garantia do direito ao cuidado e atenção à saúde, por vezes, emergem incompreensões sobre essa população em suas singularidades que a impedem de buscar atendimentos nas unidades básicas de saúde. Segundo Granja e Lima¹⁵, o preconceito predominante sobre essa população é histórico.

Granja e Lima¹⁵ mencionam que, mesmo diante da PNPR criada em 2009, os profissionais de saúde que não integram a equipe do Consultório na Rua agem de forma preconceituosa com a população de rua. Os estigmas que esses profissionais possuem por esse grupo estão fixamente instalados no processo de trabalho, de modo que suas ações produzem exclusões¹⁵.

Nessa direção, as ações dos profissionais da saúde vão criando a primeira barreira de acesso da PSR aos serviços de saúde na atenção básica.

Em contrapartida, nos consultórios de rua, Granja e Lima¹⁵ especificam que as equipes que ali atuam, em meio a grandes desafios que enfrentam no atendimento dessa população, propiciam acolhimento com princípios na humanização da atenção e um olhar para as especificidades.

Engstrom e Teixeira¹⁰ ressaltam que a eCR representa, no SUS, uma ‘reorientação dos serviços de saúde’ para a população de rua, fazendo com que a demanda de saúde desse grupo alcance a integralidade das ações de saúde, operando na prevenção, promoção e ampliação nas redes de atenção, dado o contexto sociopolítico ao qual estão inseridos.

Portanto, apesar de o CnaR ter potencial na ampliação do acesso aos serviços de saúde pela PSR, a literatura aborda a falta de recursos para as equipes do Consultório na Rua como ausência de espaço adequado para atendimento, falta de veículo para transportar a PSR, recursos humanos insuficientes para atender à demanda, os quais podem enfraquecer os avanços do cuidado e atenção à saúde direcionadas a essa população.

Atenção ambulatorial e atenção hospitalar

Segundo Oliveira et al.¹² e Zuim e Trajman¹³, a população de rua recebe atendimento quando se encontra em estado grave, se dirigindo a serviços de atendimento de emergência e de internação hospitalar. Oliveira et al.¹² afirmam que esse modelo se faz presente independentemente de serem países que possuem um sistema universal de saúde ou não.

Aguiar e Iriart⁸ afirmam que o fato de as pessoas em situação de rua recorrerem aos serviços de saúde somente quando o estado de saúde é grave e urgente é resultado das barreiras estruturais. Sobre os empecilhos enfrentados pela população de rua na busca por um acesso amplo aos serviços de saúde, podem ser citados a exigência de documentação para agendamento de consulta tais como comprovante de residência, identidade e cartão do SUS⁸.

Corroborando Aguiar e Iriart⁸, Hallais e Barros⁵ analisam que:

A restrição de acesso imposta pelos próprios regulamentos das instituições públicas aos atores sociais marginalizados denuncia a necessidade de criação e efetivação de políticas e práticas institucionais sensíveis à pluralidade e pautadas na justiça e no reconhecimento social⁵⁽¹⁵⁰¹⁾.

Borysow e Furtado⁹, em estudo de caso realizado em um município do interior do estado de São Paulo, concluem que a abordagem de rua se torna estratégia para que a PSR tenha acesso aos serviços de saúde. Os autores⁹ alegam que os profissionais de saúde do pronto-socorro e hospitais, quando percebem que a PSR presente no estabelecimento possui Transtorno Mental Grave (TMG), não acolhem a demanda sob alegação de que, antes, a PSR deveria passar pelo atendimento social para realização de cadastro, higiene pessoal etc. Nessa direção, Neves-Silva, Martins e Heller¹⁴ evidenciaram narrativas como:

Porque se o morador de rua adoecer aqui, ele vai no hospital, eles não aceitam porque o cara chegou sujo, aí você tem que caçar um lugar pra tomar banho, aonde você vai tomar banho? [...] Se você for tomar banho em algum outro canto, até você retornar ao hospital, o médico vai falar, a sua ficha já foi cancelada. Você fica com aquela doença, então é assim¹⁴⁽⁶⁾.

Borysow e Furtado⁹ atestam que o acolhimento à PSR só acontece de maneira mais tranquila quando ocorre por meio de intervenção de profissionais do Caps ou da assistência social. Diante da dificuldade constatada no atendimento à PSR, incluindo a população com TMG, inferiram que é indispensável “legitimar a atuação intersetorial e interserviços com fluxos estáveis”⁹⁽¹⁰⁷³⁾.

Ferreira, Rozendo e Melo¹¹ destacaram que o uso de tecnologias leves nos CnaR, sendo essas as tecnologias de relações como o acolhimento, vínculo, tem capacidade de fazer

com que a PSR crie laços com os profissionais de saúde, resultando, assim, na melhoria do acesso aos serviços de saúde pela população em situação de rua, pois gera compromisso e responsabilização por parte de ambos. Nesta pesquisa, constatou-se:

Me ajuda em tudo, com remédio, com exame, conselho (E2). Foi uma boa vinda aqui pra Alagoas porque, quando não tinha ele, era pior, com certeza, eles levam a gente pra fazer exame, negócio de HIV, mama, cuida muito da saúde daqueles que querem ir, mas não obriga, mas tenta, insiste (E4). Pra prevenir de doença, ajudar a gente, traz preservativo, água, eles conversam (E7)¹¹⁽⁴⁾.

Em pesquisa de Engstrom e Teixeira¹⁰, conforme a complexidade de saúde em que a PSR se encontra, a eCR vem a ser a porta de acesso aos demais níveis de atenção à saúde. Exemplos de acesso aos serviços de emergência e hospitais são os casos da PSR com tuberculose em estado bem grave. Zuim e Trajman¹³ relatam que quando a PSR consegue o atendimento para sua necessidade, encontra nos serviços de saúde tratamento não vinculador por parte dos profissionais de saúde que lhes atendem. Dentre um dos relatos, as autoras apresentaram:

[...] Eu entrei pra bater a chapa e ela disse que não precisava bater chapa, não: 'você já tomou soro'. Isso era duas horas da manhã. - Pode ir embora [fala da médica]. - Mas eu tenho que bater a chapa, doutora. - Não precisa, não [fala da médica]. Aí eu vim embora, já tinha tomado o soro. Aí, voltei da outra vez, bateu a chapa e falou assim: 'é pneumonia'. Eu estava tomando esse tal de 'avrolin', um negócio assim (E16)¹³⁽⁹⁾.

As autoras¹³ também condenam a falta de informação oferecida ao paciente PSR sobre seu estado de saúde, resultando na permanência do sofrimento. O texto possibilita aferir a falta de diálogo e acolhimento ao paciente PSR. Diante dessa questão, Zuim e Trajman¹³

atestaram que, quando a porta de entrada aos serviços de urgência se dá pela atenção primária, o acolhimento por parte dos profissionais da saúde se caracteriza como receptivo.

Considerações finais

Os resultados indicam como barreiras para o acesso da PSR aos serviços de saúde: na atenção básica, os preconceitos e estigmas produzidos se configuram em importante barreira, que, todavia, são minimizados com a atuação dos CnaR; que a falta de recursos prejudica a atuação dos CnaR. As dificuldades de acesso à atenção primária podem reverberar na piora do quadro dos pacientes, o que faz a PSR procurar os serviços de saúde nos níveis ambulatorial e hospitalar em estágios de adoecimentos mais avançados.

Em relação aos níveis de média e alta complexidade, identificaram-se maiores dificuldades enfrentadas pela PSR para acessá-los, além do fato que, geralmente, chegam à alta complexidade com seus estados de saúde agravados por demora no atendimento ou acolhimento inadequado. Os profissionais de saúde do pronto-socorro e hospitais, quando percebem que a PSR presente no estabelecimento possui TMG, não acolhem a demanda sob a alegação que, antes, a PSR deveria passar pelo atendimento social para realização de cadastro, higiene pessoal.

Da atenção básica à hospitalar, a falta de documentos de identificação dos usuários se configura em importante barreira para o acesso na medida em que passa a ser exigida como condição para agendamento de consultas, contribuindo, assim, para o agravamento dos processos de sofrimento e adoecimento da PSR. Destaca-se, também, a produção de um serviço de saúde não acolhedor ou vinculador por parte dos profissionais da saúde para a PSR, em especial, na atenção ambulatorial e hospitalar.

Todavia, apesar dos nós críticos nas RAS, os estudos sugerem a presença de pontos de rede que possibilitam o acolhimento das demandas

da PSR, produção de vínculo e laços entre profissionais da saúde e usuários PSR a partir dos CnaR. Além disso, numa perspectiva intersetorial, a articulação entre RAS e Rede de Atenção Psicossocial a partir dos Caps e da Assistência Social possibilita melhor atendimento e acolhimento da PSR que vivencia o TMG. Pela literatura, torna-se evidente que o CnaR contribui para o acesso à saúde da PSR, configurando-se como porta de entrada fundamental dessa população nas RAS, porque tem como uma das características essenciais o acolhimento criador de vínculo com esse grupo. Permite, assim, que a PSR sinta segurança e confiança nos profissionais da saúde que lhe atende.

Os dados apresentados pelos artigos que compõe esta revisão integrativa esboçam os desafios para efetivação do SUS de maneira universal e integral a populações que compõe minorias sociais. Desafio que induz à tarefa de conceber um processo de trabalho pautado na equidade como princípio norteador da atenção e cuidado em saúde. Segundo Barros e Sousa¹⁶:

[...] equidade como sendo a estratégia para se atingir a igualdade de oportunidades no tocante ao usufruto de boas condições de saúde e de acesso aos serviços de promoção, prevenção e recuperação, levando-se em conta as disparidades de ordem social, étnica, econômica e cultural¹⁶⁽¹⁶⁾.

A partir das autoras¹⁶, percebemos que a geração de iniquidades no acesso da população de rua à atenção básica, ambulatorial e hospitalar é reflexo dos desafios de promoção da equidade no acesso ao atendimento. Desafios tais como a ausência de maior articulação entre RAS, Redes de Atenção Psicossocial (Raps) e Redes de Assistência Social com o Sistema Único de Assistência Social (Suas) refletem na criação de iniquidades em saúde para a PSR. Do mesmo modo, a ausência do financiamento necessário para a efetivação do processo de trabalho das eCR e de sua estruturação física com recursos humanos do CnaR reflete nas

dificuldades no provimento de igualdades de oportunidades para que a PSR acesse os serviços de saúde.

Assim, em diálogo com Barros e Sousa¹⁶, concluímos que avançar com a equidade é ponto fulcral para a garantia do acesso da PSR aos serviços de saúde de maneira universal e integral. Para tal, é necessário articular as dimensões: 1. formação de profissionais da saúde; 2. garantia de financiamento para a Política Nacional para a População em Situação de Rua com seu conjunto de equipamentos e serviços (eCR, CnaR); e 3. articulação intersetorial com as Raps e o Suas. Tal articulação em direção ao combate aos estereótipos e discriminação, a garantia de condições de trabalho para as eCR e a potencialização e fortalecimento dos pontos de rede que os estudos revelam como importantes para garantia do acesso da população de rua, como os Consultórios na Rua.

Conclui-se que a população em situação de rua requer um olhar interseccional sobre suas necessidades em saúde, entendendo que elas são atravessadas por questões de gênero, raça, classe, sexualidade¹⁷, cultura, entre outros, que convergem para a expansão de sua marginalização social e dos processos saúde-doença. A interseccionalidade exige a produção de um *ethos* da justiça social¹⁷, contribuindo para o debate sobre as necessidades de se aprofundar um processo de trabalho em saúde que norteie a equidade como princípio ético e político de atuação no SUS.

Nessa direção, a análise das dificuldades enfrentadas pela PSR no acesso aos diferentes níveis de saúde requer a percepção de como os processos de marginalização, criminalização e discriminação vivenciados por essa população se materializa nos cotidianos da saúde em não acolhimento, processos discriminatórios e exclusão dos serviços de saúde.

Colaboradores

Andrade R (0000-0001-8483-4333)* é responsável pela execução da pesquisa,

produção dos dados e redação do artigo. Rocon PC (0000-0003-2696-5786)* é responsável pela concepção, execução da pesquisa, produção e análise dos dados, redação do artigo e revisão final. Costa AAS (0000-0002-4626-017X)* é responsável pela

análise dos dados e redação do artigo. Sousa ET (0000-0003-3031-5743)* é responsável pela redação do artigo. Rocon PC, Costa AAS e Sousa ET realizaram a revisão final crítica. Todos os autores aprovaram a versão final apresentada. ■

Referências

1. Brasil. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 24 Dez 2009. [acesso em 2019 jul 25]. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm.
2. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Saúde da população em situação de rua: um direito humano. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014. [acesso em 2019 jul 25]. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_situacao_rua.pdf.
3. Borysow IC, Conill EM, Furtado JP. Atenção à saúde de pessoas em situação de rua: estudo comparado de unidades móveis em Portugal, Estados Unidos e Brasil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2017; 22(3):879-890.
4. Abreu D, Oliveira WF. Atenção à saúde da população em situação de rua: um desafio para o Consultório na Rua e para o Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2017; 33(2):e00196916.
5. Hallais JAS, Barros NF. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. *Cad. Saúde Pública*. 2015; 31(7):1497-1504.
6. Hino P, Santos OJ, Rosa AS. Pessoas que vivenciam situação de rua sob o olhar da saúde. *Rev Bras Enferm*. 2018; 71(supl1):732-740.
7. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*. 2010; 8(1):102-106.
8. Aguiar MM, Iriart JAB. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2012; 28(1):115-124.
9. Borysow IC, Furtado JP. Acesso, equidade e coesão social: avaliação de estratégias intersectoriais para a população em situação de rua. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48(6):1069-1076.
10. Engstrom EM, Teixeira MB. Equipe “Consultório na Rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. *Ciênc. Saúde Colet*. 2016; 21(6):1839-1848.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

11. Ferreira CPS, Rozendo CA, Melo GB. Consultório na Rua em uma capital do Nordeste brasileiro: o olhar de pessoas em situação de vulnerabilidade social. *Cad. Saúde Pública*. 2016; 32(8):e00070515.
12. Oliveira DM, Expedito AC, Aleixo MT, et al. Necessidades, produção do cuidado e expectativas de pessoas em situação de rua. *Rev Bras Enferm*. 2018; 71(supl6):2849-2857.
13. Zuim RCB, Trajman A. Itinerário terapêutico de doentes com tuberculose vivendo em situação de rua no Rio de Janeiro. *Physis*. 2018; 28(2):e280205.
14. Neves-Silva P, Martins GI, Heller L. “A gente tem acesso de favores, né?”. A percepção de pessoas em situação de rua sobre os direitos humanos à água e ao esgotamento sanitário. *Cad. Saúde Pública*. 2018; 34(3):e00024017.
15. Granja MCLM, Lima FLT. Barreiras à Prevenção do Câncer e Tratamento Oncológico para a População em Situação de Rua. *Rev Bras. Cancerologia*. 2020; 66(2):e-09816.
16. Barros FPC, Sousa MF. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. *Saúde Soc*. 2016; 25(1):9-18.
17. Collins PH, Bilge S. *Interseccionalidade*. São Paulo: Boitempo; 2021.

Recebido em 18/05/2021

Aprovado em 12/10/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Comunidade Ampliada de Pesquisa em ambiente virtual (CAP on-line) sobre trabalho e saúde docente

Expanded Community for Research in a virtual environment (CAP on-line) on teacher work and health

Gideon Borges dos Santos¹, Kátia Reis de Souza¹, Andréa Maria dos Santos Rodrigues¹, Luciana Gomes¹, Eliana Guimarães Félix¹, Luísa Maiola de Araujo¹, Jordânia Lira da Costa¹

DOI: 10.1590/0103-1104202213217

RESUMO A pandemia do novo coronavírus afetou a dinâmica do cotidiano escolar, obrigando os(as) professores(as) a um movimento de adaptação para dar conta das demandas impostas pelo distanciamento social. Esse cenário também atingiu as pesquisas, cujas técnicas de coletas de dados se davam de maneira presencial e tiveram que ser realizadas remotamente. O objetivo deste texto é descrever a trajetória da Comunidade Ampliada de Pesquisa, adaptada para o ambiente virtual (CAP on-line), como parte da pesquisa que buscou examinar as novas exigências do ensino remoto e suas implicações para a saúde dos(as) professores(as). Foram realizadas três oficinas com a participação de professores(as) do Ensino Fundamental e Médio. Observou-se que o processo de pesquisa tem correlações com os próprios resultados do estudo, especialmente no que se refere aos novos aprendizados trazidos pelo ensino remoto. Conclui-se que o compartilhamento de experiências de trabalho por meio da CAP on-line é uma possibilidade. No entanto, o aperfeiçoamento nos modos de interação virtual, o domínio do aparato tecnológico e o acesso a equipamentos de qualidade são elementos a serem observados para o aperfeiçoamento dessa abordagem coletiva de investigação.

PALAVRAS-CHAVE Teletrabalho. Aprendizagem. Saúde do trabalhador.

ABSTRACT *The new Coronavirus pandemic has affected the dynamics of everyday school life, forcing teachers to adapt to the demands imposed by social distancing. This scenario also involved the surveys, whose data collection techniques took place in person and had to be carried out remotely. This text aims to describe the trajectory of the expanded research community, adapted to the virtual format, as part of the research that sought to examine the new requirements of remote teaching and its implications for teachers' health. Three workshops were held with the participation of elementary and high school teachers. It was observed that the research process has correlations with the results of the study, especially concerning new learning brought by remote learning. It is concluded that sharing work experiences through online CAP is a possibility. However, the improvement in the modes of virtual interaction, mastery of the technological apparatus, and access to quality equipment are elements to be observed in order to improve this collective approach to investigation.*

KEYWORDS *Teleworking. Learning. Occupational health.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
gidborgess@gmail.com



Introdução

A pandemia do novo coronavírus que afetou a dinâmica do cotidiano escolar, exigindo dos(as) professores(as) um forte movimento de adaptação e criatividade para dar conta das demandas impostas pelo distanciamento social, também atingiu as pesquisas, na medida em que a coleta de dados, que se dava de maneira presencial, passou a ser realizada remotamente. O exemplo que será objeto desta reflexão é a experiência de pesquisa participativa que adotou como estratégia metodológica a Comunidade Ampliada de Pesquisa, adaptada para o ambiente virtual (CAP on-line), em decorrência das exigências impostas pela crise sanitária. De maneira equivalente à reinvenção do trabalho docente para garantir a continuidade das atividades escolares, o processo de pesquisa, cuja finalidade foi investigar exatamente as novas exigências do ensino remoto e suas implicações para a saúde dos(as) professores(as), também foi atingido pelas interferências e adversidades comuns aos sujeitos investigados, para dar conta dos novos modos de trabalhar. Além da precariedade de acesso à internet e do pouco conhecimento sobre o uso do aparato tecnológico, os modos de interação no ambiente virtual foram fatores concorrentes ao trabalho docente remoto, especialmente no que diz respeito às consequências para saúde dos(as) professores(as) e para formação dos(as) alunos(as), tal como o foram no processo de pesquisa.

Em geral, os(as) professores(as) tiveram que reaprender a utilizar didática e metodologicamente os recursos e as tecnologias disponíveis, de modo a dar continuidade às atividades escolares: reorganização do tempo de trabalho, gravação e edição de vídeos, distanciamento social dos(as) alunos(as), presença constante de pais e responsáveis nas aulas ministradas on-line são exemplos de mudanças sob as quais os(as) professores(as) tiveram que lidar e se adaptar¹. Além disso, de forma ainda mais aguda, essas transformações ocorreram na privacidade do lar, um espaço que, desde

a modernidade, quando o trabalho passou a ocupar a esfera social e pública², esteve reservado à intimidade, ao lazer e ao ócio. Para Araújo e Lua³, o contexto da pandemia de Covid-19 transformou a casa em espaço de trabalho, e as demandas com cuidados infantis e familiares aumentaram^{4,5}, embora a conciliação dos períodos de trabalho e dos cuidados da casa e da família sejam, reconhecidamente, velhos dilemas na vida das mulheres.

O processo de construção do estudo se deu em conjunto com o Sindicato dos Professores de Macaé e Região (Sinpro-Macaé), na perspectiva de uma investigação colaborativa, na qual potencializam-se os polos de conhecimento envolvidos, ou seja, aquele constituído pelas disciplinas científicas e o polo das experiências do trabalho, integrando saberes e práticas procedentes da ciência e do cotidiano laboral⁶. Pelo ângulo conceitual, Brito e Athayde⁷ asseguram que constituir uma CAP e desenvolvê-la diz respeito à experimentação de uma comunidade dialógica de pesquisa com a perspectiva de trabalhar, centralmente, com a experiência do próprio trabalho, ampliando a capacidade crítica e o olhar investigativo de todos os envolvidos. No que diz respeito à CAP on-line, as interações entre pesquisadores e participantes da pesquisa em ambiente digital possibilitam uma nova modalidade de construção coletiva do conhecimento, podendo efetivar novos padrões de pesquisa social de natureza qualitativa^{5,8}.

Na CAP, valorizam-se a comunicação e o diálogo entre os participantes que pertencem a grupos homogêneos de trabalho⁶, ou seja, são membros da mesma comunidade que realizam atividades laborais semelhantes. Destarte, formalizam-se as experiências, colocando em análise os diferentes pontos de vista sobre o trabalho com foco na relação com a saúde.

Ademais, embora o diálogo em ambiente digital seja ampliado com relação ao tempo e ao espaço⁹, abrindo novas possibilidades de produção de conhecimento⁵, na prática, ocorrem perdas relacionais importantes, principalmente, no que diz respeito à percepção

de expressões corporais. Há limites no que se refere ao campo de visão dos participantes, considerando que as telas de monitores e de artefatos tecnológicos permitem uma visualização limitada dos participantes, circunscrita a enquadramentos parciais daqueles que estão conectados.

Com o objetivo de descrever a trajetória e a organização da CAP on-line, pretende-se, neste texto, refletir sobre os desafios dessa abordagem de pesquisa em relação ao modo presencial e suas interfaces e correlações com os próprios resultados do estudo sobre trabalho e saúde docente, especialmente, no que se refere aos novos aprendizados da experiência docente no contexto da pandemia. Nesse processo, a Comunidade Ampliada de Pesquisa adaptada para o formato virtual constitui-se para além de uma escolha metodológica, parte da pesquisa que buscou também examinar as novas exigências do ensino remoto e suas implicações para a saúde dos(as) professores(as).

A experiência da CAP on-line

A concepção originária de CAP baseia-se nas experiências sindicais italianas de investigação dos processos de coanálise do trabalho e da saúde⁶. Nessa perspectiva, adota-se como princípio fundamental o trabalho como determinante social da saúde, e os trabalhadores como sujeitos da análise e da transformação dos ambientes de trabalho¹. Complementarmente, um dos principais pressupostos teóricos no campo da saúde do trabalhador é o reconhecimento de que a saúde é fortemente influenciada pelo contexto histórico-social e pela capacidade organizativa e de resistência dos(as) trabalhadores(as), conforme preconizado pela Medicina Social Latino-Americana¹⁰. Assim, configura-se uma relação orgânica com os movimentos sociais, sobretudo, com as organizações sindicais para defesa coletiva da saúde que, no contexto atual, tem-se materializado por meio dos ambientes virtuais¹¹.

Em maio de 2020, iniciou-se uma sequência de diálogos entre o Sinpro-Macaé e pesquisadores do Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh/Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – Ensp/Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz) com a finalidade de investigar a relação Saúde e Trabalho de Professores(as) da Rede Pública e Particular de Educação do Rio de Janeiro em Tempos de Pandemia e Pós-Pandemia.

Quanto à dinâmica adotada nas reuniões da CAP on-line, iniciou-se com a apresentação dos objetivos do trabalho e uma breve exposição, por parte do coordenador do projeto, dos objetivos da pesquisa. Adicionalmente, foi demandado que os participantes permanecessem com as câmeras abertas, de sorte que todos(as) se reconhecessem pelos nomes e faces, como uma comunidade em processo de formação. Em que pese o fato de as câmeras fechadas possibilitarem melhor conexão virtual, observou-se que o fechamento delas provoca interferência na experiência comunicativa e pedagógica.

Após apresentação, foi solicitado aos participantes que falassem sobre aspectos do processo de trabalho remoto e pontos específicos da organização laboral, a saber: ritmo do trabalho e das atividades; jornada de trabalho (a que horas começa e termina); pausas para descanso; conciliação entre trabalho docente e doméstico; relações hierárquicas com a gestão e coordenação escolar; relações entre colegas professores(as); formas de controle sobre o trabalho; sobrecarga de trabalho; dificuldades materiais e tecnológicas para consecução do trabalho; queixas de saúde e modos de resistências individuais e coletivas; descrição das aulas síncronas e assíncronas.

O número de participantes dos encontros foi variado. Na primeira reunião (18/07/2021), participaram 10 pessoas, sendo 3 professores(as), 5 pesquisadores(as) e 2 sindicalistas. No segundo encontro (25/07/21), estiveram presentes 2 professores(as), 5 pesquisadores(as) e 1 sindicalista. Quanto à terceira e última reunião

(01/08/21), participaram 6 professores(as), 5 pesquisadores(as) e 2 sindicalistas. A divulgação da pesquisa foi feita no *site* do sindicato, em meios de comunicação na região de Macaé, e por meio de carta-convite encaminhada aos filiados. Todos os encontros foram gravados, transcritos; e o aceite ou a autorização dos participantes foram registrados oralmente, conforme termos do comitê de ética em pesquisa. Os dados obtidos foram analisados e posteriormente validados pela CAP on-line, entre os polos (sindicatos e pesquisadores) envolvidos.

O número de professores(as) nas reuniões possibilitou mais tempo de fala para cada participante, mais interações e diálogo, o que é desejável em grupos presenciais de caráter participativo¹². Deve-se considerar ainda que o grupo em questão pertencia à rede particular de ensino, correndo risco de perda de emprego em função da exposição em redes digitais, algo que pode ter influenciado a baixa adesão, mesmo sendo a pesquisa um espaço protegido.

No que concerne à metodologia da CAP on-line, é importante considerá-la na perspectiva da antropologia participante e da etnografia. Para Brandão¹³, a antropologia contribui com algumas lições para a prática de pesquisa e da educação, como escutar atentamente o outro e compreender silêncios, entrelinhas, desvendar mistérios e compartilhar experiências. Na CAP on-line, procurou-se construir a simetria entre os polos do conhecimento envolvidos e a partilha de saberes por meio do reconhecimento do outro como igual¹⁴. Assim, um fundamento importante dessa perspectiva é que ela não se sustenta em ideias abstratas, pois o conhecimento sobre o trabalho apenas tem sentido na história real dos próprios trabalhadores. Já a etnografia, em sua forma básica, exige que o pesquisador submerja no mundo que estuda por um tempo determinado e leve em consideração as relações que se formam entre os participantes¹⁵. A etnografia virtual é um processo ainda experimental que se baseia em meios eletrônicos¹⁶.

Sobre os dias para realização da pesquisa, foi pactuado com o sindicato que seriam aos sábados, quando os(as) professores(as) estão

de folga, embora cansados devido à longa jornada semanal, algo expressamente relatado por eles. Isso porque o processo de ensino passou (e ainda passa) por reformulações contínuas nos ambientes virtuais, exigindo criatividade e adaptações rápidas, na maioria das vezes de modo solitário, considerando que a experiência de ensino remoto está pouco formalizada e compartilhada entre os próprios docentes. Por certo, o ensino remoto em contexto pandêmico constitui-se como uma face do trabalho precarizado com ênfase no uso exaustivo de recursos tecnológicos¹¹.

A rigor, pesquisas por meio de ambientes digitais ganham vigor desde o início dos anos 2000^{8,15}, em parte, sob o argumento de uma suposta vantagem do baixo custo¹⁷, sem dimensionar os gastos para manutenção de internet (de boa qualidade) e substituição periódica de ferramentas tecnológicas, devida ao desgaste dos equipamentos. No entanto, essa prática se ampliou com as novas exigências de trabalho no contexto da pandemia, o que tornou possível compartilhar e avaliar experiências, no âmbito da própria CAP, com vistas ao aperfeiçoamento das abordagens coletivas de investigação social desenvolvidas no ciberespaço^{5,17}. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Ensp (CAEE: 33455720.2.0000.5240).

Novos aprendizados no trabalho docente

O uso da tecnologia como recurso alternativo para realização da pesquisa sobre o trabalho docente remoto, em tempos de pandemia, foi o que, de fato, tornou possível, ainda que de forma adversa, o processo de coleta de dados. O trabalho remoto exigiu um novo aprendizado, e o que se observou é que as adversidades enfrentadas pelos(as) professores(as) durante a realização de suas atividades de trabalho também foram aquelas evidenciadas na realização da CAP on-line: atrasos no início do processo de coleta de dados porque os(as)

professores(as) não conseguiam acesso à plataforma ou mesmo configurar áudio e vídeo para sua utilização adequada; qualidade de internet, do computador, celular ou *tablet* utilizados que exigiam interrupções das falas; interrupções da entrevista por causa problemas técnicos; atenção dividida entre a participação nas entrevistas e a atenção aos filhos, familiares ou aos afazeres domésticos de modo geral; ruídos externos ao ambiente virtual, sejam decorrentes da própria residência ou de algum carro de alto-falante de anúncios que importunavam o desenvolvimento da atividade. Todas as perturbações externas e constrangimentos durante as reuniões também podem ser compreendidos pelas particularidades do trabalho remoto que entrelaça a vida doméstica e o trabalho docente.

Chamou-se atenção às atividades que causavam grandes desconforto aos professores(as), por exemplo, a experiência da câmera desligada pelos(as) alunos(as) no momento da realização das aulas e a gravação de vídeos. O fechamento das câmeras, algo bastante comum nas aulas síncronas, provocava nos(as) professores(as) uma sensação de baixa interatividade e isolamento.

Uma outra coisa que eu sinto que dificultou muito o nosso trabalho é essa coisa de estarmos praticamente isolados, não tem como trocar ideia de como está fazendo. (Professor do Ensino Médio).

Essa ‘inabilidade’ em ministrar aula sem poder ver os(as) alunos(as) causa desconforto, e foi curioso observar como a experiência da câmera desligada provocava no professor, que tinha o controle da fala, um vazio de presença. A experiência estética de estar próximo do outro, observar a sua expressão corporal, perceberem-se uns aos outros, suas reações, olhares e interagirem entre si foi pouco dimensionada. Em situação de trabalho remoto, a ausência da imagem do outro, quando a câmera está desligada, algo que também pode ser considerado uma forma de negação da presença, às vezes encoberta

por um problema técnico de conexão ou simplesmente porque na hora da aula o(a) aluno(a) está desenvolvendo atividades paralelas, provoca nos(as) professores(as) uma sensação de não estar interagindo com um sujeito encarnado, como se houvesse uma suspensão dos laços com a realidade social, com a história e com o corpo¹⁸. Na experiência da CAP, era recorrente o(a) moderador(a) solicitar aos(as) professores(as) que abrissem a câmera, algo que era feito sem resistências, contudo, por um intervalo de tempo suficiente para apresentação uns dos outros. Importa considerar que a experiência do(a) moderador(a) durante o diálogo com os participantes foi coincidente com a experiência verbalizada por professores(as) sobre a câmera desligada dos(as) alunos(as): baixa interatividade.

Outro desafio enfrentado por professores(as) no período de realização do trabalho remoto e, também, reproduzido na realização da CAP on-line sobre o trabalho docente foi a impossibilidade de antecipar as ocorrências do trabalho, exigindo dos trabalhadores imaginar novas soluções e resultados¹⁹. Por tratar-se de um grupo de trabalhadores que sempre desenvolveu suas atividades de modo predominantemente presencial, o desconhecimento técnico no uso dos aparelhos tecnológicos, aplicativos e plataformas consistiu em um desafio para muitos(as) professores(as). No entanto, a experiência de gravar um vídeo foi aquela que causou em alguns(mas) deles(as) maior desconforto. O ‘medo de câmera’ é um sentimento que a área da comunicação social tem bastante interesse em tomar como objeto de estudo.

Você tá só: você e a câmera. Não tem ninguém. Bate uma vergonha! Não sei por que... me dá tremedeira por dentro... eu dano a suar. Eu gravo vídeo com toalhinha no colo. E [me] seco. E fico num nervoso... você gagueja... Esquece o texto que você tinha preparado... Além do trabalho mecânico, você tem que ter toda uma preparação psicológica. (Professora do segmento I).

Em tese de doutoramento sobre a participação dos(as) professores(as) universitários(as) na produção de vídeos educacionais, Cabral Júnior²⁰ observa o estranhamento desses profissionais quando lhes são solicitadas aulas gravadas em vídeo. O medo de errar foi a manifestação mais comum entre professores(as) ante a câmera de vídeo. Entre algumas razões, a preocupação quanto ao resultado do material gravado, não transmitir credibilidade para o(a) aluno(a), falar alguma bobagem ou mesmo falar incorretamente fazem com que, diante da câmera, os(as) professores(as) sintam-se intimidado(as), travado(as), e reajam com gagueira, paralisia e suor²⁰. A ausência do interlocutor e, conseqüentemente, todos os sinais emitidos pela presença do corpo que são capazes de transmitir mensagens, associado à falta e conhecimento prático sobre a gravação dos vídeos, podem influenciar o medo dos(as) professores(as) na realização dessa atividades que, no trabalho remoto, tornou-se bastante comum.

Os(as) próprios(as) professores(as) relataram preferir as aulas síncronas, aquelas que ocorrem em tempo real, por meio de plataformas, do que a gravação de um vídeo. A razão está no poder de interação que essas aulas permitem em relação aos vídeos previamente gravados, a despeito das câmeras desligadas configurarem um incômodo na atividade.

Eu falo pra você que eu prefiro mil vezes que tivesse que fazer lives ao invés de gravar os vídeos. Eu acho que flui. Há uma troca. O que a criança não está entendendo, ela está falando ali na hora... tirando as dúvidas e ali a gente vai trabalhando... E eu vejo as coisas funcionarem. Diferentemente de quando gravo os vídeos e às vezes não tenho retorno. (Professora A - segmento I).

A formação humana é um fenômeno que se dá ‘diretamente entre os homens’ para lembrar uma expressão da Hannah Arendt². De fato, a ‘solidão interativa’ das aulas remotas transforma os sujeitos da experiência pedagógica em ‘agentes impessoais’¹⁸, parecendo exigir maior esforço

(ao menos uma nova competência) por parte dos(as) professores(as), no sentido de convocar a presença dos(as) alunos(as) para aprendizagem.

Esse retorno não é imediato e mesmo ele não sendo imediato, uma coisa que me desgasta muito, eu fico ali atento querendo saber se o aluno tá acompanhando o que foi postado, se tem alguma dúvida e é silêncio total e isso desgasta muito comigo, as vezes eu fico sem almoço, vou direto [...] é na semana seguinte que eles vão entrar em contato se tem uma dúvida e ainda é muito pouco. (Professor Ensino Médio).

Evidentemente, essa característica ganha força porque está-se falando de professores(as) que construíram seu repertório profissional em aulas presenciais com pouco ou nenhuma experiência em ensino remoto. Talvez, o efeito mais conseqüente nessa expectativa que não se cumpre, a de obter retorno dos(as) alunos(as), esteja no desgaste que o ensino remoto tem provocado nos(as) professores(as) quando comparado ao presencial, algo sinalizado pelos(as) participantes, quando recorrem ao adjetivo ‘desgastante’ para caracterizar o seu trabalho.

Ao trabalho remoto, é atribuído um esgotamento físico e mental maior se comparado ao momento presencial. Além de uma nova maneira de trabalhar que exige novos recursos e aprendizagens, ele produz a sensação de estar sempre conectado, já que, a qualquer momento, o trabalhador é convocado a responder uma mensagem, a um e-mail, ou atender a alguma demanda relativa ao trabalho.

Ao final de uma aula de 40 minutos parece que eu trabalhei a semana inteira. (Professor do Ensino Médio).

Jornada de trabalho aumentou e sobrecarregou, antes eu trabalhava 3 dias e agora eu me vejo trabalhando a todo dia procurando videozinho. (Professor do Ensino Médio).

Parece correto afirmar que ocorrem perdas de demarcações temporais, já que o(a)

professor(a) permanece à disposição dos(as) alunos(as) mesmo após o horário de trabalho. Assim, a presença virtual do(a) professor(a) perdura em qualquer horário do dia, principalmente de forma assíncrona, seja pelas mensagens nos aplicativos de celulares ou nas plataformas das salas de aulas virtuais, como na ferramenta Classroom. Essa nova configuração do trabalho docente leva a queixas de saúde, como ansiedade, estresse, alterações no padrão do sono, dores de cabeça e coluna com o uso abusivo de analgésicos¹¹.

A aquisição do conhecimento técnico no uso dos aparelhos e *softwares*, no trabalho remoto, foi uma experiência bastante difícil para os(as) professores(as), pelo tempo curto e a forma abrupta que eles tiveram para adquiri-la, na medida em que a conversão das aulas presenciais para o ensino remoto não foi gradual. A ausência de capacitação para utilizar os recursos disponíveis e viáveis ao trabalho remoto também fez com que a aprendizagem desses processos fosse mais lenta e ainda insuficiente para potencializar as atividades de trabalho.

Observa-se também nesse contexto uma intensificação do trabalho, não apenas porque houve aumento quantitativo da jornada de trabalho, passando de três dias para a semana inteira, como também criou uma sensação de maior esgotamento mesmo quando as aulas são de 40 minutos. Esse desgaste do trabalho docente remoto foi percebido não apenas entre professores(as), mas também entre alunos(as), que se queixam de um esgotamento das atividades on-line.

De fato, o trabalho remoto é uma adaptação ao trabalho presencial a ser realizado em um tempo determinado. Outrossim, a despeito do aceleramento no uso das tecnologias educacionais com o advento da pandemia, algo que tende a se intensificar, mesmo após o retorno às atividades educacionais presenciais, há uma expectativa dos(as) professores(as) em retomar as atividades 'normais' tão logo seja possível, considerando que o trabalho remoto é, na concepção deles(as), pela própria natureza de ser 'adaptado', menos potente à

formação dos(as) alunos(as) perante o ensino presencial, na medida em que as experiências educacionais ficam sobremaneira limitadas.

O trabalho remoto trouxe também como exigência um novo aprendizado em relação à própria jornada de trabalho, além daqueles relacionados com o uso dos novos equipamentos, modos de ensino, interação com alunos, entre outros. Trata-se da organização da jornada de trabalho, na qual os(as) professores(as) se veem obrigados(as) a trabalhar a qualquer momento, quando demandados(as) pelos(as) alunos(as) ou pela coordenação ou direção da escola, ou ainda quando pretendem planejar as suas aulas.

[...] a recriação de rotina pede da gente... demanda da gente um equilíbrio emocional, um equilíbrio de trabalho. Essas habilidades que antes não eram tão demandadas [...]. Agora eu não tenho um horário de início e fim, um lugar... Eu tô no mesmo lugar e eu que tenho que reorganizar todos esses horários. (Professor do Ensino Médio).

Ocorre que, no trabalho presencial, esse controle da jornada de trabalho é, de certa forma, organizado pela dinâmica da rotina da escola: início das aulas, intervalo, término. Como a experiência do trabalho remoto é algo relativamente recente, o controle na organização do tempo, algo que o(a) professor(a) ainda precisa construir, sob pena de trabalhar além da jornada formal, fica descontrolado, causando maior desgaste docente. A questão mais grave é a imposição desse limite que recai sobre o indivíduo, desobrigando as instituições de estabelecer compromissos com a organização do trabalho e com a saúde do trabalhador.

Esse isolamento é, inclusive, observado pelos(as) professores(as) pesquisados(as), ao fazer referência ao desenvolvimento das suas atividades, seja porque foi necessário reinventar o ensino do ponto de vista didático metodológico do formato presencial para o remoto, sem o treinamento adequado – muitos(as) professores(as) observaram tê-lo 'aprendido' sozinho(a) –, seja na realização do trabalho sem o convívio com os(as) colegas.

Tivemos que aprender da noite pro dia... editar, gravar, tudo... sem suporte. Não temos plataforma também. (Professora B - segmento I).

A gente tá aí sozinho, se virando como pode, pra conseguir executar esse trabalho. (Professor A do Ensino Médio).

Uma outra coisa que eu sinto que dificultou muito o nosso trabalho é essa coisa de estarmos praticamente isolados, não tem como trocar ideia de como está fazendo. (Professor B do Ensino Médio).

A exigência de novos aprendizados vai desde o uso técnico dos equipamentos até uma nova experiência estética, especialmente para gerações cuja tecnologia, enquanto mediadora das relações sociais, nunca foi uma trivialidade. Aprender, portanto, a se relacionar e, inclusive, a estabelecer processos democráticos em ambientes virtuais torna-se uma questão premente na medida em que o tipo de relação em ambientes virtuais termina por reproduzir as relações dos ambientes não virtuais.

Reflexões sobre a experimentação da CAP on-line

A experimentação da CAP na modalidade on-line representou um grande desafio para a equipe de pesquisa pelo seu ineditismo. Até então, todas as experiências do grupo de aplicação desse dispositivo, em diferentes categorias profissionais, foram presenciais. A necessidade, portanto, de adequar todo o processo de constituição e desenvolvimento da CAP ao modo remoto colocava-se como a única forma possível no momento da pandemia de Covid-19. Foi preciso repensar as estratégias de comunicação para convidar professores(as) a participar. Entender que dia da semana e período teriam maior adesão e, sobretudo, definir metodologicamente como poderiam ser os encontros, de forma que se constituíssem,

de fato, em espaços de diálogos e de produção de conhecimento entre os diferentes polos de saberes, visando repensar as situações de trabalho^{14,21}.

Um primeiro aspecto a ser considerado diz respeito à utilização das tecnologias como mediadoras na comunicação para a CAP on-line, uma evidência dos desafios e limitações. De acordo com Bailenson²², a relação em plataformas digitais tende a ser mais exaustiva do que nos encontros presenciais, além de alterar o modo de comunicação. O autor sugere que a posição frontal em que se fica durante as conversas virtuais simula um intenso contato visual com diversas pessoas, ao mesmo tempo, sem que se possa desviar os olhares do mesmo modo que ocorreria no contato face a face. Durante os encontros virtuais, observaram-se alguns(mas) docentes que se posicionavam de outros modos ou em lugares escuros, estabelecendo assim outras formas de desenvolver o diálogo no contexto virtual que acabaram por não priorizar a simulação do contato visual.

Ainda baseado nas hipóteses de Bailenson²², há um aumento na carga cognitiva nos encontros virtuais devido à comunicação não verbal ocorrer de forma diferente das conversas presenciais. Isto ocorre em razão da impossibilidade de expressão com todo o corpo, o que leva a um aumento do foco da comunicação emitida do pescoço para cima. Do mesmo modo, há uma maior dificuldade de significação das pistas não verbais emitidas, visto que movimentos de olhos e de cabeça, por exemplo, podem ser motivados por algo que está fora da visão dos demais. Tendo em vista que a maioria dos participantes se encontravam em casa, e, também, para evitar ruídos e interferências nas falas, os microfones permaneciam fechados, abrindo-os somente quando o interlocutor fosse falar – há que se considerar que os sons de cada ambiente também poderiam produzir reações não verbais difíceis de ser interpretadas pelos outros participantes.

Um exemplo é a necessidade de controle das inscrições que é previamente determinada ou feita por meio de sinalizações, como 'levantar

a mão' ou pelo recurso 'bate-papo'. Suspeita-se que isso iniba certo grau de espontaneidade, bem como de interação entre os participantes. A qualidade do sinal de internet também acaba impactando na interação, mediante interrupções momentâneas, 'congelamentos', que podem atrapalhar a recepção ou o envio da fala, por exemplo. Quando isso ocorre com certa frequência, pode levar à irritação em decorrência da frustração em não conseguir se comunicar. Essas, entre outras, características desse modelo de comunicação devem ser consideradas ao pensar no formato on-line da CAP, posto que interferem na forma com que as falas são mobilizadas no contexto virtual e, conseqüentemente, o modo em que se dá o diálogo entre os diferentes polos dos saberes²³.

A construção da CAP on-line também suscita questionamentos sobre o risco de reprodução de uma lógica social excludente, uma vez que, no Brasil, uma em cada quatro pessoas não faz uso da internet²⁴ e nem todas que a utilizam possuem as mesmas habilidades digitais. Dessa forma, a exclusão a partir do uso das tecnologias para a comunicação não está relacionada somente com o acesso à internet, mas também engloba questões referentes à distribuição desigual de recursos virtuais e os diferentes modos de apropriação das habilidades tecnológicas²⁵.

Diante do exposto até aqui, a dúvida acerca da viabilidade do uso do dispositivo da CAP por meio de videoconferência está posta. Seria possível estabelecer uma relação entre os(as) participantes de modo que se sentissem à vontade para interagir e estabelecer uma dialogicidade, mesmo diante de todas as limitações desse modo virtual? Seria possível colocar o trabalho real em debate? Por outro lado, considera-se que o próprio conceito de "comunidade científica alargada" de Ivar Oddone²⁶⁽⁹⁹⁾, que inaugurou essa tradição e serviu de inspiração para tantos pesquisadores, ao longo do tempo, foi sofrendo mudanças na sua concepção e aplicação, de acordo com o momento histórico e as disciplinas que lhe utilizaram. Ocorre que mais uma vez essa

ferramenta precisa passar por ajustes, agora referentes ao meio on-line. Vale lembrar que o conceito de CAP foi formulado, no Brasil, por Jussara Brito e Milton Athayde a partir de experiências no âmbito do Programa de Formação em Saúde, Gênero e Trabalho em Escolas, a partir dos anos 2000⁷. Ainda assim, embora tenha se desenvolvido inspirado no conceito de comunidade científica alargada⁶, incorporou também a perspectiva dos estudos de gênero⁷, da ergologia^{19,21,23} e da educação popular¹².

Ao longo desse processo, observou-se neste trabalho comum avanços nas reflexões sobre o fazer técnico dos(as) docentes no ensino remoto, o quanto eles mobilizaram o uso de si para confrontar os desafios, as implicações sobre sua saúde e as estratégias de enfrentamento individuais e coletivas acionadas. Obteve-se retorno do sindicato, visto que, já nessa fase inicial, os(as) professores(as) revelaram satisfação em poder ter um espaço para discutir o seu trabalho e a relação com a saúde, sinalizando interesse em prosseguir nesse processo, pois perceberam que repercutiu positivamente na sua saúde. O espaço da CAP foi essencial para (re)tratar coletivamente aspectos referentes à adequação do ensino remoto. Colocar os pontos em debate permite repensá-los e ressignificá-los. Conforme Mailliot e Durrive²⁷, verifica-se que essa ferramenta gera ao mesmo tempo efeitos sobre a produção de conhecimento e sobre a gestão das situações de trabalho, provocando efeitos recíprocos entre o campo científico e o campo da gestão do trabalho.

Já a relação com os(as) sindicalistas também caminhou no sentido de incluir outros sindicatos e federações ao escopo da pesquisa. Em paralelo, eles(as) têm demonstrado interesse em seguir aprofundando as suas reflexões no espaço acadêmico, inclusive para repensar as ações sindicais, o que demonstra o quanto o dialogismo foi capaz de convocar certa motricidade de fluxos de diálogos internos e externos sobre a atividade de trabalho²⁸ estimulando os debates, as análises e as ações.

Conclusões

A pesquisa possibilitou refletir que os desafios postos para a CAP on-line é bem similar aos encontrados pelos(as) professores(as) na adequação da sua prática docente presencial para remota: a mudança da interação social que antes era física e agora segue mediada pelas telas de celulares e computadores; a necessidade de saber manejar as demandas profissionais e domésticas; o olhar mais atento para os agravamentos decorrentes de jornadas de trabalho excessivas. Por outro lado, pesquisadores(as) e pesquisados(as) se deparam com novos aprendizados e reinventam-se para dar conta das novas exigências do trabalho, como enfrentamento do momento pandêmico.

Nesse sentido, há que se considerar vantagens e desvantagens dessa modalidade de pesquisa, em diálogo com a literatura e com os registros de diários de campo virtual. Com relação às desvantagens, observaram-se aspectos importantes no que diz respeito às dificuldades de uso das tecnologias, com destaque para a falta de habilidade dos participantes em usar a internet e as plataformas digitais, bem como a pouca experiência dos(as) moderadores(as), com coordenação de grupos on-line, de modo a contornar a falta de interação face a face. Importa considerar, ainda, a questão do acesso à internet, limitado para a maioria, e as adversidades das próprias redes. Ademais, corre-se o risco da superficialidade dos dados pela velocidade das discussões. Assim, deve-se estimular o diálogo em contexto de fala livre, pois, no ambiente on-line, também existem formas de coerção e restrições. Por certo, no ambiente virtual, pode-se recriar microrrelações de poder e subordinação. Na modalidade de pesquisa on-line, há invasão de privacidade dos(as) trabalhadores(as), tanto pesquisadores(as) quanto docentes participantes do estudo, expondo suas casas e ambientes familiares. Além disso, há a necessidade de adaptação dos postos de trabalho, em casa, com mobiliários e instrumentos que deveriam ser adequados, do

ponto de vista ergonômico e da saúde (mesas, cadeiras, protetores de telas, fones especiais, entre outros), tanto para alunos(as) quanto para professores(as), algo que não foi proporcionado pelas escolas.

O principal aspecto positivo consiste, precisamente, na superação das barreiras geográficas, rapidez na coleta de dados e maior abrangência, uma vez que é possível encontrar pessoas de diferentes locais de forma simultânea, sem a necessidade de deslocamento espacial. O ambiente virtual permitiu a participação, na CAP on-line, de professores(as) que residiam em outros municípios do estado do Rio de Janeiro. Também foi possível criar um espaço de encontro e de diálogo que propiciou a reflexão sobre o trabalho docente em tempos de pandemia. Em geral, reuniões realizadas de forma síncrona podem ficar registradas e guardadas, permitindo o retorno à gravação multimídia em qualquer momento de modo a analisar duração, ritmo das intervenções, interações e dinâmica empreendidas.

Conclui-se pela potencialidade de compartilhamento de experiências de trabalho por meio da CAP on-line, contudo, o aperfeiçoamento nos modos de interação virtuais, o melhor domínio do aparato tecnológico e o acesso a equipamentos de qualidade são elementos a serem observados para aperfeiçoamento dessa abordagem coletiva de investigação. Outrossim, apesar das limitações relacionadas com a comunicação do meio digital, a CAP foi constituída, e as circulações entre os diferentes saberes ocorreram. Tanto a equipe de pesquisa adquiriu mais elementos que permitiram avançar nos (re) questionamentos, nos procedimentos, nos métodos e possibilidades dessa experiência de trabalho²¹, quanto os(as) professores(as) participantes reconheceram os saberes do trabalho dos quais são portadores. Todos(as) valorizaram a troca de experiência do cotidiano laboral que o distanciamento social imposto pela pandemia não foi capaz de construir.

Colaboradores

Santos GB (0000-0003-1179-9404)*, Rodrigues AMS (0000-0001-8254-341X)* e Félix EG (0000-0002-3548-1356)* contribuíram para aquisição, análise e interpretação de dados para o trabalho, revisão e aprovação final da versão a ser publicada. Souza KR (0000-0002-2084-2606)* contribuiu para concepção, levantamento e análise dos dados, participação na elaboração do texto e aprovação da versão

final a ser publicada. Gomes L (0000-0003-2038-0859)* contribuiu para concepção, delineamento do estudo, aquisição, análise e interpretação de dados para o trabalho, revisão e aprovação final da versão a ser publicada. Araujo LM (0000-0003-1573-3402)* contribuiu para concepção e delineamento do estudo. Costa JL (0000-0002-2233-5704)* contribuiu para análise e interpretação dos dados para o trabalho, revisão e aprovação final da versão a ser publicada. ■

Referências

1. Souza KR, Rodrigues AMS, Santos MBM, et al. Oficinas em saúde do trabalhador: ação educativa e produção dialógica de conhecimento sobre trabalho docente em universidade pública. *Rev. Bras. Saude Ocup.* 2020; 45(e4):1-9.
2. Arendt H. A condição humana. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2016.
3. Araújo TM, Lua I. O trabalho mudou-se para casa: trabalho remoto no contexto da pandemia de Covid-19. *Rev. Bras. Saude Ocup.* 2021; 46(e27):1-11.
4. Noveli M. Do off-line para o on-line: a netnografia como um método de pesquisa ou o que pode acontecer quando tentamos levar a etnografia para a internet? *Rev. Org. Cont.* 2010; 6(12):107-133.
5. Mendes CM. A pesquisa on-line: potencialidades da pesquisa qualitativa no ambiente virtual. *Hipertextus.* 2009; (2):1-9.
6. Oddone I, Marri G, Gloria S, et al. Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde. In: Souza KR, Masson L, Bonfatti RJ, et al., organizadores. *Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde.* 2. ed. ampl. rev. São Paulo: Hucitec; 2020. 298 p.
7. Brito J, Athayde M. Trabalho, educação e saúde: o ponto de vista enigmático da atividade. *Trab. Educ. Saúde,* 2003; 1(2):239-266.
8. Santos TS. Do artesanato intelectual ao contexto virtual: ferramentas metodológicas para a pesquisa social. *Sociologias.* 2009; 11(21):120-156.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

9. Deslandes S, Coutinho T. Pesquisa social em ambientes digitais em tempos de COVID-19: notas teórico-metodológicas. *Cad. Saúde Pública*, 2020; 36(11):1-11.
10. Laurell AC, Noriega M. Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec; 1989.
11. Souza KR, Santos GB, Rodrigues AMS, et al. Trabalho remoto, saúde docente e greve virtual em cenário de pandemia. *Trab. Educ. Saúde*. 2021; (19):1-14.
12. Freire P. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2014.
13. Brandão CR. A pergunta a várias mãos: a experiência da pesquisa no trabalho do educador. São Paulo: Cortez; 2003.
14. Silva AA, Souza KR. Educação, pesquisa participante e saúde: as ideias de Carlos Rodrigues Brandão. *Trab. Educ. Saúde*. 2014; 12(3):519-539.
15. Hine C. *Virtual Ethnography*. London: Sage; 2000.
16. Amaral A, Natal G, Viana L. Netnografia como aporte metodológico da pesquisa em comunicação digital. *Rev. sessões imag. Cin. Cibercult. Tec. Imag*. 2008; (35):34-40.
17. Mercado LP. Pesquisa qualitativa on-line: utilizando a etnografia virtual. *Rev. Teias*, 2012; 13(30):169-183.
18. Valle L, Bohadana E. Sobre interatividade: do neologismo à construção do conceito. In: Valle L, organizadora. *Filosofia da Educação a distância: conceitos e concepções*. Curitiba: Appris Editora; 2017.
19. Schwartz Y, Durrive L. Vocabulário de Ergologia. In: Schwartz Y, Durrive L. *Trabalho e ergologia II: diálogos sobre a atividade humana*. Belo Horizonte: Fabrefactum; 2015. p. 375-386.
20. Cabral Junior PAF. Estratégias de produção audiovisual e seus reflexos sobre a participação do professor universitário na produção de vídeos educacionais. [tese]. [Porto Alegre]: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2016.
21. Schwartz Y. A comunidade científica ampliada e o regime de produção de saberes. *Trab. Educ.* 2000; (7):38-46.
22. Bailenson JN. Nonverbal Overload: a theoretical argument for the causes of zoom fatigue. *Technology, Mind and Behavior*. 2021; 2(1).
23. Schwartz Y, Durrive L. Esquema geral do dispositivo a três polos. In: Schwartz Y, Durrive L. *Trabalho e ergologia II: diálogos sobre a atividade humana*. Belo Horizonte: Fabrefactum; 2015. p. 375-389.
24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Acesso à internet e à televisão e posse de telefone móvel celular para uso pessoal 2018. Rio de Janeiro: IBGE; 2020. [acesso em 2021 jun 12]. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101705_informativo.pdf.
25. Senne F, Portilho L, Storino F, et al. A inclusão desigual: uma análise da trajetória das desigualdades de acesso, uso e apropriação da internet no Brasil. *Rev. Direito Est. Telecom*. 2020; 12(2):187-211.
26. Oddone I. La communauté scientifique élargie. *Revue Societé Française*. 1984; (10):28-33.
27. Mailliot S, Durrive L. Dialógo 3: a ergologia e a produção de saberes sobre os ofícios. In: Schwartz Y, Durrive L. *Trabalho e ergologia II: diálogos sobre a atividade humana*. Belo Horizonte: Fabrefactum; 2015. p. 151-240.
28. Souto AP, Lima KMM, Osório C. Reflexões sobre a metodologia da clínica da atividade: diálogo e criação no meio de trabalho. *Laboreal*. 2015; 11(1):11-22.

Recebido em 16/08/2021

Aprovado em 12/11/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: o presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (Capes) - Código de Financiamento 001

Saúde em Debate

Instruções aos autores

ATUALIZADAS EM AGOSTO DE 2021

ESCOPO E POLÍTICA EDITORIAL

A revista 'Saúde em Debate', criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) que tem como objetivo divulgar estudos, pesquisas e reflexões que contribuam para o debate no campo da saúde coletiva, em especial os que tratem de temas relacionados com a política, o planejamento, a gestão e a avaliação em saúde. Valorizam-se estudos feitos a partir de diferentes abordagens teórico-metodológicas e com a contribuição de distintos ramos das ciências.

A periodicidade da revista é trimestral, e, a critério dos editores, são publicados números especiais que seguem o mesmo processo de submissão e avaliação dos números regulares.

A 'Saúde em Debate' aceita trabalhos originais e inéditos que aportem contribuições relevantes para o conhecimento científico acumulado na área.

A revista conta com um Conselho Editorial que contribui para a definição de sua política editorial. Seus membros integram o Comitê Editorial e/ou o banco de pareceristas em suas áreas específicas.

Os trabalhos submetidos à revista são de total e exclusiva responsabilidade dos autores e não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente.

Em caso de aprovação e publicação do trabalho no periódico, os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade da revista, que adota a Licença Creative Commons CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) e a política de acesso aberto, portanto, os textos estão disponíveis para que qualquer pessoa leia, baixe, copie, imprima, compartilhe, reutilize e distribua, com a devida citação da fonte e autoria. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

A 'Saúde em Debate' aceita artigos em *preprints* de bases de dados nacionais e internacionais reconhecidas academicamente como o SciELO *preprints* (<https://preprints.scielo.org>). Não é obrigatória a submissão do artigo em *preprint* e isso não impede a submissão concomitante à revista 'Saúde em Debate'.

A revista adota as 'Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas' - International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), 'Princípios de

Transparência e Boas Práticas em Publicações Acadêmicas' recomendadas pelo Committee on Publication Ethics (Cope): www.publicationethics.org. Essas recomendações, relativas à integridade e padrões éticos na condução e no relatório de pesquisas, estão disponíveis na URL http://www.icmje.org/urm_main.html. A versão para o português foi publicada na Rev Port Clin Geral 1997, 14:159-174. A 'Saúde em Debate' segue o 'Guia de Boas Práticas para o Fortalecimento da Ética na Publicação Científica' do SciELO: <https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Guia-de-Boas-Praticas-para-o-Fortalecimento-da-Etica-na-Publicacao-Cientifica.pdf>. Recomenda-se a leitura pelos autores.

Artigo aprovado para editoração, em qualquer modalidade, fica sob a responsabilidade dos autores a revisão de línguas (obrigatória) e a tradução para a língua inglesa (opcional), com base em uma lista de revisores e tradutores indicados pela revista.

Além disso, a redução do financiamento público para a manutenção da revista nos obrigou a rever a gratuidade para publicação. Assim, a partir de 15 de agosto de 2021, será cobrada taxa de publicação no valor de R\$ 500,00 para os artigos aprovados em qualquer seção da revista. Após a aprovação dos artigos os autores receberão e-mail orientando os procedimentos para o pagamento da referida taxa. **Esta regra passa a vigorar para submissões feitas a partir de 15 de agosto de 2021.**

NOTA: A produção editorial do Cebes é resultado de apoios institucionais e individuais. A sua colaboração para que a revista 'Saúde em Debate' continue sendo um espaço democrático de divulgação de conhecimentos críticos no campo da saúde se dará por meio da associação dos autores ao Cebes. Para se associar, entre no site <http://www.cebes.org.br>.

ORIENTAÇÕES PARA A PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DOS TRABALHOS

Os trabalhos devem ser submetidos pelo site: www.saudeemdebate.org.br. Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão criará seu *login* e senha, para o acompanhamento do trâmite.

Modalidades de textos aceitos para publicação

1. Artigo original: resultado de investigação empírica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter no máximo 6.000 palavras.

2. Ensaio: análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e/ou internacional. O texto deve conter no máximo 7.000 palavras.

3. Revisão sistemática ou integrativa: revisões críticas da literatura sobre tema atual da saúde. A revisão sistemática sintetiza rigorosamente pesquisas relacionadas com uma questão. A integrativa fornece informações mais amplas sobre o assunto. O texto deve conter no máximo 8.000 palavras.

4. Artigo de opinião: exclusivo para autores convidados pelo Comitê Editorial, com tamanho máximo de 7.000 palavras. Neste formato, não são exigidos resumo e *abstract*.

5. Relato de experiência: descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com até 5.000 palavras que apótem contribuições significativas para a área.

6. Resenha: resenhas de livros de interesse para a área da saúde coletiva, a critério do Comitê Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, com tamanho de até 1.200 palavras. A capa em alta resolução deve ser enviada pelo sistema da revista.

7. Documento e depoimento: trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Comitê Editorial.

Importante: em todos os casos, o número máximo de palavras inclui o corpo do artigo e as referências. Não inclui título, resumo, palavras-chave, tabelas, quadros, figuras e gráficos.

Preparação e submissão do texto

O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês. Deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx, para ser anexado no campo correspondente do formulário de submissão. Não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições a que se vinculem.

Digitar em folha padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.

O texto deve conter:

Título: que expresse clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo, no máximo, 15 palavras. O título deve ser escrito em negrito, apenas com iniciais maiúsculas para nomes próprios. O texto em português e espanhol deve ter título na língua original e em inglês. O texto em inglês deve ter título em inglês e português.

Resumo: em português e inglês ou em espanhol e inglês com, no máximo 200 palavras, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho. Deve ser não estruturado, sem empregar tópicos (introdução, métodos,

resultados etc.), citações ou siglas, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.

Palavras-chave: ao final do resumo, incluir de três a cinco palavras-chave, separadas por ponto (apenas a primeira inicial maiúscula), utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: www.decs.bvs.br.

Registro de ensaios clínicos: a 'Saúde em Debate' apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos. Nesse sentido, as pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: <http://www.icmje.org>. Nestes casos, o número de identificação deverá constar ao final do resumo.

Ética em pesquisas envolvendo seres humanos: a publicação de artigos com resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki, de 1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008, da Associação Médica Mundial; além de atender às legislações específicas do país no qual a pesquisa foi realizada, quando houver. Os artigos com pesquisas que envolveram seres humanos deverão deixar claro, no último parágrafo, na seção de 'Material e métodos', o cumprimento dos princípios éticos e encaminhar declaração de responsabilidade no ato de submissão.

Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, este deve contemplar elementos convencionais, como:

Introdução: com definição clara do problema investigado, justificativa e objetivos;

Material e métodos: descritos de forma objetiva e clara, permitindo a reprodutibilidade da pesquisa. Caso ela envolva seres humanos, deve ficar registrado o número do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Resultados e discussão: podem ser apresentados juntos ou em itens separados;

Conclusões ou considerações finais: que depende do tipo de pesquisa realizada;

Referências: devem constar somente autores citados no texto e seguir os Requisitos Uniformes de Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas, do ICMJE, utilizados para a preparação de referências (conhecidos como 'Estilo de Vancouver'). Para maiores esclarecimentos, recomendamos consultar o Manual de Normalização de Referências (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>) elaborado pela editoria do Cebes.

OBSERVAÇÕES

A revista não utiliza sublinhados e negritos como grifo. Utilizar aspas simples para chamar a atenção de expressões ou títulos de obras. Exemplos: 'porta de entrada'; 'Saúde em Debate'. Palavras em outros idiomas devem ser escritas em itálico, com exceção de nomes próprios.

Evitar o uso de iniciais maiúsculas no texto, com exceção das absolutamente necessárias.

Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico e entre aspas duplas no corpo do texto (se menores que três linhas). Se forem maiores que três linhas, devem ser escritos em itálico, sem aspas, destacados do texto, com recuo de 4 cm, espaço simples e fonte 11.

Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrescritas e sequenciais.

Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes que compõem o texto.

Figuras, gráficos, quadros e tabelas devem estar em alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza e submetidos em arquivos separados do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo (devem ser numerados e conter título e fonte). No texto, apenas identificar o local onde devem ser inseridos. O número de figuras, gráficos, quadros ou tabelas deverá ser, no máximo, de cinco por texto. O arquivo deve ser editável (não retirado de outros arquivos) e, quando se tratar de imagens (fotografias, desenhos etc.), deve estar em alta resolução com no mínimo 300 DPI.

Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

Informações sobre os autores

A revista aceita, no máximo, sete autores por artigo. As informações devem ser incluídas apenas no formulário de submissão, contendo: nome completo, nome abreviado para citações bibliográficas, instituições de vínculo com até três hierarquias, código Orcid (Open Researcher and Contributor ID) e *e-mail*.

Financiamento

Os trabalhos científicos, quando financiados, devem identificar a fonte de financiamento. A revista 'Saúde em Debate' atende à Portaria nº 206 de 2018 do Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre citação obrigatória da Capes para obras produzidas ou publicadas, em qualquer meio, decorrentes de atividades financiadas total ou parcialmente pela Capes.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Todo original recebido pela revista 'Saúde em Debate' é submetido à análise prévia. Os trabalhos não conformes às normas de publicação da revista são devolvidos aos autores para adequação e nova submissão.

Uma vez cumpridas integralmente as normas da revista, os originais são apreciados pelo Comitê Editorial, composto pelo editor-chefe e por editores associados, que avalia a originalidade, abrangência, atualidade e atendimento à política editorial da revista. Os trabalhos recomendados pelo Comitê serão avaliados por, no mínimo, dois pareceristas, indicados de acordo com o tema do trabalho e sua *expertise*, que poderão aprovar, recusar e/ou fazer recomendações de alterações aos autores.

A avaliação é feita pelo método duplo-cego, isto é, os nomes dos autores e dos pareceristas são omitidos durante todo o processo de avaliação. Caso haja divergência de pareceres, o trabalho será encaminhado a um terceiro parecerista. Da mesma forma, o Comitê Editorial pode, a seu critério, emitir um terceiro parecer. Cabe aos pareceristas recomendar a aceitação, recusa ou reformulação dos trabalhos. No caso de solicitação de reformulação, os autores devem devolver o trabalho revisado dentro do prazo estipulado. Não havendo manifestação dos autores no prazo definido, o trabalho será excluído do sistema.

O Comitê Editorial possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como sobre as alterações efetuadas.

Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final do trabalho. Eventuais sugestões de modificações de estrutura ou de conteúdo por parte da editoria da revista serão previamente acordadas com os autores por meio de comunicação por *e-mail*.

A versão diagramada (prova de prelo) será enviada, por *e-mail*, ao autor responsável pela correspondência para revisão final, que deverá devolver no prazo estipulado.

OS DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEVEM SER DIGITALIZADOS E ENVIADOS PELO SISTEMA DA REVISTA NO MOMENTO DO CADASTRO DO ARTIGO.

1. Declaração de responsabilidade e cessão de direitos autorais

Todos os autores e coautores devem preencher e assinar a declaração conforme modelo disponível em: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaracao.doc>.

2. Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

No caso de pesquisas que envolvam seres humanos, realizadas no Brasil, nos termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro

de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, enviar documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. No caso de instituições que não disponham de um CEP, deverá ser apresentado o documento do CEP pelo qual ela foi aprovada. Pesquisas realizadas em outros países, anexar declaração indicando o cumprimento integral dos princípios éticos e das legislações específicas.

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA A SER ENVIADA APÓS A APROVAÇÃO DO ARTIGO

1. Declaração de revisão ortográfica e gramatical

Os artigos aprovados deverão passar por revisão ortográfica e gramatical feita por profissional qualificado, com base em uma lista de revisores indicados pela revista. O artigo revisado deve vir acompanhado de declaração do revisor.

2. Declaração de tradução

Os artigos aprovados poderão ser traduzidos para o inglês a critério dos autores. Neste caso, a tradução será feita por profissional qualificado, com base em uma lista de tradutores indicados pela revista. O artigo traduzido deve vir acompanhado de declaração do tradutor.

Endereço para correspondência

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 – Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ),
Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

UPDATED IN AUGUST 2021

SCOPE AND EDITORIAL POLICY

The journal 'Saúde em Debate' (Health in Debate), created in 1976, is published by Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) (Brazilian Center for Health Studies), that aims to disseminate studies, researches and reflections that contribute to the debate in the collective health field, especially those related to issues regarding policy, planning, management, work and assessment in health. The editors encourage contributions from different theoretical and methodological perspectives and from various scientific disciplines are valued.

The journal is published on a quarterly basis; the Editors may decide on publishing special issues, which will follow the same submission and assessment process as the regular issues.

'Saúde em Debate' accepts unpublished and original works that bring relevant contribution to scientific knowledge in the health field.

The journal has an Editorial Board that contributes to the definition of its editorial policy. Its members are part of the Editorial Committee and/or the database of referees in their specific areas.

Authors are entirely and exclusively responsible for the submitted manuscripts, which must not be simultaneously submitted to another journal, be it integrally or partially. It is Cebes' policy to own the copyright of all articles published in the journal.

In case of approval and publication of the work in the journal, the copyrights referred to it will become property of the journal, which adopts the Creative Commons License CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) and the open access policy, so the texts are available for anyone to read, download, copy, print, share, reuse and distribute, with due citation of the source and authorship. In such cases, no permission is required from authors or publishers.

'Saúde em Debate' accepts preprints from national and international databases that are academically recognized, such as SciELO Preprint (<https://preprints.scielo.org>). The submission of preprints is not mandatory and doing it does not prevent the concomitant submission to the 'Saúde em Debate' journal.

The Journal adopts the 'Rules for the presentation of papers submitted for publication in medical journals' - International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), 'Principles of Transparency and Good Practice in Academic Publications' recommended by the Committee on Publication Ethics (Cope): www.publicationethics.org. These recommendations, regarding the integrity and ethical standards in the research's development and the reporting, are available in the URL http://www.icmje.org/urm_main.html. The portuguese version was published in Rev Port Clin Geral 1997, 14:159-174. 'Saúde em Debate' follows the SciELO's 'Guide to Good Practices for the Strengthening of Ethics in Scientific Publishing': <https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Guia-de-Boas-Praticas-para-o-Fortalecimento-da-Etica-na-Publicacao-Cientifica.pdf>. Authors are advised to read.

For any kind of work approved for publishing, it is the authors' responsibility to do the grammar check (required) and the english translation (optional), based on a list of proofreaders and translators indicated by the journal.

Furthermore, the reduction in public funding for the maintenance of the journal has forced us to review the gratuity of the publication. Thus, as of August 15, 2021, a publication fee in the amount of R\$500,00 will be charged for articles approved in any section of the journal. After the articles's approval, the authors will receive an email advising on the procedures for payment of this fee. **This rule takes effect for submissions made after August 15, 2021.**

Before being sent for peer review, articles submitted to the journal 'Saúde em Debate' undergo plagiarism-detecting softwares Plagiarisma and Copyspider. Thus, it is possible that the authors are questioned about information identified by the tool to guarantee the originality of the manuscripts, referencing all the sources of research used. Plagiarism is an unacceptable editorial behavior, so if its existence is proven, the authors involved will not be able to submit new articles to the journal.

NOTE: Cebes editorial production is a result of collective work and of institutional and individual support. Authors' contribution for the continuity of 'Saúde em Debate' journal as a democratic space for the dissemination of critical knowledge in the health field shall be made by means of association to Cebes. In order to become an associate, please access <http://www.cebes.org.br>.

GUIDELINES FOR THE PREPARATION AND SUBMISSION OF ARTICLES

Articles should be submitted on the website: www.saudeemdebate.org.br. After registering, the author responsible for the submission will create his login name and a password.

When submitting the article, all information required must be supplied with identical content as in the uploaded file.

Types of texts accepted for submission

1. Original article: result of scientific research that may be generalized or replicated. The text should comprise a maximum of 6,000 words.

2. Essay: critical analysis on a specific theme relevant and of interest to Brazilian and/or international topical health policies. The text should comprise a maximum of 7,000 words.

3. Systematic or integrative review: critical review of literature on topical theme in health. Systematic review rigorously synthesises research related to an issue. Integrative review provides more comprehensive information on the subject. The text should comprise a maximum of 8,000 words.

4. Opinion article: exclusively for authors invited by the Editorial Board. No abstract or summary are required. The text should comprise a maximum of 7,000 words.

5. Case study: description of academic, assistential or extension experiences that bring significant contributions to the area. The text should comprise a maximum of 5,000 words.

6. Critical review: review of books on subjects of interest to the field of public health, by decision of the Editorial Board. Texts should present an overview of the work, its theoretical framework and target audience. The text should comprise a maximum of 1,200 words. A high resolution cover should be sent through the journal's system.

7. Document and testimony: works referring to themes of historical or topical interest, by decision of the Editorial Board.

Important: in all cases, the maximum number of words includes the body of the article and references. It does not include title, abstract, keywords, tables, charts, figures and graphs.

Text preparation and submission

The text may be written in Portuguese, Spanish or English. It should be typed in Microsoft® Word or compatible software, in doc or docx format, to be attached in the corresponding field of the submission form. It must not contain any information that makes it possible to identify the authors or institutions to which they are linked.

Type in standard size page A4 (210X297mm); all four margins 2.5cm wide; font Times New Roman in 12pt size; line spacing 1.5.

The text must comprise:

Title: expressing clearly and briefly the contents of the text, in no more than 15 words. The title should be in bold font, using capital letters only for proper nouns. Texts written in Portuguese and Spanish should have the title in the original idiom and in English. The text in English should have the title in English and in Portuguese.

Abstract: in Portuguese and English or in Spanish and English, comprising no more than 200 words, clearly outlining the aims, the method used and the main conclusions of the work. It should not be structured, without topics (introduction, methods, results etc.); citations or abbreviations should not be used, except for internationally recognized abbreviations.

Keywords: at the end of the abstract, three to five keywords should be included, separated by period (only the first letter in capital), using terms from the structured vocabulary (DeCS) available at www.decs.bvs.br.

Clinical trial registration: 'Saúde em Debate' journal supports the policies for clinical trial registration of the World Health Organization (WHO) and the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), thus recognizing its importance to the registry and international dissemination of information on clinical trial. Thus, clinical researches should contain the identification number on one of the Clinical Trials registries validated by WHO and ICMJE, whose addresses are available at <http://www.icmje.org>. Whenever a trial registration number is available, authors should list it at the end of the abstract.

Ethics in research involving human beings: the publication of articles with results of research involving human beings is conditional on compliance with the ethical principles contained in the Declaração de Helsinki, of 1964, reformulated in 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 and 2008, of the World Medical Association; besides complying with the specific legislations of the country in which the research was carried out, when existent. Articles with research involving human beings should make it clear, in the last paragraph of the 'Material and methods' section, the compliance with ethical principles and send a declaration of responsibility in the act of submission.

The journal respects the authors' style and creativity regarding the text composition; nevertheless, the text must contemplate conventional elements, such as:

Introduction: with clear definition of the investigated problem and its rationale;

Material and methods: objectively described in a clear and

objective way, allowing the reproductibility of the research. In case it involves human beings, the approval number of the Research Ethics Committee (CEP) must be registered;

Results and discussion: may be presented together or separately;

Conclusions or final considerations: depending on the type of research carried out;

References: only cited authors should be included in the text and follow the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals, of the ICMJE, used for the preparation of references (known as 'Vancouver Style'). For further clarification, we recommend consulting the Reference Normalization Manual (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>) prepared by the Cebes editorial.

NOTES:

The journal does not use underlines and bold as an emphasis. Use single quotes to draw attention to expressions or titles of works. Examples: 'gateway'; 'Saúde em Debate'. Words in other languages should be written in italics, except for proper names.

Avoid using capital letters in the text, except for absolutely necessary ones.

Testimonials of subjects should be presented in italics and in double quotation marks in the body of the text (if less than three lines). If they have more than three lines, they should be written in italics, without quotes, highlighted in the text, with a 4 cm backspace, simple space and font 11.

Footnotes should not be used in the text. If absolutely necessary, footnotes should be indicated with sequential superscript numbers.

Repetition of data or information in the different parts of the text should be avoided.

Figures, graphs, charts and tables should be supplied in high resolution, in black-and-white or in gray scale, and on separate sheets, one on each sheet, following the order in which they appear in the work (they should be numbered and comprise title and source). Their position should be clearly indicated on the page where they are inserted. The quantity of figures, graphs, charts and tables should not exceed five per text. The file should be editable (not taken from other files) and, in the case of images (photographs, drawings, etc.), it must be in high resolution with at least 300 DPI.

In case there are photographs, subjects must not be identified, unless they authorize it, in writing, for the purpose of scientific dissemination.

Information about authors

The journal accepts a maximum of seven authors per article. Information should be included only in the submission form, containing: full name, abbreviated name for bibliographic citations, linked institutions with up to three hierarchies, Orcid ID (Open Researcher and Contributor ID) code and e-mail.

Funding

The scientific papers, when funded, must identify the source of the funds. The "Saúde em Debate" Journal meets the Ordinance nº 206 of 2018 from the Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre Citação obrigatória da Capes, for any work made or published, in any medium, resulting from activities totally or partially funded by Capes.

ASSESSMENT PROCESS

Every manuscript received by 'Saúde em Debate' is submitted to prior analysis. Works that are not in accordance to the journal publishing norms shall be returned to the authors for adequacy and new submission. Once the journal's standards have been entirely met, manuscripts will be appraised by the Editorial Board, composed of the editor-in-chief and associate editors, for originality, scope, topicality, and compliance with the journal's editorial policy. Articles recommended by the Board shall be forwarded for assessment to at least two reviewers, who will be indicated according to the theme of the work and to their expertise, and who will provide their approval, refusal, and/or make recommendations to the authors.

'Saúde em Debate' uses the double-blind review method, which means that the names of both the authors and the reviewers are concealed from one another during the entire assessment process. In case there is divergence between the reviewers, the article will be sent to a third reviewer. Likewise, the Editorial Board may also produce a third review. The reviewers' responsibility is to recommend the acceptance, the refusal, or the reformulation of the works. In case there is a reformulation request, the authors shall return the revised work until the stipulated date. In case this does not happen, the work shall be excluded from the system.

The Editorial Board has full authority to decide on the final acceptance of the work, as well as on the changes made.

No additions or changes will be accepted after the final approval of the work. In case the journal's Editorial Board has any suggestions

regarding changes on the structure or contents of the work, these shall be previously agreed upon with the authors by means of e-mail communication.

The typeset article proof will be sent by e-mail to the corresponding author; it must be carefully checked and returned until the stipulated date.

MANDATORY DOCUMENTATION TO BE DIGITALIZED AND SENT THROUGH THE JOURNAL'S SYSTEM AT THE MOMENT OF THE ARTICLE REGISTER

1. Declaration of responsibility and assignment of copyright

All the authors and co-authors must fill in and sign statement following the models available at: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaration.docx>.

2. Approval statement by the Research Ethics Committee (CEP)

In the case of researches involving human beings, carried out in Brazil, in compliance with Resolution 466, of 12th December 2012, from the National Health Council (CNS), the research approval statement of the Research Ethics Committee from the institution where the work has been carried out must be forwarded. In case the institution does not have a CEP, the document issued by the CEP where the research has been approved must be forwarded. Researches carried out in other countries: attach declaration

indicating full compliance with the ethical principles and specific legislations.

MANDATORY DOCUMENTATION TO BE SENT AFTER APPROVAL OF THE ARTICLE

1. Statement of spelling and grammar proofreading

Upon acceptance, articles must be proofread by a qualified professional to be chosen from a list provided by the journal. After proofreading, the article shall be returned together with a statement from the proofreader.

2. Statement of translation

The articles accepted may be translated into English on the authors' responsibility. In this case, the translation shall be carried out by a qualified professional to be chosen from a list provided by the journal. The translated article shall be returned together with a statement from the translator.

Correspondence address

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 - Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate

Instrucciones para los autores

ACTUALIZADAS EN AGOSTO DE 2021

ALCANCE Y POLÍTICA EDITORIAL

La revista 'Saúde em Debate' (Salud en Debate), creada en 1976, es una publicación del Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). Su objetivo es divulgar estudios, investigaciones y reflexiones que contribuyan para el debate en el campo de la salud colectiva, en especial aquellos que tratan de temas relacionados con la política, la planificación, la gestión y la evaluación de la salud. La revista le otorga importancia a trabajos con abordajes teórico-metodológicos diferentes que representen contribuciones de las variadas ramas de las ciencias.

La periodicidad de la revista es trimestral. Y de acuerdo al criterio de los editores son publicados números especiales que siguen el mismo proceso de sujeción y evaluación de los números regulares.

'Saúde em Debate' acepta trabajos originales e inéditos que aporten contribuciones relevantes para el conocimiento científico acumulado en el área.

La revista cuenta con una Junta Editorial que contribuye para la definición de su política editorial. Sus miembros son integrantes del Comité Editorial y/o del banco de árbitros en sus áreas específicas.

Los trabajos enviados a la revista son de total y exclusiva responsabilidad de los autores y no pueden ser presentados simultáneamente a otra, ni parcial ni integralmente.

En el caso de la aprobación y publicación del artículo en la revista, los derechos de autor referidos al mismo se tornarán propiedad de la revista que adopta la Licencia Creative Commons CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) y la política de acceso abierto, por lo tanto, los textos están disponibles para que cualquier persona los lea, baje, copie, imprima, comparta, reutilice y distribuya, con la debida citación de la fuente y la autoría. En estos casos, ningún permiso es necesario por parte de los autores o de los editores.

La 'Saúde em Debate' acepta artículos en *preprint* de bases de datos nacionales e internacionales reconocidos académicamente como el SciELO *Preprints* (<https://preprints.scielo.org>). No es obligatoria la proposición del artículo en *preprint* y esto no impide el envío simultáneo a la revista Saúde em Debate.

La revista adopta las 'Reglas para la presentación de artículos propuestos para publicación en periódicos médicos' - International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), 'Principios de transparencia y buenas prácticas en las publicaciones académicas' recomendadas pelo Committee on Publication Ethics (Cope): www.publicationethics.org. Esas recomendaciones, con respecto a la integridad y los estándares éticos al realizar y reportar investigaciones, están disponibles en la URL http://www.icmje.org/urm_main.html. La versión en portugués fué publicada en Rev Port Clin Geral 1997, 14: 159-174. La 'Saúde em Debate' sigue el 'Guía de Buenas Prácticas para el Fortalecimiento de la Ética en la Publicación Científica' de SciELO: <https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Guia-de-Boas-Praticas-para-o-Strengthening-of-Ethics-in-Publication-Scientific.pdf>. Se recomienda a los autores la lectura.

Para los artículos aprobados para edición, en cualquier modalidad, queda bajo responsabilidad de los autores la revisión de idiomas (obligatoria) y la traducción para lengua inglesa (opcional), según una lista de revisores y traductores indicados por la revista.

Además, la reducción del financiamiento público para el mantenimiento de la revista nos obligó a revisar la gratuidad para publicación. Así, a partir del 15 de agosto de 2021, se cobrará una tarifa de publicación de R\$ 500,00 para artículos aprobados en cualquier sección de la revista. Tras la aprobación de los artículos, sus autores recibirán un correo electrónico orientando los procedimientos para el pago de dicha tarifa. **Esta regla pasa a ser vigente para las sumisiones hechas a partir del 15 de agosto de 2021.**

Antes de que sean enviados para la evaluación por los pares, los artículos sometidos a la revista 'Saúde em Debate' pasan por *softwares* detectores de plagio. Así es posible que los autores sean cuestionados sobre informaciones identificadas por la herramienta para garantizar la originalidad de los manuscritos y las referencias a todas las fuentes de investigación utilizadas. El plagio es un comportamiento editorial inaceptable y, de esa forma, en caso de que sea comprobada su existencia, los autores involucrados no podrán someter nuevos artículos para la revista.

NOTA: La producción editorial de Cebes es el resultado de apoyos institucionales e individuales. La colaboración para que la revista 'Saúde em Debate' continúe siendo un espacio democrático de divulgación de conocimientos críticos en el campo de la salud se dará por medio de la asociación de los autores al Cebes. Para asociarse entre al *site* <http://www.cebes.org.br>.

ORIENTACIONES PARA LA PREPARACIÓN Y LA SUJECCIÓN DE LOS TRABAJOS

Los trabajos deben ser presentados en el *site*: www.saudeemdebate.org.br. Después de su registro, el autor responsable por el envío creará su logín y clave para el acompañamiento del trámite.

Modalidades de textos aceptados para publicación

1. Artículo original: resultado de una investigación científica que pueda ser generalizada o replicada. El texto debe contener un máximo 6.000 palabras.

2. Ensayo: un análisis crítico sobre un tema específico de relevancia e interés para la coyuntura de las políticas de salud brasileña e internacional. El trabajo debe contener un máximo de 7.000 palabras.

3. Revisión sistemática o integradora: revisiones críticas de la literatura de un tema actual de la salud. La revisión sistemática sintetiza rigurosamente investigaciones relacionadas con una cuestión. La integrativa proporciona una información más amplia sobre el tema. El texto debe contener un máximo de 8.000 palabras.

4. Artículo de opinión: exclusivamente para autores invitados por el Comité Editorial, con un tamaño máximo de 7.000 palabras. En este formato no se exigirá resumen y abstract.

5. Relato de experiencia: descripciones de experiencias académicas, asistenciales o de extensión con hasta 5.000 palabras y que aporten contribuciones significativas para el área.

6. Reseña: reseñas de libros de interés para el área de la salud colectiva de acuerdo al criterio del Comité Editorial. Los textos deberán presentar una visión general del contenido de la obra, de sus presupuestos teóricos y del público al que se dirigen, con un tamaño de hasta 1.200 palabras. La portada en alta resolución debe ser enviada por el sistema de la revista.

7. Documento y declaración: a criterio del Comité Editorial, trabajos referentes a temas de interés histórico o coyuntural.

Importante: en todos los casos, el número máximo de palabras incluye el cuerpo del artículo y las referencias. No incluye título, resumen, palabras-clave, tablas, cuadros, figuras y gráficos.

Preparación y sujeción del texto

El texto puede ser escrito en portugués, español o inglés. Debe ser digitalizado en el programa Microsoft®Word o compatible y grabado en formato doc o docx, para ser anexado en el campo correspondiente del formulario de envío. No debe contener ninguna información que permita identificar a los autores o las instituciones a las que se vinculan.

Y digitalizado en hoja patrón A4 (210x297mm), margen de 2,5 en cada uno de los cuatro lados, letra Times New Roman tamaño 12, espacio entre líneas de 1,5.

El trabajo debe contener:

Título: que exprese clara y sucintamente el contenido del texto en un máximo de 15 palabras. El título se debe escribir en negritas, sólo con iniciales mayúsculas para nombres propios. El texto en español y portugués debe tener el título en el idioma original y en Inglés. El texto en Inglés debe tener el título en Inglés y portugués.

Resumen: en portugués y en Inglés o Español y en Inglés con no más de 200 palabras, en el que queden claros los objetivos, el método utilizado y las principales conclusiones. Debe ser no estructurado, sin emplear tópicos (introducción, métodos, resultados, etc.), citas o siglas, a excepción de abreviaturas reconocidas internacionalmente.

Palabras-clave: al final del resumen, debe incluirse de tres a cinco palabras-clave, separadas por punto (sólo la primera inicial mayúscula), utilizando los términos presentados en el vocabulario estructurado (DeCS), disponibles en: www.decs.bvs.br.

Registro de ensayos clínicos: la revista 'Saúde em Debate' apoya las políticas para el registro de ensayos clínicos de la Organización Mundial de Salud (OMS) y del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconociendo su importancia para el registro y la divulgación internacional de informaciones de los mismos. En este sentido, las investigaciones clínicas deben contener el número de identificación en uno de los registros de Ensayos Clínicos validados por la OMS y ICMJE y cuyas direcciones están disponibles en: <http://www.icmje.org>. En estos casos, el número de la identificación deberá constar al final del resumen.

Ética en investigaciones que involucren seres humanos: la publicación de artículos con resultados de investigaciones que involucren a seres humanos está condicionada al cumplimiento de los principios éticos contenidos en la Declaração de Helsinki, de 1964, reformulada en 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 y 2008 de la Asociación Médica Mundial, además de atender a las legislaciones específicas del país en el cual la investigación fue realizada, cuando las haya. Los artículos con investigaciones que involucren a seres humanos deberán dejar claro en la sección de material y métodos el cumplimiento de los principios éticos y encaminar una declaración de responsabilidad en el proceso de sometimiento.

La revista respeta el estilo y la creatividad de los autores para la composición del texto; sin embargo, el texto debe observar elementos convencionales como:

Introducción: con una definición clara del problema investigado, su justificación y objetivos;

Material y métodos: descritos en forma objetiva y clara, permitiendo la replicación de la investigación. En caso de que ella involucre seres humanos, se registrará el número de opiniones aprobatorias del Comité de Ética en Pesquisa (CEP);

Resultados y discusión: pueden ser presentados juntos o en ítems separados;

Conclusiones o consideraciones finales: que depende del tipo de investigación realizada;

Referencias: Deben constar sólo los autores citados en el texto y seguir los Requisitos Uniformes de Manuscritos Sometidos a Revistas Biomédicas del ICMJE, utilizados para la preparación de referencias (conocidos como 'Estilo de Vancouver'). Para mayores aclaraciones, recomendamos consultar el Manual de Normalización de Referencias (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>).

OBSERVACIONES

La revista no utiliza subrayados ni negritas para resaltar partes del texto. Utiliza comillas simples para llamar la atención de expresiones o títulos de obras. Ejemplos: 'puerta de entrada'; 'Salud en Debate'. Las palabras en otros idiomas se deben escribir en cursivas, con la excepción de nombres propios.

Se debe evitar el uso de iniciales mayúsculas en el texto, con la excepción de las absolutamente necesarias.

Los testimonios de sujetos deberán ser presentados igualmente en cursivas y entre comillas dobles en el cuerpo del texto (si son menores de tres líneas). Si son mayores de tres líneas, deben escribirse en de la misma manera, sin comillas, desplazadas del texto, con retroceso de 4 cm, espacio simple y fuente 11.

No se debe utilizar notas al pie de página en el texto. Las marcas de notas a pie de página, cuando sean absolutamente indispensables, deberán ser numeradas y secuenciales.

Se debe evitar repeticiones de datos o informaciones en las diferentes partes que componen el texto.

Las figuras, gráficos, cuadros y tablas deben estar en alta resolución, en blanco y negro o escala de grises, y sometidos en archivos separados del texto, uno a uno, siguiendo el orden en que aparecen en el estudio (deben ser numerados y contener título y fuente). En el texto sólo tiene que identificarse el lugar donde se deben insertar. El número de figuras, gráficos, cuadros o tablas debe ser de un máximo de cinco por texto. El archivo debe ser editable (no extraído de otros archivos) y, cuando se trate de imágenes (fotografías, dibujos, etc.), tiene que estar en alta resolución con un mínimo de 300 DPI.

En el caso del uso de fotografías, los sujetos involucrados en estas no pueden ser identificados, a menos que lo autoricen, por escrito, para fines de divulgación científica.

Información sobre los autores

La revista acepta, como máximo, siete autores por artículo. La información debe incluirse sólo en el formulario de sometimiento conteniendo: nombre completo, nombre abreviado para citas bibliográficas, instituciones a las que están vinculados con hasta tres jerarquías, código Orcid ID (Open Researcher and Contributor ID) y correo electrónico.

Financiación

Los artículos científicos, cuando reciben financiación, deben identificar la fuente de financiamiento. La revista 'Saúde em Debate' cumple con la Ordenanza Nº 206 de 2018 del Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre Citação obrigatória da Capes, para obras producidas o publicadas, en cualquier medio, que resulten de actividades financiadas total o parcialmente por la Capes.

PROCESO DE EVALUACIÓN

Todo original recibido por la revista 'Saúde em Debate' es sometido a un análisis previo. Los trabajos que no estén de acuerdo con las normas de publicación de la revista serán devueltos a los autores para su adecuación y una nueva evaluación.

Una vez cumplidas integralmente las normas de la revista, los originales serán valorados por el Comité Editorial, compuesto por el editor jefe y por editores asociados, quienes evaluarán la originalidad, el alcance, la actualidad y la relación con la política editorial de la revista. Los trabajos recomendados por el comité serán evaluados, por lo menos, por dos árbitros indicados de acuerdo con el tema del trabajo y su experticia, quienes podrán aprobar, rechazar y/o hacer recomendaciones a los autores.

La evaluación es hecha por el método del doble ciego, esto es, los nombres de los autores y de los evaluadores son omitidos durante todo el proceso de evaluación. En caso de que se presenten divergencias de opiniones, el trabajo será encaminado a un tercer evaluador. De la misma manera, el Comité Editorial puede, a su criterio, emitir un tercer juicio. Cabe a los evaluadores, como se indicó, recomendar la aceptación, rechazo o la devolución de los trabajos con indicaciones para su corrección. En caso de una solicitud de corrección, los autores deben devolver el trabajo revisado en el plazo estipulado. Si los autores no se manifiestan en tal plazo, el trabajo será excluido del sistema.

El Comité Editorial tiene plena autoridad para decidir la aceptación final del trabajo, así como sobre las alteraciones efectuadas.

No se admitirán aumentos o modificaciones después de la aprobación final del trabajo. Eventuales sugerencias de modificaciones de la estructura o del contenido por parte de los editores de la revista serán previamente acordadas con los autores por medio de la comunicación por *e-mail*.

La versión diagramada (prueba de prensa) será enviada igualmente por correo electrónico al autor responsable por la correspondencia de la revisión final y deberá devolverla en el plazo estipulado.

LOS DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEBEN SER DIGITALIZADOS Y ENVIADOS POR EL SISTEMA DE LA REVISTA EN EL MOMENTO DEL REGISTRO DEL ARTÍCULO

1. Declaración de responsabilidad y cesión de derechos de autor

Todos los autores y coautores deben llenar y firmar la declaración según el modelo disponible en: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaracion.docx>.

2. Dictamen de Aprobación del Comité de Ética en Investigación (CEP)

En el caso de investigaciones que involucren a seres humanos realizadas en Brasil, en los términos de la Resolución 466 del 12 de diciembre de 2012 del Consejo Nacional de Salud, debe enviarse el documento de aprobación de la investigación por el Comité

de Ética en Investigación de la institución donde el trabajo fue realizado. En el caso de instituciones que no dispongan de un CEP, deberá presentarse el documento del CEP por el cual fue aprobada. Las investigaciones realizadas en otros países, deben anexar la declaración indicando el cumplimiento integral de los principios éticos y de las legislaciones específicas.

DOCUMENTOS OBLIGATORIOS QUE DEBEN SER ENVIADOS DESPUÉS DE LA APROBACIÓN DEL ARTÍCULO

1. Declaración de revisión ortográfica y gramatical

Los artículos aprobados deberán ser revisados ortográfica y gramaticalmente por un profesional cualificado, según una lista de revisores indicados por la revista. El artículo revisado debe estar acompañado de la declaración del revisor.

2. Declaración de traducción

Los artículos aprobados podrán ser, a criterio de los autores, traducidos al inglés. En este caso, la traducción debe ser hecha igualmente por un profesional cualificado, siempre de acuerdo a una lista de traductores indicados por la revista. El artículo traducido debe estar acompañado de la declaración del traductor.

Dirección para correspondencia

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 – Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br



DEMOCRACIA

SAÚDE

ASSOCIE-SE

<http://cebes.org.br/associados>

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2022)

NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEAR 2022)

Presidente: Lucia Regina Florentino Souto
Diretor Administrativo: Carlos Fidelis da Ponte
Diretora de Política Editorial: Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
Diretores Executivos: Ana Maria Costa
Heleno Rodrigues Corrêa Filho
Maria Lucia Freitas Santos

CONSELHO FISCAL | FISCAL COUNCIL

Ana Tereza da Silva Pereira Camargo
Claudia Travassos
Victória S. L. Araújo do Espírito Santo
Suplentes | *Substitutes*
Iris da Conceição
Jamilli Silva Santos
Matheus Ribeiro Bizuti

CONSELHO CONSULTIVO | ADVISORY COUNCIL

Claudimar Amaro de Andrade Rodrigues
Cornelis Johannes van Stralen
Cristiane Lopes Simão Lemos
Itamar Lages
José Carvalho de Noronha
José Ruben de Alcântara Bonfim
Livia Millena B. Deus e Mello
Lizaldo Andrade Maia
Maria Edna Bezerra Silva
Maria Eneida de Almeida
Maria Lucia Frizon Rizzotto
Matheus Falcão
Rafael Damasceno de Barros
Sergio Rossi Ribeiro

SECRETÁRIO EXECUTIVO | EXECUTIVE SECRETARY

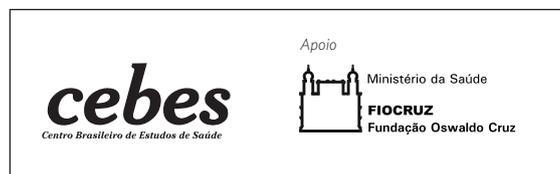
Carlos dos Santos Silva

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Avenida Brasil, 4036 - sala 802 - Manguinhos
21040-361 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil
Tel.: (21) 3882-9140 | 3882-9141 Fax.: (21) 2260-3782

Site: www.cebes.org.br • www.saudeemdebate.org.br
E-mail: cebes@cebes.org.br • revista@saudeemdebate.org.br

A revista Saúde em Debate é
associada à Associação Brasileira
de Editores Científicos



Saúde em Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes - n.1 (1976) - São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes, 2022.

v. 46. n. 132; 27,5 cm

ISSN 0103-1104

1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes

CDD 362.1

cebes
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

www.cebes.org.br

www.saudeemdebate.org.br