



saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 46, NÚMERO 133
RIO DE JANEIRO, ABR-JUN 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> – marialuciarizzotto@gmail.com)

EDITORES ASSOCIADOS | ASSOCIATE EDITORS

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

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

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

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

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

CONSELHO EDITORIAL | PUBLISHING COUNCIL

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

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

Angel Martinez Hernaez – Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, 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> – ligiagiovanella@gmail.com)

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

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

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

Mario Esteban Hernández Álvarez – Universidad Nacional de Colombia, 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)

Annabella Blyth (inglês/english)

Carina Munhoz (normalização/normalization)

Carla de Paula (português/portuguese)

Cristina Antunes e Ana Carvalho (inglês/english)

Jean Pierre Barakat (inglês/english)

Lenise Saraiva de Vasconcelos Costa (português/portuguese)

Martim Cordeiro Pereira Cardoso (inglês/english)

Paula Santos Diniz (inglês/english)

Traduz Rivera • Soluções em comunicação (espanhol/spanish)

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 Brasil e SciELO Saúde Pública)

Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina,

el Caribe, España y Portugal (Latindex)

Sumários de Revistas Brasileiras (Sumários)

saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE

VOLUME 46, NÚMERO 133

RIO DE JANEIRO, ABR-JUN 2022

ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

ISSN 0103-1104

EDITORIAL | EDITORIAL

- 257 **Defender a democracia, o direito à saúde, a vida e o SUS: pauta da Conferência Nacional Livre, Democrática e Popular**
Defending democracy, the right to health, life and the SUS: agenda of the Free, Democratic, and Popular Conference
Maria Lucia Frizon Rizzotto, Ana Maria Costa, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato

ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

- 263 **Análise do financiamento federal do Sistema Único de Saúde para o enfrentamento da Covid-19**
Analysis of the federal funding of the Unified Health System to fight the COVID-19
Francisco Funcia, Luís Paulo Bresciani, Rodrigo Benevides, Carlos Octávio Ocké-Reis
- 277 **Gestão de recursos humanos do SUS na pandemia: fragilidades nas iniciativas do Ministério da Saúde**
Management of human resources in the SUS during the pandemic: weaknesses in the Ministry of Health's initiatives
Luciana Tolêdo Lopes, Fernando Passos Cupertino de Barros
- 290 **Condições socioeconômicas e impactos da pandemia da Covid-19 na região da Sub-Bacia do Canal do Cunha, Rio de Janeiro**
Socioeconomic conditions and impacts of the COVID-19 pandemic in the Canal do Cunha Sub-Basin region, Rio de Janeiro municipality
Adriana Sotero Martins, Marilda Agudo Mendonça Teixeira de Siqueira, Geane Lopes Flores, Wagner Nazário Coelho, Elvira Carvajal, Maria de Lourdes Aguiar-Oliveira

- 304 **Vida sem escola e saúde mental dos estudantes de escolas públicas na pandemia de Covid-19**
Schoolless life and mental health of public-school students in the COVID-19 pandemic
Daniel Arias Vazquez, Sheila C. Caetano, Rogerio Schlegel, Elaine Lourenço, Ana Nemi, Andréa Slemian, Zila M. Sanchez
- 318 **Usos conceptuales del género y la vulnerabilidad en políticas públicas de atención al Virus del Papiloma Humano (VPH) y al Cáncer Cervicouterino (CaCu) en México**
Conceptual uses of gender and vulnerability in public policies for the Human Papillomavirus (HPV) and Cervical Cancer in Mexico
César Torres Cruz
- 331 **Barreiras para o encaminhamento para o cuidado paliativo exclusivo: a percepção do oncologista**
Barriers for referring to exclusive palliative care: the oncologist's perception
Renata de Freitas, Livia Costa de Oliveira, Gélcio Luiz Quintella Mendes, Fernando Lopes Tavares Lima, Gabriela Villaça Chaves
- 346 **Incremento decenal de estabelecimentos assistenciais no Brasil e vinculações com o Sistema Único de Saúde**
Ten-year increase of healthcare facilities in Brazil and links to the Unified Health System
Rafael Cerva Melo, Alcides Silva de Miranda

-
- 358 O farmacêutico na Atenção Primária à Saúde no Brasil: análise comparativa 2014-2017**
The pharmacist in the Brazilian Primary Health Care: comparative analysis between 2014 and 2017
Rafaela Tavares Peixoto, Mônica Rodrigues Campos, Vera Lucia Luiza, Luiz Villarinho Mendes
- 376 Desigualdades macrorregionais na atenção primária ao Diabetes Mellitus: comparação dos três ciclos do PMAQ-AB**
Diabetes Mellitus macro-regional inequalities in PHC: comparing the three PMAQ-AB cycles
Clarissa Galvão da Silva Lopes, Thiago Augusto Hernandez Rocha, Érika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz, Aline Sampieri Tonello, Núbia Cristina da Silva Rocha, Karlinne Maria Martins Duarte, Rejane Christine de Sousa Queiroz
- 392 Vulneração social e problemas ético-políticos transversais à saúde bucal na Atenção Primária à Saúde**
Social vulnerability and ethical-political problems across oral health in Primary Health Care
Doris Gomes, Leandro Ribeiro Molina, Mirelle Finkler
- 405 Disponibilidade de estrutura e das atividades profissionais da Atenção Primária à Saúde correspondentes à Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade no estado do Piauí**
Availability of structure and professional activities in Primary Health Care corresponding to the Overweight and Obesity Care Line in the state of Piauí
Norma Sueli Marques da Costa Alberto, Denise Cavalcante de Barros, Santuzza Arreguy Silva Vitorino, Osmar de Oliveira Cardoso
- 421 Conexão SUS: um canal do YouTube como instrumento de formação educacional e fortalecimento do Sistema Único de Saúde**
Conexão SUS: a YouTube channel for health education and as tool for the strengthening of the Brazilian Unified National Health System (SUS)
Maria Gerusa Brito Aragão, Mariana Ramalho de Farias
- 432 Uso do WhatsApp para suporte das ações de educação na saúde**
Use of WhatsApp to support health education actions
Fátima Meirelles, Vânia Maria Fernandes Teixeira, Tania França
- 447 A pandemia do capital no saneamento**
The pandemic of capital in the water supply sector
Ana Cristina Augusto de Sousa
- 459 Tin speciation in the blood plasma of workers occupationally exposed in a cassiterite ore processing industry**
Especiação de estanho no plasma sanguíneo de trabalhadores expostos ocupacionalmente em uma indústria de processamento de minério de cassiterita
Débora Resende de Souza Lima, Filipe Soares Quirino da Silva, Renato Marçullo Borges, Rejane Correa Marques, Maria de Fátima Ramos Moreira

ENSAIO | ESSAY

- 473 **O campo científico da saúde coletiva**
The scientific field of collective health
Rita Barradas Barata
- 487 **Neoextrativismo, garimpo e vulnerabilização dos povos indígenas como expressão de um colonialismo persistente no Brasil**
Neo-extractivism, mining, and vulnerability of indigenous peoples as an expression of persistent colonialism in Brazil
Marcelo Firpo de Souza Porto, Diogo Rocha
- 501 **Assistência Farmacêutica e governança global da saúde em tempos de Covid-19**
Pharmaceutical Services and global health governance in times of COVID-19
Alane Andreino Ribeiro, Luciani Martins Ricardi, Marcela Amaral Pontes, Silvana Nair Leite
- 518 **Ageísmo, sindemia covídica e Bioética de Intervenção: uma concretude interdisciplinar**
Ageism, covidical syndemic and Intervention Bioethics: an interdisciplinary concreteness
Ricardo Henrique Vieira de Melo, Karla Patrícia Cardoso Amorim

REVISÃO | REVIEW

- 534 **Reforma Sanitária Brasileira: uma revisão sobre os sujeitos políticos e as estratégias de ação**
Brazilian Health Sector Reform: a review of political actors and action strategies
João Henrique Araujo Virgens, Carmen Fontes Teixeira
- 551 **Continuidade do cuidado a partir do hospital: interdisciplinaridade e dispositivos para integralidade na rede de atenção à saúde**
Continuity of care from the hospital: interdisciplinarity and devices for integrality in health care networks
Stephanie Marques Moura Franco Belga, Alzira de Oliveira Jorge, Kênia Lara Silva
- 571 **Melhores práticas de gestão no cuidado ao HIV: scoping review**
Best management practices in HIV care: scoping review
Ianka Cristina Celuppi, Fernanda Karla Metelski, Samara Eliane Rabelo Suplici, Veridiana Tavares Costa, Betina Hörner Schlindwein Meirelles

RESENHA | CRITICAL REVIEW

- 585 **Amarante P. Loucura e transformação social: autobiografia da reforma psiquiátrica no Brasil**
João Henrique de Sousa Santos, Izabel Christina Friche Passos

Defender a democracia, o direito à saúde, a vida e o SUS: pauta da Conferência Nacional Livre, Democrática e Popular

Maria Lucia Frizon Rizzotto¹, Ana Maria Costa¹, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato¹

DOI: 10.1590/0103-1104202213300

A FRENTE PELA VIDA (FPV) FOI CRIADA EM MAIO DE 2020, pelas organizações, entidades e movimentos sociais envolvidos com a luta pelo direito à saúde mediante o descaso do governo federal no enfrentamento da pandemia da Covid-19. Atuando inicialmente sobre a crise sanitária, a FpV tem uma forte articulação política além de apresentar ao Brasil propostas técnicas e propositivas para o enfrentamento da pandemia, tanto nas estratégias sanitárias como econômicas e sociais. A constatação da fragilidade e do desmonte proporcionado pelo governo federal ao Sistema Único de Saúde (SUS) e as perspectivas políticas do País, incluindo as eleições que ocorrerão no presente ano, têm ampliado os compromissos da Frente com a inclusão da saúde no projeto de desenvolvimento brasileiro que estará sob debate nos próximos meses.

Nessa perspectiva, a FpV decidiu realizar uma ampla mobilização nacional para debater e construir propostas para o setor da saúde. Em 7 de abril, no âmbito das comemorações do Dia Mundial da Saúde, foi lançada a Conferência Nacional Livre, Democrática e Popular de Saúde. Essa conferência livre em curso no País já vem mobilizando diversos movimentos sociais em eventos preparatórios, e sua etapa final será realizada em 5 de agosto de 2022 (dia Nacional da Saúde).

Além de interferir no debate eleitoral, a Conferência Livre faz parte das preparações para a XVII Conferência Nacional de Saúde, que ocorrerá em 2023, constituindo, assim, o início de uma grande mobilização com vistas a retomar a construção do direito universal à saúde com a consolidação plena do SUS 100% público, integral e universal. Um de seus objetivos centrais, portanto, envolve incluir a saúde no centro das discussões do programa democrático popular, em construção no País, que irá se contrapor ao projeto em curso de desmonte do Estado, dos direitos sociais e do meio ambiente, com ataque sistemático à democracia brasileira^{1,2}.

A defesa da democracia, do direito universal à saúde, da vida e do SUS são diretrizes que orientam a FpV refletindo os princípios e diretrizes das entidades que a compõem; entre elas, o nosso Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). A convocatória da Conferência Nacional Livre, Democrática e Popular de Saúde aponta nessa mesma direção, da qual se espera uma forte acumulação de poder popular capaz de sensibilizar a sociedade nacional para a importância da saúde, avançando o projeto político do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira cujo papel central é inegável na conquista da saúde como direito de todos e responsabilidade do Estado na Constituição Federal de 1988 (CF/88).

Revisitando o capítulo da CF/88 sobre a saúde, a Frente reforça e orienta que a Conferência Livre e Popular está orientada por diretrizes fundamentadas na compreensão ampliada de saúde, produto da acumulação social e traduzida no bem viver coletivo com justiça e igualdade.

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



Sendo resultado de complexo processo de determinação social, econômico e ambiental, a saúde só pode ser garantida se estiver articulada a um projeto de desenvolvimento democrático, que preserve o ambiente, assegure direitos e coloque a economia a serviço da vida^{1,2}.

O processo de democratização do Brasil vem exibindo suas fragilidades, particularmente nos últimos anos de fortes ameaças à democracia. Mais que nunca, é necessário reafirmar que a luta por saúde é vinculada à luta por democracia. Lutar pela democracia, pelo direito universal à saúde, pela vida e por um SUS 100% público, universal, de qualidade com integralidade é retomar a luta que vem sendo travada desde as décadas de 1970 e 1980, que levou à redemocratização do País depois de 20 anos de ditadura militar. É honrar a luta que desembocou na Assembleia Nacional Constituinte e incidiu na CF/88, ampliando direitos aos trabalhadores, incluindo a seguridade social, criando o nosso sistema de saúde e garantindo a participação social na condução das políticas públicas.

São momentos distintos que dialogam em sentido inverso: lá, a luta era para sair de uma ditadura dos tempos de chumbo, agora, a luta é para impedi-la; lá, a tarefa foi a de construir as bases ampliadas da seguridade social para o direito universal à saúde e do SUS, agora, a luta se volta contra o desmonte dos direitos sociais e do SUS; lá, o modelo econômico do agronegócio e da exploração sem limites da natureza era um projeto inicial, agora, é o modelo hegemônico de produção agrícola, responsável pelo desequilíbrio da flora e da fauna e pelo ressurgimento de doenças; lá, a participação e o controle social ganharam protagonismo, agora, estão criminalizados por um governo de inspiração autoritária e fascista, que quer se perpetuar no poder.

Esse contexto exige uma grande articulação do campo democrático, visando a um novo pacto social e à construção de um projeto nacional, que tenha como horizonte: a redução das enormes desigualdades sociais; um novo modelo de desenvolvimento que seja sustentável, soberano, que preserve a natureza e seja voltado para as necessidades da população e para as gerações futuras, e não para interesses privados que espoliam nossas riquezas. Um projeto de reconstrução do Estado para a garantia de direitos, como o direito à saúde, à moradia, à educação, à previdência social e à vida digna e segura, sem violência e sem discriminações. Essa é a expectativa sobre a Conferência Popular Livre!

Que sejam fortalecidos os compromissos políticos e a consciência nacional quanto ao imprescindível direito universal à saúde traduzido no conjunto de políticas sociais, econômicas e ambientais. Que sejam fortalecidos o compromisso e a defesa da consolidação do SUS universal, 100% público, financiado com recursos suficientes e adequados, provenientes da seguridade social; que sejam apontados os mecanismos que garantam, em todo o território nacional, acesso igualitário da população às redes de saúde e às ações e serviços de saúde; garantias de mudanças essenciais na gestão do trabalho e na construção de uma nova aliança entre trabalhadores e usuários do SUS. Esses são temas centrais a serem debatidos pela Conferência Nacional Livre, Democrática e Popular de Saúde, da qual se esperam novos caminhos para avançar na consolidação de um Brasil Justo e Democrático.

Colaboradoras

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

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Frente pela Vida. Home Page. [acesso em 2020 abr 22]. Disponível em: <https://frentepelavida.org.br/>.
2. Conferência Nacional Livre, Democrática e Popular de Saúde. 7 de abril de 2022. Canal Cebes [YouTube]. [Vídeo] 2h e 1min. [acesso em 2022 abr 25]. Disponível em: <https://cebes.org.br/frente-pela-vida-lanca-a-mobilizacao-da-conferencia-livre-democratica-e-popular-de-saude/28642/>.

Defending democracy, the right to health, life and the SUS: agenda of the Free, Democratic, and Popular Conference

Maria Lucia Frizon Rizzotto¹, Ana Maria Costa¹, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato¹

DOI: 10.1590/0103-11042022133001

THE FRONT FOR LIFE (FPV) WAS CREATED IN MAY 2020, by organizations, entities and social movements involved in the fight for the right to health given the neglect of the federal government in the face of the COVID-19 pandemic. Acting initially on the health crisis, the FpV has a strong political articulation in addition to presenting to Brazil technical and propositional suggestions to face the pandemic in health, economic and social strategies. The realization of the fragility and dismantling provided by the federal government to the Unified Health System (SUS) and the country's political perspectives, including the elections that will take place this year, have expanded the Front's commitments to the inclusion of health in the Brazilian development project that will be up for debate in the coming months.

In this perspective, the FpV decided to carry out a broad national mobilization to debate and build proposals for the health sector. On April 7, as part of the celebrations of World Health Day, the Free, Democratic, and Popular National Health Conference was launched. This free conference underway in the country has already been mobilizing several social movements in preparatory events, and its final stage will be held on August 5, 2022 (National Health Day).

In addition to interfering in the electoral debate, the Free Conference is part of the preparations for the 17th National Health Conference, which will take place in 2023, thus constituting the beginning of a great mobilization with a view to resuming the construction of the universal right to health with the full consolidation of the 100% public, comprehensive, and universal SUS. One of its main goals, therefore, involves including health at the center of discussions of the popular democratic program, under construction in the country, which will oppose the ongoing project of dismantling the State, social rights, and the environment with a systematic attack to Brazilian democracy^{1,2}.

The defense of democracy, of the universal right to health, of life, and of the SUS are guidelines that drive the FpV, reflecting the principles and guidance of the entities that comprise it; among them, our Brazilian Center for Health Studies (CEBES). The call for the Free, Democratic, and Popular National Health Conference points to the same direction, from which a strong accumulation of popular power is expected, one that is capable of sensitizing national society to the importance of health, advancing the political project of the Brazilian Health Reform Movement whose central role is undeniable in the conquest of health as a right for all and a responsibility of the State in the Federal Constitution of 1988 (CF/88).

Revisiting the chapter of the CF/88 on health, the Front reinforces and guides that the Free and Popular Conference is oriented by guidelines based on the expanded understanding of

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



health, a product of social accumulation and translated into collective good living with justice and equality. As a result of a complex process of social, economic, and environmental determination, health can only be guaranteed if it is articulated with a democratic development project that preserves the environment, ensures rights, and places the economy at the service of life^{1,2}.

The process of democratization in Brazil has been showing its weaknesses, particularly in recent years of strong threats to democracy. More than ever, it is necessary to reaffirm that the struggle for health is linked to the struggle for democracy. Fighting for democracy, for the universal right to health, for life, and for a SUS that is 100% public, universal, comprehensive, and of quality is to resume the fight that has been waged since the 1970s and 1980s, which led to the redemocratization of the country after 20 years of military dictatorship. It is honoring the struggle that led to the National Constituent Assembly and affected the CF/88, expanding workers' rights, including social security, creating our health system, and guaranteeing social participation in the conduct of public policies.

They are different moments that dialogue in the opposite direction: then, the fight was to get out of a 'leaden years' dictatorship, now, the fight is to prevent it; then, the task was to build the expanded bases of social security for the universal right to health and the SUS, now the fight turns against the dismantling of social rights and the SUS; then, the economic model of agribusiness and the unlimited exploitation of nature was an initial project, now it is the hegemonic model of agricultural production, responsible for the imbalance of the flora and fauna and for the resurgence of diseases; then, participation and social control gained prominence, now they are criminalized by an authoritarian and fascist-inspired government that wants to perpetuate itself in power.

Such context requires a great articulation of the democratic field, aiming at a new social pact and the construction of a national project, which has as its horizon: the reduction of the enormous social inequalities; a new model of development that is sustainable, sovereign, that preserves nature, and is geared towards the needs of the population and future generations, and not towards private interests that plunder our wealth. A project for the reconstruction of the State to guarantee rights, such as the right to health, housing, education, social security, and a dignified and safe life, without violence and without discrimination. That is the expectation regarding the Free Popular Conference!

That political commitments and national awareness be strengthened regarding the essential universal right to health translated into a set of social, economic, and environmental policies. That the commitment and defense of the consolidation of the universal SUS, 100% public, financed with sufficient and adequate resources from social security be strengthened; that mechanisms be identified that guarantee, throughout the national territory, equal access of the population to health networks and health actions and services; guarantees of essential changes in the management of work and in the construction of a new alliance between workers and users of the SUS. These are central themes to be debated by the Free, Democratic, and Popular, National Health Conference on Health, from which new paths are expected to advance in the consolidation of a fair and democratic Brazil.

Collaborators

The editors of Health in Debate Rizzotto MLF (0000-0003-3152-1362)*, Costa AM (0000-0002-1931-3969)*, and Lobato LVC (0000-0002-2646-9523)* have equally contributed to the elaboration of the manuscript.■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

References

1. Frente pela Vida. Home Page. [acesso em 2020 abr 22]. Disponível em: <https://frentepelavida.org.br/>.
2. Conferência Nacional Livre, Democrática e Popular de Saúde. 7 de abril de 2022. Canal Cebes [YouTube]. [Vídeo] 2h e 1min. [acesso em 2022 abr 25]. Disponível em: <https://cebes.org.br/frente-pela-vida-lanca-a-mobilizacao-da-conferencia-livre-democratica-e-popular-de-saude/28642/>.

Análise do financiamento federal do Sistema Único de Saúde para o enfrentamento da Covid-19

Analysis of the federal funding of the Unified Health System to fight the COVID-19

Francisco Funcia¹, Luís Paulo Bresciani^{1,2}, Rodrigo Benevides³, Carlos Octávio Ocké-Reis³

DOI: 10.1590/0103-1104202213301

RESUMO O objetivo deste artigo é o de analisar o financiamento federal do Sistema Único de Saúde (SUS) para o enfrentamento da pandemia da Covid-19 em 2020 e durante o primeiro quadrimestre de 2021 – períodos caracterizados como da primeira e da segunda ondas. Realizou-se pesquisa documental com levantamento de dados disponíveis em sítios eletrônicos oficiais. A pandemia se instalou no Brasil em fevereiro de 2020, no contexto do subfinanciamento crônico do SUS, que se aprofundou com o estrangulamento de dotações verificado a partir da Emenda Constitucional 95/2016, que definiu o teto das despesas primárias e o congelamento do piso federal do SUS até 2036, no mesmo valor do piso de 2017. Essa medida constitucional viabilizou o aprofundamento da política de austeridade fiscal pela via da redução das despesas primárias e da dívida pública em relação ao Produto Interno Bruto. Tais objetivos condicionaram também o financiamento federal para o combate à pandemia da Covid-19 em 2020 e 2021, cuja execução orçamentária e financeira pode ser caracterizada como reativa e retardatária. Essa forma de execução comprometeu o atendimento das necessidades de saúde da população, além de prejudicar a gestão do SUS nas esferas de governo subnacionais.

PALAVRAS-CHAVE Sistema Único de Saúde. Financiamento da saúde. Covid-19. Economia da saúde. Gasto público com saúde.

ABSTRACT *The purpose of this article is to analyze the federal funding of the Unified Health System (SUS) to fight the COVID-19 pandemic in 2020 and during the first four months of 2021 – periods characterized as the first and second waves. Documentary research was carried out, with data available on official websites. The pandemic took hold in Brazil in February 2020, in the context of the chronic underfunding of SUS, which deepened with the strangulation of appropriations verified from the Constitutional Amendment 95/2016, which defined the ceiling on primary expenditure and the freezing of the federal floor of SUS until 2036, at the same value as the 2017 floor. This constitutional measure made it possible to deepen the fiscal austerity policy by reducing primary expenditure and public debt in relation to the Gross Domestic Product. These goals also conditioned federal funding to combat the COVID-19 pandemic in 2020 and 2021, whose budget and financial execution can be characterized as reactive and delayed. This form of execution compromised meeting the health needs of the population, in addition to harming the management of SUS in subnational government spheres.*

KEYWORDS *Unified Health System. Health financing. COVID-19. Health economics. Public expenditures on health.*

¹Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS), Programa de Pós-Graduação em Administração (PPGA) - São Caetano (SP), Brasil. francisco.r.funcia@gmail.com

²Fundação Getúlio Vargas (FGV). Escola de Administração de Empresas de São Paulo (EAESP) - São Paulo (SP), Brasil.

³Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) - Brasília (DF), Brasil.



Introdução

Este artigo tem como objetivo analisar o processo de financiamento federal do enfrentamento da pandemia da Covid-19 até o primeiro quadrimestre de 2021. Segundo Arretche¹, é possível que, durante a implantação de políticas públicas, ocorrências como a instabilidade política e econômica ou restrições orçamentária e financeira, dentre outras, inviabilizem a consecução dos objetivos planejados ou resultem numa revisão de prioridades. Com isso, é possível deduzir que uma das condicionalidades para a gestão das políticas públicas nas áreas sociais no Brasil está relacionada ao financiamento, que se materializa na alocação de recursos nos orçamentos anuais das três esferas de governo.

O financiamento das políticas públicas no Brasil está centralizado na União em razão do pacto federativo vigente a partir da Constituição Federal (CF) de 1988²: após a arrecadação dos tributos de competência da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, ocorrem as transferências intergovernamentais obrigatórias para formar a receita disponível – que expressa a capacidade de financiamento das políticas públicas em cada ente da Federação após essas transferências.

Essa receita disponível está centralizada na esfera federal (58%), seguida da estadual (25%) e municipal (17%)³. Quando se analisam as fontes dos recursos que financiam as despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) no Brasil, Silveira et al.⁴ apuraram que 56% são federais, 32% estaduais e 11% municipais, o que confirma a centralização do financiamento das políticas públicas na União, como citado anteriormente.

A política pública de saúde é uma das mais relevantes dentre as políticas setoriais que integram o conjunto das políticas sociais de qualquer país. Isso porque a ‘saúde’ não se restringe a uma abordagem de ‘ausência de doença’ – para a Organização Mundial da Saúde (OMS), “saúde” expressa “um estado

de completo bem-estar físico, mental e social [...], sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social”⁵. Tal concepção está presente na CF de 1988²: a saúde é um direito de cidadania, que deve ser garantido por políticas públicas integradas, isto é, “mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, e cujas ações são de relevância pública (artigos 196 e 197)².

Os princípios e diretrizes constitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS), que norteiam a política de saúde no Brasil, são: universalidade e integralidade no acesso às ações e serviços públicos de saúde, com descentralização das ações para os estados e os municípios, garantida a autonomia relativa de gestão, e com a participação da comunidade, o que tem ocorrido principalmente por meio das conferências de saúde e pelos conselhos de saúde, ambos de caráter deliberativo, como estabelece a Lei nº 8.142/90⁶.

Essa descentralização tem impactado mais os orçamentos municipais do que os estaduais, considerando o quão distante do respectivo piso mínimo legal está a aplicação efetiva municipal: enquanto os estados têm aplicado em média em torno de 13% da receita de impostos e de transferências de impostos, i.e., próximo do piso de 12% estabelecido pela Lei Complementar nº 141/2012, as despesas com ASPS nos municípios correspondem em média a cerca de 25%, muito acima do piso⁷.

Essa situação é um indicativo de que não há espaço fiscal para a alocação adicional de recursos próprios no orçamento municipal do SUS, na medida que, pelo conceito citado da OMS, é necessário o financiamento de ações para efetivar outras políticas públicas que contribuem positivamente para as condições de saúde da população.

Mas a responsabilidade constitucional do financiamento do SUS é tripartite, portanto, conjunta da União, dos estados, incluído o Distrito Federal, e municípios, com regras

específicas para calcular os respectivos valores da aplicação mínima, ou pisos, desde 2000².

Para Funcia e Bresciani⁸⁽⁵⁾, “houve uma consolidação do perfil do financiamento do SUS a partir de 2015 em torno de 43% de gastos da União, 26% dos Estados e do Distrito Federal e 31% dos Municípios”; entretanto, na comparação entre 2011 e 2017, “houve redução do índice da participação federal [...], aumento da esfera municipal [...] e estabilidade da estadual”.

Nessa perspectiva, a realização de estudos sobre o financiamento federal do SUS, especialmente para o combate à pandemia da Covid-19, é relevante, pois é o ente da federação que, diante da centralização da competência de tributar e da redução da sua participação no conjunto das despesas com ASPS, deveria alocar recursos orçamentários adicionais para viabilizar a efetivação da política de saúde – nenhuma despesa pública pode ser realizada se não houver programação orçamentária e financeira para esse fim.

Muitos especialistas da área de economia da saúde têm demonstrado a existência de um subfinanciamento crônico do SUS desde a sua criação na CF de 1988: trata-se de um processo caracterizado como “insuficiência de recursos para cumprir com seus objetivos constitucionais”⁹.

Essa situação foi agravada pela política econômica recessiva adotada no Brasil desde 2015 e aprofundada pelas medidas de austeridade fiscal, que focam a redução das despesas federais, após a promulgação da Emenda Constitucional 95/2016².

Pelas novas regras constitucionais, a aplicação mínima federal em ASPS foi congelada no valor de 2017, sendo estabelecido um ‘teto’ financeiro para o pagamento de todas as despesas primárias da União equivalente aos valores de 2016, o que inclui o pagamento de despesas do Ministério da Saúde (MS). Até 2036, a atualização anual desses valores ocorrerá somente pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA)/Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹⁰.

Desde então, está ocorrendo uma redução na alocação de recursos orçamentários federais para o financiamento do SUS, o que podemos denominar ‘desfinanciamento’ do SUS, na medida que aprofunda o processo de subfinanciamento crônico citado anteriormente. Essa situação reforça o argumento de Santos e Funcia¹¹ sobre o ‘desinteresse governamental federal’ em garantir do direito à saúde estabelecido na CF de 1988².

Ou seja, o ‘congelamento’ do piso federal do SUS passou a valer constitucionalmente no cenário em que os gastos consolidados eram baixos e insuficientes para atender às necessidades de saúde da população, cenário que pode ser ilustrado de duas formas. Na primeira delas, pelo gasto consolidado em saúde das três esferas de governo, que foi de R\$ 265 bilhões em 2017¹², equivalente a cerca de R\$ 3,60 per capita por dia. Na segunda, pela comparação internacional das despesas com saúde pública, como proporção do Produto Interno Bruto (PIB), enquanto o Brasil aplicou 3,96% em 2018, o Reino Unido – escolhido para comparação pelo National Health Service ser também de acesso universal, como o SUS – aplicou 7,86%¹³.

É nesse cenário que vai ocorrer o desfinanciamento do SUS sob a égide da Emenda Constitucional 95/2016². No período de 2017 a 2019, que antecedeu os ‘anos Covid-19’, houve tanto a queda do piso federal do SUS per capita a preços de 2019 (de R\$565 em 2017 para R\$558 em 2019) como da despesa federal empenhada com ASPS (de R\$594 em 2017 para R\$583 em 2019)¹⁴.

Material e métodos

Os anos de 2020 e 2021 foram marcados pela Covid-19 no Brasil e no mundo, o que significa dizer que encontrou a estrutura do SUS condicionada pelo processo de subfinanciamento crônico agravado pelo desfinanciamento decorrente da Emenda Constitucional 95/2016².

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas)¹⁵, a OMS comunicou o estado de emergência de saúde pública de importância internacional em decorrência da doença causada pelo novo coronavírus no final de janeiro de 2020, sendo o primeiro caso oficial de Covid-19 no Brasil anunciado na segunda quinzena de fevereiro de 2020. A caracterização da Covid-19 como pandemia ocorreu na primeira quinzena de março/2020 e, posteriormente, nesse mesmo mês, o governo federal decretou estado de calamidade pública. Por fim, a primeira morte por Covid foi oficialmente anunciada em março de 2020, conforme a Agência Brasil¹⁶.

O período de análise de 2020 e 1º quadrimestre de 2021 foi escolhido pela ocorrência de duas ‘ondas’ da Covid-19 no Brasil, a segunda (em 2021) com mais casos e mortes em comparação à primeira, ocorrida em 2020. O Conselho Nacional de Saúde (CNS) alertou, em 2020, que, após “o pico nos meses de julho a setembro”, houve “piora da situação no mês de novembro com o início de um crescimento de casos evidente em quase todos os estados”¹⁷. Ainda segundo o CNS, “especialistas concluíram que podemos estar vivendo uma 2ª onda sem que a primeira tenha terminado”¹⁸.

Consideraram-se as informações disponíveis nos anexos da Resolução nº 663¹⁹ do CNS, de 2021, que deliberou sobre o parecer conclusivo referente ao Relatório Anual de Gestão (RAG) 2020 do MS. O CNS é uma das instâncias deliberativas do SUS no âmbito federal, além da Conferência Nacional de Saúde, realizada ordinariamente a cada quatro anos, nos termos da diretriz constitucional de participação da comunidade no SUS e da legislação setorial específica – Lei nº 8.080/90²⁰, Lei nº 8.142/90⁶ e Lei Complementar nº 141/2012²¹. O CNS tem responsabilidade estabelecida pela Lei Complementar nº 141/2012²¹ para deliberar sobre o parecer conclusivo do RAG do MS.

Analisaram-se, também, duas edições de 2020 do ‘Boletim Cofin/CNS’ – a de 30/06/2020²² e a de 31/12/2020²³ – e a edição de 31/05/2021²⁴. Esse Boletim foi concebido

e desenvolvido para subsidiar a Comissão de Orçamento e Financiamento do Conselho Nacional de Saúde (Cofin/CNS) no processo de monitoramento e avaliação do financiamento e da execução orçamentária e financeira das ações e serviços de saúde para o enfrentamento da pandemia realizadas pelo MS.

As três edições citadas foram escolhidas por apresentarem dados e informações correspondentes ao período de crescimento do número de casos e mortes por Covid-19 em 2020 e 2021 e à situação de encerramento do ano de 2020, possibilitando uma avaliação retrospectiva.

Resultados e discussão

A Lei Orçamentária de 2020 da União não previa recursos para o enfrentamento da pandemia da Covid-19, uma vez que essa necessidade surgiu a partir de fevereiro de 2020, portanto, depois de feita a programação das despesas com ASPS no orçamento federal. A combinação do reconhecimento do estado de calamidade pública com a flexibilização das regras fiscais para o exercício de 2020 pelo Congresso Nacional permitiu a alocação de recursos orçamentários, principalmente por meio da abertura de créditos adicionais extraordinários para o MS, a maior parte para as modalidades ‘aplicação direta’ e ‘transferências para estados, Distrito Federal e municípios’.

Porém, enquanto o número de casos e mortes provocadas pelo Covid-19 crescia significativamente, como se deu até meados de 2020 e voltando a crescer a partir do final daquele mesmo ano, a prioridade governamental era o atendimento político para a construção de uma base parlamentar de apoio, o que retardou, inclusive, a alocação de recursos financeiros destinados ao combate à pandemia para envio aos fundos estaduais e municipais de saúde. Sobre tais fatos, duas matérias publicadas na mídia servem de exemplo: (i) “Covid-19: Pazuello adia decisão sobre entregar R\$10 bilhões a gestores do SUS ou Centrão”²⁵; e (ii)

“Major Olímpio diz que governo está fazendo ‘toma lá dá cá’ com dinheiro do combate à Covid-19”²⁶.

De fato, segundo Funcia et al.²², dos R\$39 bilhões disponíveis para o enfrentamento da Covid-19 pelo MS, a maior parte estava sem uso no orçamento até 30.6.2021, sendo 73,5% para aplicação direta do MS, 65,6% para transferência financeira aos municípios e 58,7% para transferência financeira aos estados e Distrito Federal. As causas disso podem estar relacionadas, de maneira combinada, à inexistência de uma coordenação nacional para articular o enfrentamento da Covid-19²⁷ e à demora no acréscimo de recursos orçamentários para o MS²³. Ou seja, a combinação de elementos de

‘negacionismo’ da doença com austeridade fiscal condicionou negativamente o enfrentamento da pandemia.

O primeiro recurso alocado ao MS para o enfrentamento da pandemia ocorreu por meio da Medida Provisória nº 924, de 13.3.2020, que autorizou o remanejamento orçamentário entre dotações do próprio Ministério, ou seja, mais de 30 dias após a divulgação internacional da existência do novo coronavírus, foi autorizada a retirada de recursos que seriam destinados a outras ações e serviços para o atendimento às necessidades de saúde da população, cuja programação foi baseada na situação epidemiológica e sanitária existente antes da Covid-19. A *tabela 1* ilustra essa situação.

Tabela 1. Ministério da Saúde: Ações orçamentárias para enfrentamento da Covid-19 com recursos aprovados por Medida Provisória (posição em 31/12/2020)

Ação / Plano Orçamentário	Autorizado (em R\$)	Saldo a		Data da MP	Data Final de Vigência da MP	Conversão da MP em Lei após Data Final ¹
		Empenhar (em R\$)	Saldo/Autorizado			
Total	64.166.912.498	21.994.085.133	34,28%			
Ação 21C0 - Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional Decorrente do Coronavírus	63.742.542.980	21.985.259.423	34,49%			
MP01 - COVID-19 - MP nº 924, de 13/03/2020	4.838.795.979	99.932.192	2,07%	13/03/2020	11/07/2020	Não
CV20 - COVID-19 - MP nº 940, de 02/04/2020	9.444.373.172	141.321.336	1,50%	02/04/2020	31/07/2020	Não
CV60 - COVID-19 - MP nº 941, de 02/04/2020	2.048.736.866	15.784.487	0,77%	02/04/2020	31/07/2020	Lei 14032/2020
CV30 - COVID-19 - MP nº 947, de 08/04/2020	2.600.000.000	99.927.943	3,84%	08/04/2020	06/08/2020	Não
CV70 - COVID-19 - MP nº 967, de 19/05/2020	5.566.379.351	4.717.503	0,08%	19/05/2020	16/09/2020	Lei 14055/2020
CV40 - COVID-19 - MP nº 969, de 20/05/2020	10.000.000.000	1.204.320	0,01%	20/05/2020	17/09/2020	Lei 14056/2020
CV50 - COVID-19 - MP nº 976, de 04/06/2020	4.469.224.000	140.100	0,00%	04/06/2020	02/10/2020	Lei 14067/2020
0000 - Enfrent. Emerg. Saúde Públ. de Import. Internacional decorrente do Coronavírus	266.373.607	28.326.950	10,63%	08/07/2020	05/11/2020	
CV90 - COVID-19 - MP nº 994, de 06/08/2020 - Encom. Tecn. p/ Vacina	1.284.023.633	0	0,00%	06/08/2020	04/12/2020	
CV91 - COVID-19 - MP nº 994, de 06/08/2020 - Proc. final e absorção tecn. de Vacina	710.936.372	5.386	0,00%	06/08/2020	04/12/2020	
CV19 - CORONAVIRUS (COVID19)	0	0		25/05/2020	22/09/2020	
CVA0 - COVID-19 - MP nº 1004, de 24/09/2020	2.513.700.000	1.682.804.743	66,95%	24/09/2020	22/01/2021	
CVA1 - COVID - 19 - MEDIDA PROVISORIA N. XXX, DE XX, DE DEZEMBRO DE 2020 - AQUISI-CAO VACINA	20.000.000.000	19.911.094.463	99,56%			

Tabela 1. (cont.)

Ação / Plano Orçamentário	Autorizado (em R\$)	Saldo a Empenhar (em R\$)	Saldo/ Autorizado	Data da MP	Data Final de Vigência da MP	Conversão da MP em Lei após Data Final ¹
Ações 20TP - Ativos Cíveis da União + 212B - Benefícios aos Servidores	338.260.654	0	0,00%			
CV80 - COVID-19 - MP nº 970, de 25 de maio de 2020	338.260.654	0	0,00%	25/05/2020	22/09/2020	Sem saldo a empenhar
Ação 212H - Manutenção de Contrato de Gestão com OS (Lei 9.637 de 15/05/1998)	20.000.000	0	0,00%			
CV50 - COVID-19 - MP nº 976, de 4 de junho de 2020	20.000.000	0	0,00%	04/06/2020	02/10/2020	Sem saldo a empenhar
2E89 - Incremento Temporário ao Custeio dos Serviços de Atenção Básica em Saúde para Cumprimento de Metas	43.059.135	5.856.919	13,60%			
2E89 - Incremento Temporário ao Custeio dos Serviços de Atenção Básica em Saúde para Cumprimento de Metas	43.059.135	5.856.919	13,60%			
2E90 - Incremento Temporário ao Custeio dos Serviços de Assistência Hospitalar e Ambulatorial para Cumprimento de Metas	23.049.729	2.968.791	12,88%			
0000 - Incremento Temporário ao Custeio dos Serviços de Assistência Hospitalar e Ambulatorial para Cumprimento de Metas - Despesas Diversas	23.049.729	2.968.791	12,88%			

Fonte: Funcia et al.²³.

Nota: (1) Saldo a empenhar de MP não convertida em lei não pode ser utilizado após a data final da MP.

Inicialmente, é oportuno destacar que esse ‘remanejamento orçamentário’ autorizado pela Medida Provisória nº 924, de 13.3.2020, comprometeu a execução orçamentária de outras despesas ASPs, conforme apontamentos e indicações de medidas corretivas do parecer conclusivo deliberado pelo CNS sobre o RAG 2020 do MS, cuja reprovação foi expressa na Resolução nº 663, de 30 de setembro de 2021. Essa situação ficou evidenciada também a partir da análise do cumprimento da aplicação mínima legal em ASPs: foram computadas despesas executadas para o enfrentamento da pandemia da Covid-19.

A partir das informações da *tabela 1*, é possível constatar que quatro Medidas Provisórias não foram convertidas em Lei pelo Congresso Nacional no prazo previsto de 120 dias das respectivas edições, levando à perda dos saldos

de recursos não empenhados. Trata-se de mais uma evidência de que não houve priorização governamental junto aos parlamentares para essa conversão, o que estava em consonância com a prática do negacionismo, em combinação com a lógica da austeridade fiscal com foco na redução das despesas primárias.

Nessa mesma tabela, em 31.12.2020, consta a existência de saldos ou recursos não empenhados, no valor de R\$21,6 bilhões, referentes às Medidas Provisórias nº 1.004, de 24.9.2020, e nº 1.015, de 17.12.2020, ambas destinadas a despesas com vacinas para proteção da população contra a Covid-19. Apesar da flexibilização das regras fiscais, esses créditos foram abertos somente no último quadrimestre de 2020, o maior deles somente na segunda quinzena de dezembro de 2020, o que possibilitou a reabertura desses créditos para execução em

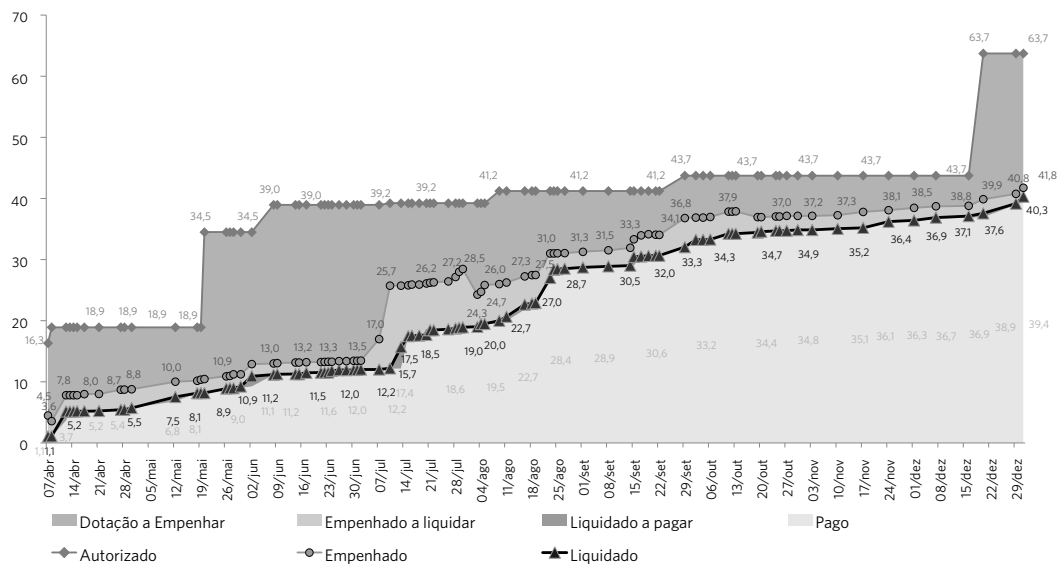
2021 dos respectivos saldos existentes para a mesma finalidade originalmente autorizada.

Se esses aspectos analisados anteriormente revelam que a utilização dos recursos para enfrentamento da Covid-19 pelo MS foi lenta e gradual, os *gráficos 1 a 4* ilustram essa revelação a partir da execução orçamentária e financeira dos recursos destinados ao

enfrentamento da Covid-19 durante o período de abril a dezembro de 2020.

O *gráfico 1* apresenta essa execução com os valores consolidados de todas as modalidades de aplicação que integravam a ação orçamentária 21C0 no órgão MS, criada para a alocação de recursos destinados ao enfrentamento da pandemia.

Gráfico 1. Ministério da Saúde: execução orçamentária e financeira da ação orçamentária 21C0 (Enfrentamento da Covid-19) - Total consolidado (em R\$ bilhões)

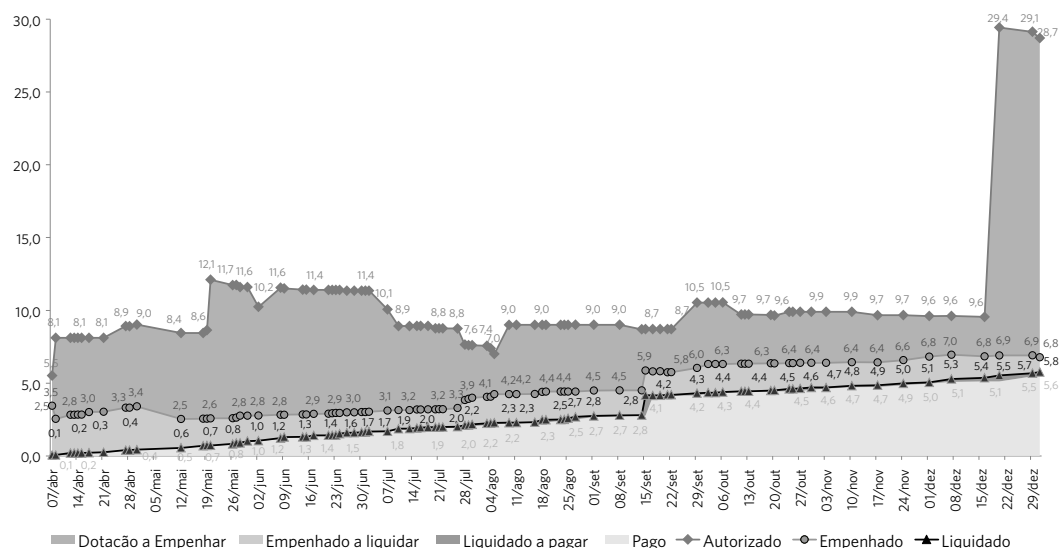


Fonte: Funcia et al.²³

O *gráfico 2* ilustra a execução orçamentária e financeira dos recursos alocados para a aplicação direta pelo MS ao enfrentamento da Covid-19, a maior parte destinada para a

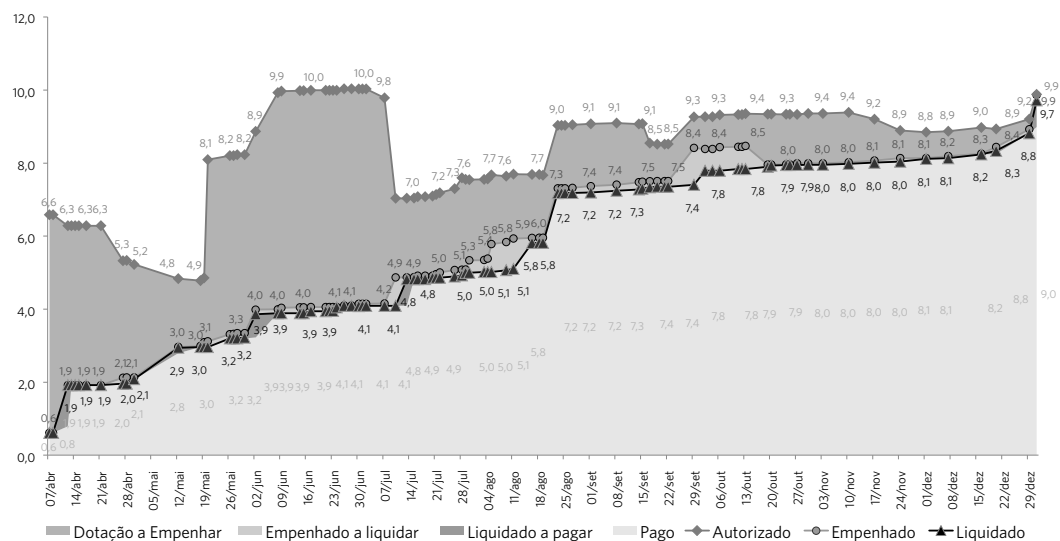
compra de materiais, medicamentos, vacinas e insumos diversos de forma centralizada para distribuição para estados, Distrito Federal e municípios.

Gráfico 2. Ministério da Saúde: execução orçamentária e financeira da ação orçamentária 21CO (Enfrentamento da Covid-19) – Aplicação direta (em R\$ bilhões)



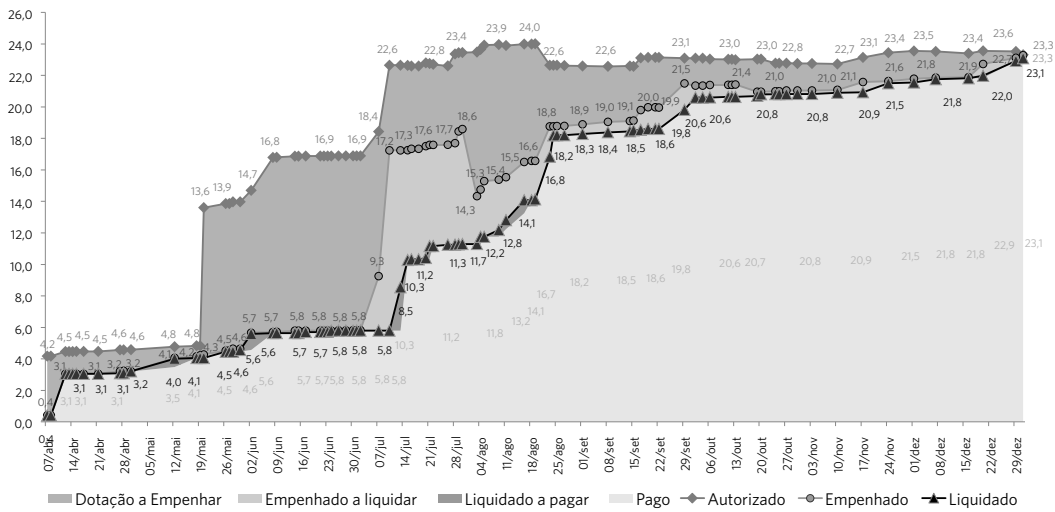
Os gráficos 3 e 4 apresentam os recursos orçamentários destinados às transferências financeiras do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos estaduais e municipais de saúde com a finalidade de financiar as ações de combate à Covid-19.

Gráfico 3. Ministério da Saúde: execução orçamentária e financeira da ação orçamentária 21CO (Enfrentamento da Covid-19) – Transferência estados/Distrito Federal (em R\$ bilhões)



Fonte: Funcia et al.²³

Gráfico 4. Ministério da Saúde: execução orçamentária e financeira da ação orçamentária 21CO (Enfrentamento da Covid-19) - Transferência a municípios (em R\$ bilhões)



Fonte: Funcia et al.²³

Esses gráficos revelam que, durante o período de crescimento do número de casos e de mortes em decorrência da Covid-19, i.e., abril a julho de 2020, contraditoriamente, houve uma baixa execução orçamentária e financeira dos recursos alocados para esse fim, em termos consolidados, na ação orçamentária (gráfico 1) e nas três modalidades de aplicação que dispunham da maior parte dos recursos para as despesas ASPS de enfrentamento da pandemia (gráficos, 2, 3 e 4), o que está em consonância com os exemplos das matérias jornalísticas citadas anteriormente.

Na medida que o empenho em cada modalidade de aplicação ocorreu majoritariamente a partir de julho e a liquidação desses empenhos, a partir de agosto de 2020, é possível concluir que a maioria das despesas com ASPS para o enfrentamento da pandemia da Covid-19 foi executada depois que o pico dos casos e de mortes de 2020 já tinha sido atingido.

No caso da modalidade de aplicação direta do MS (gráfico 2) dos cerca dos R\$11 bilhões autorizados para empenhos até 30.6.2021, aproximadamente R\$8 bilhões não tinham

sido utilizados. Esses recursos deveriam ter sido ser destinados, por exemplo, para compras centralizadas de medicamentos, materiais e equipamentos – que, pela escala ampliada, possibilitariam preços mais vantajosos e redução de fraudes – para distribuição às unidades de saúde estaduais e municipais e/ou para parcerias para o desenvolvimento e produção de vacinas a fim de iniciar o processo de imunização no final de 2020, como ocorreu em outros países.

Além disso, na medida que cerca de R\$27 bilhões, dos R\$39 bilhões, eram recursos orçamentariamente alocados até 30.6.2020 para as modalidades de aplicação ‘Transferência a Estados e Distrito Federal’ e ‘Transferência a Municípios’²², o caráter retardatário, lento e gradual dessa execução prejudicou o financiamento dessas e de outras despesas com ASPS nos estados, Distrito Federal e municípios. Diante da necessidade da comprovação da existência de recursos orçamentários previamente à realização dos processos licitatórios para aquisição de medicamentos, materiais, serviços, equipamentos e obras, o

enfrentamento da Covid-19 exigiu um esforço concentrado de ação desses entes subnacionais no período de abril a junho de 2020, enquanto a maior parte dos recursos do Fundo Nacional de Saúde para esse fim foi transferida nos meses de julho e agosto.

Em resumo, é possível concluir que o caráter reativo e retardatário da execução orçamentária e financeira dos recursos para o enfrentamento da Covid-19 pelo MS evidenciaram a combinação de falta de planejamento de gestão, expresso numa coordenação nacional mínima e insuficiente para a gravidade da situação sanitária, com interesses políticos e econômicos contrários ao interesse público, uma vez que houve a priorização tanto da negociação para obtenção de apoio parlamentar no Congresso como da manutenção da política de austeridade fiscal focada na redução das despesas primárias e da dívida pública e de negacionismo sanitário.

A omissão política e gerencial do MS no enfrentamento da pandemia da Covid-19 ocorreu também no enfrentamento da segunda onda da Covid-19 em 2021, que foi detectada pelos especialistas a partir de novembro de 2020. Primeiramente, não foi alocado nenhum centavo de recurso no MS para o enfrentamento da pandemia na Lei Orçamentária 2021 da União. Depois, durante o primeiro quadrimestre de 2021, enquanto o número de casos e mortes²⁸ cresceu muito mais do que na primeira onda de 2020, a execução orçamentária e financeira para as ações de enfrentamento da Covid-19 foi menor que a do último quadrimestre de 2020, à exceção da alocação para vacinas. Conforme análise de Funcia e Benevides²⁴, houve redução de 63% e de 17% dos recursos transferidos respectivamente para os municípios e para os estados e Distrito Federal. O documento dos autores subsidiou a avaliação do CNS sobre a prestação de contas do gestor federal do SUS no primeiro quadrimestre de 2021, que, por sua vez, resultou na Recomendação nº 017²⁹, de 2021, do CNS.

Segundo Funcia e Benevides²⁴, durante o primeiro quadrimestre de 2021, a primeira Medida Provisória (MP) para autorizar a abertura de

créditos adicionais extraordinários para alocar recursos orçamentários para a realização de despesas com ASPS para o enfrentamento da pandemia da Covid-19, exceto para a vacinação, ocorreu somente em 24.2.2021, pela MP nº 1032, no valor de R\$2,9 bilhões, diante de um cenário instalado de segunda onda de casos e mortes em número superior ao da primeira onda de 2020. Enquanto a situação sanitária se agravava durante esse quadrimestre, houve somente duas novas autorizações para abertura de créditos adicionais extraordinários para alocação de recursos para o combate à pandemia: em 30.3.2021, no valor de R\$5,3 bilhões, pela MP nº 1041, e em 16.4.2021, no valor de R\$2,7 bilhões, pela MP nº 1043.

A repetição, em 2021, do caráter retardatário, lento e gradual da execução orçamentária e financeira ocorrida em 2020 evidencia a existência de uma espécie de ‘padrão’ de gestão orçamentária e financeira do MS para o enfrentamento da Covid-19 condicionada pelo binômio ‘negacionismo-austeridade fiscal’.

A reversão estrutural desse cenário depende da alteração da política econômica e da revogação da EC 95/2016³⁰, o que pode ocorrer tanto pela aprovação do Congresso Nacional da Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 36/2020 como pelo julgamento do Supremo Tribunal Federal das ações diretas de inconstitucionalidade referentes às Emendas Constitucionais 86² e 95².

Medidas governamentais são necessárias, também, para aumentar a capacidade da arrecadação pública mediante uma reforma tributária mais centrada nos ganhos de patrimônio, renda e riqueza, desonerando, mesmo que gradativamente, a produção e o consumo, bem como uma gestão mais eficiente e eficaz da dívida ativa federal, que tem arrecadado menos de 1% do estoque em 2019³¹.

Considerações finais

O financiamento do SUS é caracterizado pelo subfinanciamento crônico do sistema desde a

sua criação a partir da CF 88. Mas seu desfinanciamento se aprofundou com a promulgação da EC 95, instrumento da política de austeridade fiscal focado na redução tanto das despesas primárias da União como da dívida pública federal. Essa situação comprometeu negativamente o financiamento das políticas sociais antes da pandemia da Covid-19, inclusive da saúde.

No ano de 2020, mesmo com a flexibilização das regras fiscais aprovada pelo Congresso Nacional em razão do estado de calamidade pública decretado por ocasião da Covid-19, o governo federal retardou tanto a alocação de recursos orçamentários adicionais para o MS como foi responsável pela baixa execução desses recursos para o enfrentamento da pandemia.

O papel desempenhado pelo governo federal na gestão tripartite do SUS para o combate à Covid-19 em 2020 representou o descumprimento das diretrizes constitucionais e legais do SUS sob a ótica do planejamento ascendente, em consonância com o negacionismo que se observava na condução da resposta à pandemia. A execução orçamentária e financeira dos recursos federais do SUS para essa finalidade pode ser caracterizada como reativa e retardatária tanto em 2020 como em 2021, durante a segunda onda da Covid-19 que se instalou no Brasil no início de 2021, elevando casos e mortes em comparação ao ano de 2020.

O cenário de 2021 aprofundou o desfinanciamento federal do SUS, inclusive para as ações e serviços de saúde voltados ao enfrentamento da pandemia da Covid-19, em razão da retomada das regras fiscais flexibilizadas em 2020 e ausência de programação orçamentária para o enfrentamento da pandemia. A solução adotada foi tratar essa pandemia como uma despesa ‘imprevista e emergencial’ a ser financiada com recursos de créditos extraordinários.

Trata-se de procedimento que reproduziu o caráter reativo e retardatário da alocação de recursos e da execução orçamentária e financeira no combate à Covid-19 verificado em 2020, porque tais recursos são disponibilizados em ‘conta-gotas’, inviabilizando o planejamento tripartite do SUS, mas em consonância com a política econômica baseada na austeridade fiscal, cujas medidas são focadas no controle dos gastos públicos pelas regras da EC 95, inclusive aqueles destinados ao atendimento das necessidades de saúde da população.

Colaboradores

Funcia F (0000-0002-5410-6367)*, Bresciani LP (0000-0002-6028-4493)*, Benevides R (0000-0001-6978-2475)* e Ocké-Reis CO (0000-0003-4666-7575)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Arretche M. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In: Barreira MCR, Carvalho MCB, organizadores. *Tendências e Perspectivas na Avaliação de Políticas e Programas Sociais*. São Paulo: IEE/PUC-SP; Cenpec; 2001. p. 43-56.
2. Brasil. Constituição, 1988. *Constituição da República Federativa do Brasil [Atualizada com as Emendas até 2021]*. Brasília, DF: Senado Federal; 1988. [acesso em 2017 mar 4]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm.
3. Associação Nacional dos Auditores-fiscais da Receita Federal do Brasil; Federação Nacional do Fisco Estadual e Distrital. *A Reforma Tributária Necessária. Justiça fiscal é possível: subsídios para o debate democrático sobre o novo desenho da tributação brasileira*. Brasília, DF: Anfip; Fenafisco; São Paulo: Plataforma Política Social; 2018.
4. Silveira FG, Noronha GS, Funcia FR, et al. *Os fluxos financeiro no financiamento e no gasto em Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2020.
5. Organização Mundial da Saúde. *Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)*. [acesso em 2017 abr 2]. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>.
6. Brasil. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 28 Dez 1990. [acesso em 2019 mar 4]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm.
7. Funcia FR. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. In: *Seminário Saúde sem dívida e sem mercado*; 2017 jun 28; Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz; Centro de Estudos Estratégicos; 2017.
8. Funcia FR, Bresciani LP. A Gestão Recente do Sistema Único de Saúde: Financiamento Restringido. In: *Anais do Encontro Nacional de Administração Público da Anpad*; 2019 maio 16-18; Ceará. Fortaleza: Anpad; 2019. [acesso em 2021 dez 27]. Disponível em: http://www.anpad.org.br/abrir_pdf.php?e=MjYwNzM=.
9. Marques RM, Piola SF, Ocké-Reis CO. Desafios e perspectivas futuras no financiamento do SUS. In: Marques RM, Piola SF, Roa AC, organizadores. *Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento*. Rio de Janeiro: ABRÉS; Brasília, DF: Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimento e Desenvolvimento; OPAS, OMS Brasil; 2016. p. 247-258. [acesso em 2022 maio 1]. Disponível em: https://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude_brasil_organizacao_financiamento.pdf.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Índice de Preços ao Consumidor Amplo*. Rio de Janeiro: IBGE; 2021. [acesso em 2021 dez 27]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/precos-e-custos/9256-indice-nacional-de-precos-ao-consumidor-amplo.html?=&t=o-que-e>.
11. Santos L, Funcia FR. Histórico do financiamento do SUS: Evidências jurídico-orçamentárias do desinteresse governamental federal sobre a garantia do direito fundamental à saúde. *Rev Eletr. Dom. Saúde do Idisa*. 2020 [acesso em 2020 jul 31]; (21). Disponível em: <http://idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-21-maio-2020>.
12. Brasil. Ministério da Saúde. *Sistemas de Informação de Orçamento Público de Saúde*. [acesso em 2018 dez 27]. Disponível em <http://portalms.saude.gov.br/repasses-financeiros/siops/indicadores>.

13. Organização Mundial da Saúde. Domestic general government health expenditure (GGHE-D) as percentage of gross domestic product (GDP) (%). [acesso em 2021 dez 27]. Disponível em: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.GHEDGGHEDGDPSHA2011?lang=en>.
14. Benevides R, Ocké-Reis C, Funcia FR. Brasil. Gasto público consolidado per capita em 2019. Brasília, DF: Canal Câmara dos Deputados; 2021. Vídeo: 3h 17m 15s. [Youtube]. [acesso em 2021 dez 27]. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=B300_tjtd9I.
15. Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde. Folha informativa sobre COVID-19. [acesso em 2020 jul 31]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875.
16. Agência Brasil. Primeira morte por covid-19 no Brasil aconteceu em 12 de março - Até este fim de semana, acreditava-se que havia sido em 16 de março. Agência Brasil. 2020 jun. [acesso em 2021 out 31]. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-06/primeira-morte-por-covid-19-no-brasil-aconteceu-em-12-de-marco>.
17. Conselho Nacional de Saúde. Estamos vivendo uma segunda onda de Covid-19 no Brasil. [acesso em 2021 dez 27]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1507-estamos-vivendo-uma-2-onda-de-covid-19-no-brasil-questiona-live-do-cns-que-ocorrera-proxima-quarta-9-12>.
18. Conselho Nacional de Saúde. Covid-19 no Brasil volta a crescer indicando segunda onda sem que primeira tenha terminado. [acesso em 2021 dez 17]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1537-covid-19-no-brasil-volta-a-crescer-indicando-2-onda-sem-que-primeira-tenha-terminado-conclui-live-do-cns>.
19. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 663, de 30 de setembro de 2021. Dispõe sobre a aprovação do Relatório Anual de Gestão 2020 do Ministério da Saúde e a indicação de medidas corretivas de gestão. Diário Oficial da União. 30 Set 2021. [acesso em 2021 dez 27]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes-cns/2084-resolucao-n-663-de-30-de-setembro-de-2021>.
20. Brasil. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 19 Set 1990. [acesso em 2019 mar 4]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm.
21. Brasil. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Diário Oficial da União. 13 Jan 2012. [acesso em 2019 mar 4]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm.
22. Funcia F, Benevides R, Ocké-Reis. Boletim Cofin/CNS 2020/06/30. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde; 2020. [acesso em 2021 out 31]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/boletim-cofin>.
23. Funcia F, Benevides R, Ocké-Reis. Boletim Cofin/CNS 2020/12/31. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde; 2021. [acesso em 2021 out 31]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/boletim-cofin>.
24. Funcia F, Benevides R. Boletim Cofin/CNS 2021/05/31. In: Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Recomendação nº 17, de 26 de julho de 2021. [acesso em 2021 out 31]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1920-recomendacao-n-017-de-26-de-julho-de-2021>.
25. Covid-19: Pazuello adia decisão sobre entregar R\$ 10 bi a gestores do SUS ou Centrão. O Estado de São Paulo. 2020 jun 18. [acesso em 2020 jun 26]. Disponível em: <https://saude.estadao.com.br/noticias/>

- [geral.covid-19-pazuello-adia-decisao-sobre-entregar-r-10-bi-a-gestores-do-sus-ou-centrao.70003337686.](#)
26. Major Olímpio diz que governo está fazendo ‘toma lá dá cá’ com dinheiro do combate à Covid-19. Portal G1. Blog da Natuza Nery. 2020 jul 24. [acesso em 2021 out 31]. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/blog/natuza-nerly/post/2020/07/24/major-olimpio-diz-ter-recebido-do-governo-oferta-de-liberacao-de-recursos-da-covid-19.ghtml>.
27. Massuda A, Malik AM, Vecina Neto G, et al. A resiliência do Sistema Único de Saúde frente à COVID-19. Cad EBAPE.BR. 2021 [acesso em 2021 dez 27]; 19(esp):735-744. Disponível em: <http://cebes.fw2web.com.br/wp-content/uploads/2021/10/FGV-EAESP-Falta-de-coordenacao-no-Ministerio-da-Saude-foi-determinante-para-colapso-do-SUS-durante-a-pandemia.pdf>.
28. Agência Brasil. Covid-19: Brasil tem 403,7 mil mortes e 14,6 milhões de casos. Agência Brasil. 2021 abr 30. [acesso em 2021 dez 27]. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-04/covid-19-brasil-tem-4037-mil-mortes-e-146-milhoes-de-casos>.
29. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Recomendação nº 17, de 26 de julho de 2021. Recomenda ao Exmo. Sr. Presidente da República a adoção de medidas corretivas urgentes que promovam a execução orçamentária e financeira do Ministério da Saúde com celeridade. [acesso em 2021 out 31]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1920-recomendacao-n-017-de-26-de-julho-de-2021>.
30. Moretti B, Ocké C, Aragão E, et al. Mudar a política econômica e fortalecer o SUS para evitar o caos. Carta Capital. 2020 mar 29. [acesso em 2020 jul 31]. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/opiniao/mudar-a-politica-econo%CC%82mica-e-fortalecer-o-sus-para-evitar-o-caos/>.
31. Alves R, Alves H, Vignoli F, et al. Avaliação da dívida ativa da União e dos municípios do Grande ABC. 14ª Carta de Conjuntura do Observatório de Políticas Públicas, Empreendedorismo e Conjuntura da USCS (Conjuscs). 2020. [acesso em 2021 dez 27]. Disponível em: <https://www.uscs.edu.br/boletim/369>.

Recebido em 31/12/2021
Aprovado em 27/01/2022
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Gestão de recursos humanos do SUS na pandemia: fragilidades nas iniciativas do Ministério da Saúde

Management of human resources in the SUS during the pandemic: weaknesses in the Ministry of Health's initiatives

Luciana Tolêdo Lopes¹, Fernando Passos Cupertino de Barros¹

DOI: 10.1590/0103-1104202213302

RESUMO A Covid-19 produziu graves impactos no sistema público de saúde do Brasil, tornando premente a necessidade de conhecer e considerar os desafios para a gestão de recursos humanos no Sistema Único de Saúde (SUS). O presente estudo, por meio de pesquisa exploratória, buscou identificar iniciativas do Ministério da Saúde voltadas à gestão de recursos humanos em saúde do SUS durante a pandemia, utilizando como percurso metodológico a análise documental. Foram consultadas informações veiculadas pelo Ministério da Saúde em seu portal eletrônico, bem como por demanda direta dos pesquisadores a áreas de reconhecido papel estratégico. Ainda, foi considerado o relatório da Força Nacional do SUS disponibilizado aos pesquisadores para complementação das investigações inicialmente realizadas. As pesquisas permitiram identificar diversas iniciativas implementadas, porém de forma isolada, fragmentada e descontinuada, o que inviabilizou a qualificação dos resultados de modo mais profundo, objetivo que o presente estudo pretendia alcançar. Destaque-se que não foi propósito da presente pesquisa esgotar todas as iniciativas do Ministério da Saúde, mas sim de tentar identificar, na fonte oficial do ente federal do SUS, uma apresentação estruturada de suas iniciativas e respectivos impactos na gestão de recursos humanos no SUS durante a pandemia.

PALAVRAS-CHAVE Mão de obra em saúde. Sistema Único de Saúde. Covid-19.

ABSTRACT COVID-19 has had serious impacts on the public health system in Brazil, making it urgent to know the challenges for the management of human resources in the Unified Health System (SUS). The present study, through exploratory research, sought to identify initiatives of the Ministry of Health aimed at the management of human resources in health in the SUS during the pandemic, using document analysis as a methodological route. Information published by the Ministry of Health on its electronic portal and by direct demand from researchers in areas of recognized strategic role were consulted. The report of the National Force of the SUS made available to researchers to complement the research carried out was also considered. The research allowed the identification of several implemented initiatives, but in an isolated, fragmented, and discontinuous way, which made it impossible to qualify the results in a deeper way, an objective that the present study intended to achieve. It should be noted that the objective of the present research was not to exhaust all the initiatives of the Ministry of Health, but rather to try to identify a structured presentation of its initiatives and their respective impacts on the management of human resources in the SUS during the pandemic.

KEYWORDS Health workforce. Unified Health System. COVID-19.

¹Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) – Brasília (DF), Brasil.
luciana@conass.org.br



Introdução

A estratégia que viabilizou as políticas de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS) perpassa a conjuntura do seu processo de consolidação em um desafio de garantir ações e serviços de saúde de qualidade, buscando mobilizar e propiciar adesões em prol dos pilares da equidade, universalidade e integralidade do acesso à saúde¹.

Para isso, a organização do SUS, ao longo do tempo, experimentou diferentes ciclos políticos orientados por processos de descentralização e de regionalização, com evidentes disparidades regionais e dificuldade para fixar médicos com perfil e formação condizentes com as práticas no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), corroborando os vazios assistenciais relatados na literatura².

A sustentabilidade desse elaborado sistema depende da formação de um novo profissional de saúde, assim como de uma política de gestão de pessoal que considere as diversidades funcionais e sanitárias no País³. Estudos, no entanto, vêm abordando a insuficiência das ações e políticas que orientam a gestão de recursos humanos no SUS⁴.

Ainda, dentro desse contexto, acrescenta o desafio de avançar na área do trabalho e da educação em saúde no Brasil dentro do campo político, diretamente ligado à governança, à suficiência financeira da gestão pública e à capacidade de regulação dos processos educativos e de trabalho em saúde. Destaca, além disso, as problemáticas relativas à escassez do capital humano; ao desequilíbrio de habilidades; à má distribuição geográfica; às barreiras interdisciplinares; às más condições de trabalho; à desigualdade de gênero na distribuição profissional; à indisponibilidade de pessoal, além da inadequação dos perfis profissionais às reais necessidades do SUS⁵, agora, em especial, para responder aos desafios impostos pela pandemia da Covid-19.

A emergência global ocasionada pela pandemia da Covid-19 deflagrou expressivos

impasses para o sistema de saúde brasileiro, exigindo uma capacidade de mobilização e enfrentamento de ações complexas, maximizando esforços de toda força de trabalho das equipes interprofissionais de saúde⁶.

Atualmente, sabe-se que a Covid-19 é uma doença causada pelo agente etiológico Sars-CoV-2, que se caracteriza pela alta contagiosidade pela via respiratória e, em sua forma grave, pela Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) que, quando crítica, demanda utilização de suporte em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e, ainda, podendo evoluir para outras disfunções orgânicas⁷.

A possibilidade de escassez de recursos em saúde – ante o aumento relevante de casos de Covid-19 – impôs mais demandas extraordinárias aos sistemas de saúde já historicamente penalizados, ultrapassando a capacidade de atendimento, no que diz respeito tanto aos insumos e tecnologias quanto aos recursos humanos capacitados, trazendo a premente necessidade de se avaliarem as melhores práticas para a otimização da utilização dos meios e recursos disponíveis, estabelecendo critérios clínicos, técnicos e éticos para sua melhor utilização^{8,9}.

Ademais, o Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a Europa tem descrito uma condição emergente, ainda não totalmente compreendida, mas que pode ser gravemente incapacitante. Refere-se a uma proporção de pessoas que apresentam problemas de saúde persistentes após as manifestações agudas da Covid-19.

Segundo o estudo, em torno de um quarto das pessoas infectadas persistem com sintomas por pelo menos um mês, enquanto uma em dez pessoas continua com sintomas após 12 semanas, com maiores riscos entre mulheres e profissionais de saúde¹⁰.

Diante das demandas acentuadas pela pandemia da Covid-19, o presente estudo propôs-se a identificar iniciativas do Ministério da Saúde voltadas à gestão de recursos humanos em saúde no SUS no enfrentamento da Covid-19.

Material e métodos

Trata-se de pesquisa exploratória realizada no primeiro semestre do ano de 2021, que buscou identificar iniciativas do Ministério da Saúde voltadas à gestão de recursos humanos do SUS a fim de suprir as carências dos profissionais de saúde durante o período da pandemia da Covid-19, a partir da declaração da emergência em saúde no País em fevereiro de 2020. Contudo, foi dado especial destaque para o primeiro semestre do ano de 2021, por compreender um período de aumento exponencial de casos de Covid-19, associado a crises na oferta de oxigênio medicinal, de insumos e, especialmente, de medicamentos de Intubação Orotraqueal (IOT) em todo o Brasil.

Para efeito da presente pesquisa, foram consideradas como possíveis carências dos profissionais de recursos humanos no SUS quaisquer dificuldades enfrentadas nessa área na implementação das ações e serviços de saúde, quer seja no contexto da suficiência de pessoal, nas dificuldades de formação e fixação condizente com as necessidades e disparidades regionais, quer seja do ponto de vista da vulnerabilidade e exposição aos riscos decorrentes de suas atuações em tempos de pandemia.

As técnicas de pesquisa para a obtenção dos dados utilizaram como percurso metodológico, em uma abordagem qualitativa, a análise documental, considerada sua relevância para o desenvolvimento de estudos no campo da ciência da informação¹¹, observadas as suas características específicas que demandam especial atenção dos investigadores na escolha dos documentos, no seu acesso e na sua análise¹².

Por meio de busca no portal do Ministério da Saúde, foram consultados os sítios eletrônicos da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)¹³, da Força Nacional do SUS (FN-SUS)¹⁴ e da assessoria do Programa de Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS)¹⁵.

Para as buscas no sítio eletrônico da SGTES e da FN-SUS, foram utilizados diversos descritores relacionados com o objeto de pesquisa,

pela inexistência de possibilidade de realizar buscas avançadas correlacionando palavras-chave a exemplo de ‘recursos humanos’ com ‘Covid’. Dos descritores considerados, destacam-se as palavras-chave ‘recursos humanos na pandemia’; ‘capacitações na pandemia’; e, ‘capacitações Covid-19’. As buscas no portal do Proadi-SUS possibilitaram identificar a apresentação de todos os projetos desenvolvidos pelos hospitais de excelência participantes do programa, a saber: Hospital Alemão Oswaldo Cruz, A Beneficência Portuguesa de São Paulo, Associação Beneficente Síria (HCOR), Hospital Israelita Albert Einstein, Hospital Sírio-Libanês e Hospital Moinhos de Vento, o que contribuiu para a adequada identificação dos projetos de interesse para a presente pesquisa.

Complementarmente, foram solicitadas a esses mesmos departamentos informações sobre iniciativas que pudessem contribuir para a análise das ações do Ministério da Saúde destinadas a suprir as carências dos profissionais de saúde do SUS durante a pandemia da Covid-19. Em resposta à consulta formal realizada à SGTES, recebeu-se a orientação de identificar tais informações no portal eletrônico do Ministério da Saúde, enquanto a FN-SUS, vinculada ao Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência do Ministério da Saúde (DAHU/MS), disponibilizou relatório com ações de possível interesse à presente pesquisa.

Ao decidir-se por realizar a análise de documentos produzidos pelo Ministério da Saúde, ressaltado seu papel de formulador de políticas orientadoras da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e da gestão dos trabalhadores da saúde, quer seja pelas atividades veiculadas em seu portal eletrônico, quer seja por solicitações telefônicas e por correio eletrônico das coordenações consideradas essenciais para a temática pesquisada, buscou-se identificar em documentos primários as informações que poderiam subsidiar respostas à questão da pesquisa, tendo em vista que tais dados representam uma fonte natural de informações.

Ressalte-se que não foi objetivo da presente pesquisa identificar e esgotar todas as iniciativas do Ministério da Saúde, mas, sim, de tentar identificar, utilizando-se da ferramenta de busca na fonte oficial do ente federal do SUS, uma apresentação estruturada de suas iniciativas e respectivas análises de seu impacto na gestão de recursos humanos no SUS durante a pandemia.

Destacam-se como limitações da busca a falta de visibilidade e acessibilidade na página principal no portal do Ministério da Saúde; o não funcionamento do dispositivo de indexação de temas, limitando os resultados da ferramenta de pesquisa on-line; e o processo de migração para o portal único do Governo Federal (gov.br), que vem ocorrendo desde o ano de 2020.

Resultados

Iniciativas do Ministério da Saúde voltadas à gestão de recursos humanos em saúde no SUS durante a pandemia

Apresentam-se os resultados da análise documental das áreas de interesse consideradas na

presente pesquisa. Em tempo, é mister destacar que tal recorte foi realizado pelo entendimento dos pesquisadores sobre o papel estratégico destes na elaboração de políticas de gestão de recursos humanos em saúde no SUS.

SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

À SGTES, cabe o papel de formular políticas orientadoras da formação, do desenvolvimento, da distribuição, da regulação e da gestão dos trabalhadores da saúde. A ela, vinculam-se o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges), responsável pelas ações de formação, desenvolvimento profissional, educação permanente e educação popular; e o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts), que se ocupa das políticas de gestão, planejamento e regulação do trabalho em saúde¹⁶.

Orientados pela própria SGTES, os pesquisadores realizaram busca das ações desenvolvidas no portal do Ministério da Saúde. Dos achados, destacam-se, no *quadro 1*, as seguintes ações de interesse à presente pesquisa, identificados por data de publicação e por *link* de acesso:

Quadro 1. Iniciativas identificadas na ferramenta de busca do portal do Ministério da Saúde

Data publicação	Identificação da iniciativa	Link de acesso
07/04/2020	Trata de oferta de curso de extensão de carga horária de 15 horas/aula, com orientações gerias ao paciente com Covid-19 na Atenção Primária à Saúde, organizado pela Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS).	https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2020/abril/profissionais-de-saude-serao-capacitados-contra-o-coronavirus
08/05/2020	Trata de suporte psíquico a 267 profissionais de saúde no Amazonas, no projeto 'O Brasil Conta Comigo', voltado aos profissionais que estão na linha de frente do combate à Covid-19, em parceria com a Associação Médica do Amazonas (AMB-AM) e a Associação dos Psiquiatras do Amazonas (AAP).	https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2020/maio/profissionais-de-saude-contam-com-suporte-psiquiatrico-no-sus
30/07/2020	Trata do Projeto 'TelePSI', desenvolvido pelo Ministério da Saúde e pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), por meio de plataforma virtual que disponibilizou, até a data da publicação da matéria, 718 atendimentos de suporte psicológico e psiquiátrico direcionado aos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) que estão na linha de frente do combate à Covid-19 em todo o País.	https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2020/julho/ministerio-da-saude-amplia-apoio-psicologico-a-profissionais-de-servicos-essenciais

Quadro 1. (cont.)

Data publicação	Identificação da iniciativa	Link de acesso
13/08/2020	Trata da estratégia 'O Brasil Conta Comigo', com inscrição de profissionais cadastrados para atuarem no combate à Covid-19 em todo o País. Até a publicação da matéria, foi informado que 468 profissionais, entre médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, farmacêuticos e biomédicos, foram contratados diretamente pelo governo federal e estão reforçando o atendimento dos serviços de saúde nos estados do Amazonas, do Amapá e de Roraima.	https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2020/agosto/mais-de-1-milhao-de-profissionais-de-saude-cadastrados-para-atuar-no-combate-a-covid-19
15/03/2021	Trata de curso de capacitação em vacinação para Covid-19, desenvolvido em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais e a Fundação Oswaldo Cruz, na modalidade a distância autoinstrucional, com carga horária de 50 horas.	https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/saude-e-fiocruz-oferecem-curso-de-capacitacao-em-vacinacao-para-covid-19
08/04/2021	Trata do desenvolvimento e oferta, pela Associação Médica Intensiva Brasileira (Amib) e pela Sociedade Brasileira de Anestesiologistas (SBA), de portal com 25 palestras on-line para instruir e capacitar profissionais da saúde no atendimento de pacientes graves com Covid-19, nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI).	https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/curso-gratuito-capacita-medicos-para-atuarem-nas-uti

Fonte: elaboração própria.

Às demais matérias localizadas, em que pese se referirem a notícias de eventos e reconhecimento pelo Ministério da Saúde da necessidade de investimentos para suprir as urgências da força de trabalho do SUS, não permitiram identificar nenhuma ação mais estruturada que pudesse afetar positivamente a gestão dos recursos humanos no enfrentamento da pandemia.

A análise apontou a existência de diversas ações estratégicas voltadas às necessidades dos recursos humanos em saúde no SUS na pandemia no período pesquisado, porém não foi possível identificar resultados alcançados nas ações desenvolvidas, o que viabilizaria análise qualitativa, que se considera de extrema importância realizar.

Tampouco, ao utilizar a ferramenta de busca do portal, foi possível identificar ações mais específicas voltadas para atração, fixação, benefícios, entre outras iniciativas que pudessem estimular e suprir a carência desses profissionais do SUS na pandemia a partir das necessidades regionais identificadas. Se tais

iniciativas existiram, não foram claramente elencadas nos portais oficiais consultados, muito menos disponibilizadas a pedido dos pesquisadores.

FORÇA NACIONAL DO SUS

Instituída pelo Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011¹⁷, e regulamentada pela Portaria GM/MS nº 2.952, de 14 de dezembro de 2011¹⁸, a FN-SUS é um programa de cooperação voltado à execução de medidas de prevenção, assistência e repressão a situações epidemiológicas, de desastres ou de desassistência à população. Ao Ministério da Saúde, enquanto gestor da FN-SUS, compete, entre outras atribuições, definir as diretrizes operacionais de atuação, estabelecer as diretrizes de seleção, educação permanente e qualificação para a FN-SUS; manter cadastro de profissionais integrantes da FN-SUS para serem convocados e mobilizados para atuação necessárias; manter cadastro de pesquisadores e especialistas em saúde, instituições e serviços

que comporão as respostas coordenadas às emergências em saúde pública; e articular-se com as demais instâncias do SUS na provisão de força de trabalho, de logística e de recursos materiais para assegurar a execução das ações de saúde da FN-SUS.

Das ações desenvolvidas pela FN-SUS, destaca-se a iniciativa realizada no início da pandemia da Covid-19 que, após solicitação

de apoio dos estados ao Ministério da Saúde, realizou cadastro de voluntários da área da saúde para atuação na prevenção e combate à pandemia, posteriormente convocados a trabalhar em diversas unidades federativas. Segundo os dados do DAHU/MS¹⁹, as principais ações realizadas durante o período da pandemia seguem apresentadas no *quadro 2*.

Quadro 2. Identificação de atividades desenvolvidas pela FN-SUS durante o período da pandemia da Covid-19

Período	Ações relatadas
16/04 a 13/05/2020	Atuação de 42 profissionais voluntários (médicos, enfermeiros e fisioterapeutas) para apoio direto na assistência em Manaus/AM;
Outubro de 2020	Apoio no diagnóstico situacional e nas ações de saúde mental e atenção psicossocial no incêndio ocorrido no Hospital Federal de Bonsucesso/RJ;
04/01 a 04/03/2021	Apoio no diagnóstico situacional no estado do Amazonas que possibilitou auxílio na organização da rede de saúde; a transferência de pacientes moderados para outros estados do País; a abertura de novos leitos no interior e na capital; apoio em Saúde Mental e Atenção Psicossocial; apoio na gestão da emergência no Gabinete de Crise em Manaus/AM; e, no treinamento de Evacuação Aeromédica (Evam) em parceria com o Instituto de Medicina Aeroespacial (Imae) e o Ministério da Saúde;
21/01 a 27/02/2021	Realização de diagnóstico situacional, apoio na organização da rede e transferência de pacientes moderados nos estados da região Norte;
18/02 a 09/03/2021	Realização de diagnóstico situacional no município de Coromandel/MG que permitiu o apoio na organização da rede de saúde e coordenação das ações de missão em campo; envio de 19 profissionais voluntários da área médica para assistência direta a pacientes Covid-19; apoio para atuação no pronto atendimento da cidade e apoio na abertura do hospital de campanha; transferência de pacientes dentro do estado de Minas Gerais e apoio para estruturação de ações de saúde mental e atenção psicossocial;
26/02 a 22/03/2021	Realização de diagnóstico situacional nos municípios de Chapecó e Xanxerê/SC que permitiu o apoio na organização da rede de saúde e coordenação das ações de missão em campo; envio de 59 profissionais voluntários da área da saúde para assistência direta a pacientes Covid-19; e capacitação de profissionais da rede local de saúde;
23/03 a 02/04/2021	Realização de diagnóstico no município de Unai/MG que permitiu apoio na organização da rede de saúde; apoio à gestão e coordenação de missão de campo; envio de 13 profissionais voluntários da área da saúde para assistência direta a pacientes Covid-19; e capacitação de profissionais da rede local de saúde;
Atividades desenvolvidas de forma contínua	Troca de experiências e revisão de boas práticas na resposta à Covid-19 por técnicos da FN-SUS por meio de equipe integrada com Opas/Conass/Conasems/MS em diversos estados.

Fonte: elaboração própria.

A análise documental possibilitou identificar que, no período compreendido entre abril de 2020 e abril de 2021, foram realizadas ações de diagnóstico situacional em pelo menos

quatro unidades federadas, com o objetivo de apoio na organização da rede de saúde, além da oferta de 133 profissionais de saúde voluntários para atuar no combate à pandemia. Destaca-se

que as identificações das ações se limitam à descrição de atividades pormenorizadas em breves períodos, havendo apenas uma atividade desenvolvida de forma contínua, que refere a troca de experiências nos estados de Mato Grosso do Sul, Pará, Rio Grande do Norte, Pernambuco, Rio de Janeiro, Mato Grosso, Santa Catarina, Amapá, Rondônia e Acre.

PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Proadi-SUS é uma ação dirigida ao fortalecimento do SUS, em parceria com hospitais filantrópicos que, ao serem reconhecidos como de excelência, tornam-se aptos a apresentar projetos de apoio no âmbito do Proadi-SUS nas seguintes áreas de atuação: i) estudos de avaliação e incorporação de tecnologia; ii)

capacitação de recursos humanos; iii) pesquisas de interesse público em saúde; e iv) desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde²⁰.

Durante a pandemia da Covid-19, os hospitais integrantes do Proadi-SUS estruturaram um plano de ação para atividades de suporte ao SUS no combate à Covid-19, com incorporação de iniciativas em diversos projetos já em andamento, além de mobilizar frentes de trabalho em sua área de atuação regulamentada.

Com o intuito de identificar as ações realizadas pelo Proadi-SUS voltadas aos recursos humanos em saúde no SUS no enfrentamento da Covid-19, o presente estudo realizou uma análise do portfólio de projetos disponibilizado em site próprio do programa, em busca de ações de interesse, em que foi possível identificar um elenco de iniciativas descritas no *quadro 3*.

Quadro 3. Identificação de ações do Proadi-SUS voltadas aos recursos humanos em saúde no SUS no enfrentamento da Covid-19

Nome do projeto	Objetivos gerais do projeto
i) Telessimulação para treinamento a profissionais de saúde do SUS	Operacionalizado pelo Hospital Israelita Albert Einstein, utilizando-se de simulação realística enquanto metodologia de treinamento. Para dar apoio ao combate da Covid-19, as simulações ofereceram treinamentos para o atendimento de pacientes suspeitos ou infectados pelo novo coronavírus.
ii) Iniciativa de qualificação da assistência farmacêutica na atenção básica	Operacionalizado pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz, dentro do projeto de Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, com iniciativa de abordagem sobre os serviços farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde. Por ocasião da Covid-19, foi ofertada Plataforma Assistência Farmacêutica na Atenção Básica no enfrentamento da Covid-19 aos profissionais com possibilidade de troca de experiências.
iii) Suporte a profissionais de saúde do SUS para o combate ao novo coronavírus em Minas Gerais	Operacionalizado pelo Hospital do Coração (HCor) por meio do projeto de implementação das boas práticas no manejo do paciente com síndrome respiratória aguda em decorrência da Covid-19, ofertando qualificações aos profissionais de saúde da rede pública quanto ao uso de ventiladores mecânicos, qualificação sobre definição de protocolos assistenciais, estruturação do fluxo de atendimento ao paciente, entre outros temas.
iv) Projeto Tele UTI-P	Operacionalizado pelo Hospital Moinhos de Vento, dentro do projeto de Qualificação da Assistência em Terapia Intensiva Pediátrica por Telemedicina, ofertou suporte aos profissionais de saúde que trabalham em UTI pediátricas do SUS com apoio a distância a hospitais de Sobral (CE), Palmas (TO) e Rio de Janeiro (RJ). Com a pandemia da Covid-19, o projeto ofertou aumento do seu escopo de trabalho levando os atendimentos para três UTI adultas do SUS, com 98 leitos atendidos em hospitais como Hospital Regional Norte, em Sobral (CE), Hospital Regional do Baixo Amazonas, em Santarém (PA) e Hospital de Clínicas de Passo Fundo, em Passo Fundo (RS).

Quadro 3. (cont.)

Nome do projeto	Objetivos gerais do projeto
v) Apoio à atualização de Protocolo de Manejo Clínico da Covid-19	Operacionalizado pelo Ministério da Saúde, com contribuições estratégicas de consultores do Hospital Alemão Oswaldo Cruz e do Hospital Israelita Albert Einstein na elaboração e revisão documental, o protocolo contempla fluxogramas clínico-operacionais nos diferentes níveis de atenção para orientação aos profissionais de saúde sobre o manejo clínico de pacientes Covid-19.
vi) Suporte a profissionais de saúde da rede pública para o combate ao coronavírus	Operacionalizado pelo HCor, a iniciativa – que faz parte do projeto de boas práticas cardiovasculares – capacitou profissionais de 15 estados para o manejo de diferentes modelos de ventiladores mecânicos para o tratamento de casos graves da Covid-19. Além da qualificação em si, as equipes assistidas têm apoio por teleconsultoria que disponibiliza, via telemedicina, as análises e uma segunda opinião médica.
vii) Plataforma Multiprofissional para apoio a rede pública na pandemia	Operacionalizado pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz, trata de canal aberto para profissionais da saúde tirarem dúvidas em tempo real sobre processos e rotinas assistenciais relacionadas ao novo coronavírus com especialistas de diversas áreas da saúde.
viii) Telessaúde para apoio a profissionais da linha de frente do SUS	Operacionalizado pelo HCor, trata de iniciativa da força-tarefa dos Hospitais do Proadi-SUS no combate ao novo coronavírus, utilizando-se da telessaúde para esclarecer dúvidas, realizar trocas de experiências e dar apoio aos profissionais do SUS que estão na linha de frente no combate à pandemia.
ix) Cursos a distância para capacitação em Pesquisa Clínica	Operacionalizado pelo Hospital Moinhos de Vento, são ofertadas capacitações com o objetivo de qualificar pesquisadores brasileiros.

Fonte: elaboração própria.

A pesquisa do portfólio de projetos, disponibilizado no sítio próprio do programa, possibilitou identificar diversas atividades incorporadas nos projetos descritos no *quadro 3*, desenvolvidos pelos hospitais de excelência que integram o Proadi-SUS, com frentes de trabalho voltadas para a gestão, a avaliação de tecnologias e a capacitação de recursos humanos.

As ações, embora muito bem descritas, com a oferta de protocolos e linhas de cuidado às unidades participantes, com descrição de impactos diretos em diversos indicadores de saúde e, indiretamente, com maior disponibilidade de recursos humanos, são fragmentadas e descontinuadas. Em uma análise macro, não foi possível identificar uma intenção de integração entre os projetos de forma a atuarem coordenadamente, com objetivos únicos de fortalecimento de todo o sistema e, especialmente, com vistas a institucionalizar as experiências vivenciadas pelas unidades participantes desses projetos.

Discussões

Desde a declaração de Emergência de Saúde Pública Nacional (Espin), em 3 de fevereiro de 2020²¹, o País segue sofrendo um processo de sobrecarga do sistema de saúde em todos os níveis de atenção, com imensa pressão sobre a força de trabalho em saúde.

A partir de então, foi oportunizado um aumento, sem precedentes, no volume e na demanda de acuidade na força de trabalho em saúde ao mesmo tempo que houve uma diminuição da oferta desses profissionais, considerados a espinha dorsal dos sistemas de saúde e principais responsáveis pela resposta à crise pandêmica²². Embora isso seja reconhecido, estudos apontam percepções desses profissionais com respeito ao apoio limitado das instituições médicas e de autoridades de saúde pública em relação à própria segurança²³, em situações que levam a diversas respostas psicológicas, com alta prevalência de ansiedade e sintomas depressivos^{24,25}.

Com os significativos atrasos nas respostas aos surtos de doenças globais ou nacionais, como é o caso atual, que se devem, entre outros fatores estruturais, ao déficit de competências específicas nos sistemas públicos de saúde, restou mais clara a crise embutida em outra crise: a generalizada escassez de recursos humanos no setor saúde²⁶.

No contexto global, os países viram-se obrigados a revisitar suas políticas de recursos humanos em saúde, enfatizando a importância de eliminar vulnerabilidades, a exemplo das relacionadas com a organização do trabalho; com a abordagem das desigualdades estruturais entre os segmentos ocupacionais; e com o alinhamento dos níveis de governança, de modo a aumentar a coerência e a eficácia dessas políticas²⁷.

A necessidade do incremento de capacidade da força de trabalho em saúde, tanto para atendimento a pacientes da Covid-19 quanto para manutenção dos atendimentos dos serviços essenciais em saúde, trouxe desafios a todos os países que se utilizaram de estratégias a exemplo do recrutamento de estudantes de medicina e de enfermagem no último ano de curso, assim como de estímulos para voluntários, profissionais de saúde aposentados, inativos ou treinados no exterior e, ainda, a realocação de trabalhadores do setor privado para o setor público²⁸.

São indiscutíveis a participação e a importância de todos os profissionais de saúde durante a pandemia nos diversos níveis de atenção de saúde, entre eles, a Atenção Primária à Saúde (APS), por sua centralidade para o cuidado e capacidade de resposta à maior parte das necessidades de saúde no âmbito individual e coletivo, o que traz a importância de discutir suas contribuições e desafios ante a pandemia, sua capacidade instalada de serviços para o enfrentamento do agravo, entre outras questões importantes dentro do cenário atual²⁹.

No que se refere à demanda da atenção hospitalar, estudo de análise retrospectiva, publicado em abril de 2021, identificou o

aumento das taxas de internações hospitalares e a demanda por leitos de UTI, suporte respiratório avançado e cuidados de saúde por profissionais especializados, afetando o mundo, mas especialmente o Brasil, por sua grande heterogeneidade em suas regiões, refletindo-se, também, na qualidade dos serviços regionais de saúde. Os achados, levantados entre 16 de fevereiro e 15 de agosto de 2020, que consideraram 254.288 pacientes com Covid-19 no Brasil, demonstraram altas taxas de mortalidade entre pacientes internados em UTI (59%), particularmente entre os que receberam ventilação mecânica invasiva (80%), apontando também taxas de mortalidade hospitalar entre pacientes com menos de 60 anos da ordem de 31% na região Nordeste contra 15% na região Sul³⁰.

No Brasil, as diversas iniciativas para organizar nacionalmente o aparato de resposta a emergências públicas foram instituídas nas duas últimas décadas, não havendo, entretanto, planos de contingência específicos que tratassem de epidemias por um novo coronavírus. As diversas preocupações, entre elas, a necessidade de reforço de profissionais, tiveram como resposta o alicerce do SUS, com sua ampla e capilarizada rede de atenção primária, serviços especializados, hospitalares e de urgência e um modelo de gestão descentralizado com mecanismos formais de participação da sociedade³¹.

Ocorre, porém, que, no âmbito político, a saúde sempre foi tratada como um tema periférico. Agrava, no entanto, o evidente propósito do atual governo federal em desconstruir um sistema considerado como um dos mais abrangentes do mundo, por meio de uma postura e de um discurso cada vez mais negacionista, fragilizando a estrutura de proteção social em um contexto pandêmico de aumento da pobreza e das desigualdades sociais.

Considerações finais

As deficiências deflagradas pela pandemia escancararam o descabimento do senso

individual ante o senso coletivo e a dependência da ciência e de tecnologias avançadas para o enfrentamento de uma crise mundial. Dificuldades defrontadas por todos os países foram também evidenciadas, sobretudo naqueles mais vulneráveis e em desenvolvimento. Mobilizar esforços e recursos para diminuir os impactos da pandemia, com foco nas políticas sociais, ao lado de mecanismos de cooperação internacionais são estratégias fundamentais para que o mundo possa se preparar para lidar com a atual e com futuras possíveis crises sanitárias.

Em que pese ao presente estudo ter identificado diversas iniciativas do Ministério da Saúde no curso da pandemia em prol da atuação dos recursos humanos em saúde no SUS, observou-se que estas foram implementadas de forma isolada, fragmentada, descontinuada e sem uma adequada avaliação de resultados alcançados, o que inviabilizou a qualificação dos resultados de modo mais sistematizado. Tais características de setorização e fragmentação identificadas, sem planejamentos conjuntos e ações articuladas, inviabilizam a gestão de qualquer política pública, além de expor a paralelismos e duplicidade das intervenções. Seu enfrentamento pressupõe decisão política, articulação entre setores e complementariedade das ações, buscando olhar para a totalidade das demandas identificadas por ocasião da pandemia.

Sabe-se que existiram outras iniciativas durante o período pesquisado, estas, porém, não foram devidamente elencadas nos portais

oficiais consultados, tampouco disponibilizadas a pedido dos pesquisadores. A inexistência dessas informações inviabilizou uma análise mais ampla e estruturada, objetivo que se pretendia alcançar. Tal condição, por si só, evidencia, minimamente, falta de transparência, de comunicação e de organização de suas coordenações, funções inerentes ao seu papel de coordenador nacional na condução das ações de saúde no País, o que é incompatível com o caráter democrático do SUS.

Uma análise mais estruturada das diferentes e diversas estratégias de força de trabalho em saúde empregadas durante a pandemia da Covid-19, incluindo as realizadas em países que se assemelham, de alguma forma, à estrutura do Brasil, seria benéfica para reconsiderar as atuações, em curto prazo, dos gestores, com fins de mitigação da problemática, e, em longo prazo, para sua supressão. Do ponto de vista acadêmico, o presente estudo conclui pela necessidade de ampliar as pesquisas no âmbito das políticas públicas de saúde, em especial, no que se refere à força de trabalho em saúde no Brasil para atuação em pandemias.

Colaboradores

Lopes LT (0000-0002-1512-3818)* contribuiu para concepção, planejamento, análise e redação do artigo. Barros FPC (0000-0003-1188-7973)* contribuiu para levantamento bibliográfico, elaboração e revisão. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política de Recursos Humanos para o SUS: balanço e perspectiva. Brasília, DF: MS; 2002. [acesso em 2020 jan 2]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_16.pdf.
2. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Conass Documenta 38: A Atenção Primária à Saúde no SUS: Avanços e Ameaças. Brasília, DF: Conass; 2021.
3. Campos GWS. SUS: o que e como fazer? Ciênc. Saúde Colet. 2018 [acesso em 2020 jan 2]; 23(6):1707-1714. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ZPYBXcTXwZvLh5H9PDzvxp/?format=pdf&lang=pt> DOI: 10.1590/1413-81232018236.05582018.
4. Almeida LPVG, Ferraz CA. Políticas de formação de recursos humanos em saúde e enfermagem. Rev. Bras. Enferm. 2008 [acesso em 2020 jan 2]; 61(1):31-35. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000100005.
5. Padilla M, Pinto ICM, Nunes TCM. Trabalho e educação em saúde: desafios para a garantia do direito à saúde e acesso universal às ações e serviços no Sistema Único de Saúde. In: Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório 30 anos de SUS: que SUS para 2030? Brasília: Opas, 2018. p. 139-158.
6. Souza SV, Rossit RAS. Dilemas e perspectivas dos recursos humanos em saúde no contexto da Pandemia. Enferm. Foco. 2020 [acesso em 2020 jan 2]; 11(esp1):68-73. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3624/805>.
7. Besen BAMP. Abordagem clínica do paciente com SRAG por Covid-19. In: Santos AO, Tolêdo L. Acesso e Cuidados Especializados. Brasília, DF: Conass; 2021. p. 60-81. (Coleção Covid-19; v. 5). [acesso em 2020 jan 2]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/volume-5-acesso-e-cuidados-especializados>.
8. Satomi E, Souza PMR, Thomé BC, et al. Alocação justa de recursos de saúde escassos diante da pandemia de COVID-19: considerações éticas. Einstein (São Paulo). 2020 [acesso em 2020 jan 2]; (18):1-5. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/vTdGYcZkxvFYjZGZH9cNN4v/?lang=pt&format=html>.
9. Silva KR, Souza FG, Roquete FF, et al. Alocação de recursos para assistência à saúde em tempos da pandemia de COVID-19: revisão integrativa. Rev. Bras. Enferm. 2020 [acesso em 2020 jan 2]; 73(supl2):1e20200244. Disponível em <https://www.scielo.br/j/reben/a/6LL7rbkFkVXnccNdGGdMFMz/?lang=pt&format=html> DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0244>.
10. Rajan S, Khunti K, Alwan N, et al., editores. In the wake of the pandemic: preparing for Long COVID. Policy Brief 39. Copenhagen: WHO; 2021. [acesso em 2020 jan 2]. Disponível em: [https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/in-the-wake-of-the-pandemic-preparing-for-long-covid-\(2021\)](https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/in-the-wake-of-the-pandemic-preparing-for-long-covid-(2021)).
11. Garcia Junior EF, Medeiros S, Augusta C. Análise documental: uma metodologia da pesquisa para a Ciência da Informação. Temática. 2017 [acesso em 2020 jan 2]; 13(7):138-150. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/tematica/article/view/35383/18042>.
12. Lima Junior EB, Oliveira GS, Santos ACO, et al. Análise documental como percurso metodológico na pesquisa qualitativa. Cad. Fucamp. 2021 [acesso em 2020 jan 2]; 20(44):36-51. Disponível em: <https://www.fucamp.edu.br/editora/index.php/cadernos/article/download/2356/1451>.
13. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. [data desconhecida]. [acesso em 2021 mar 26]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes>.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Força Nacional do SUS (FN-SUS). [data desconhecida]. [acesso em 2021 abr

- 2]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/forca-nacional-do-sus/forca-nacional-do-sus>.
15. Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde. PROADI-SUS no combate à Covid-19. [data desconhecida]. [acesso em 2021 mar 29]. Disponível em: <https://hospitais.proadi-sus.org.br/>.
 16. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Glossário Temático: Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Projeto de Terminologia da Saúde. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013. [acesso em 2020 jan 2]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_gestao_trabalho_educacao_saude_2ed.pdf.
 17. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011. Dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional - ESPIN e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde - FN-SUS. Diário Oficial da União. 18 Nov 2011. [acesso em 2020 jan 2]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/d7616.htm.
 18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.952, de 14 de dezembro de 2011. Regulamenta, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011, que dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS). Diário Oficial da União. 18 Nov 2011. [acesso em 2020 jan 2]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2952_14_12_2011.html.
 19. Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgências, Coordenação Geral da Força Nacional do SUS. Força Nacional do SUS. Brasília, DF: MS; 2018.
 20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM MS nº 2.814, de 22 de dezembro de 2014. Redefine regras e critérios para a formalização, apresentação, análise, aprovação, monitoramento e avaliação de projetos no âmbito do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), bem como sua sistemática de gestão e fluxo processual. Diário Oficial da União. 24 Dez 2014. [acesso em 2020 jan 2]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2814_22_12_2014.html.
 21. Brasil. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Diário Oficial da União. 4 Fev 2020. [acesso em 2020 jan 2]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>.
 22. Bourgeault IL, Maier CB, Dieleman M, et al. The COVID-19 pandemic presents an opportunity to develop more sustainable health workforces. *Hum Resour. Health.* 2020 [acesso em 2020 jan 2]; (18):83. Disponível em: <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-020-00529-0>.
 23. Delgado D, Quintana FW, Perez G, et al. Personal Safety during the COVID-19 Pandemic: Realities and Perspectives of Healthcare Workers in Latin America. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2020 [acesso em 2020 jan 2]; 17(8):2798. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/8/2798/htm>.
 24. Braquehais MD, Vargas-Cáceres S, Gomes-Durán E, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare professionals. *QJM.* 2020 [acesso em 2020 jan 2]; 113(9):613-617. Disponível em: <https://academic.oup.com/qjmed/article/113/9/613/5860843?login=true>.
 25. 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 2020 jan 2]; 25(9):3465-3474. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2020.v25n9/3465-3474/>.
 26. Ferrinho P, Hartz ZMA, Fortunato P. Pandemias, epidemias, crises humanitárias e recursos humanos em

- saúde. An. Inst. Hig. Med. 2020 [acesso em 2020 jan 2]; 19:4-6. Disponível em: https://run.unl.pt/bitstream/10362/116492/1/Pandemias_epidemias_crises_humanitarias_e_recursos_humanos_em_sa_de.pdf.
27. Denis JL, Côté N, Fleury C, et al. Global health and innovation: A panoramic view on health human resources in the COVID-19 pandemic context. *Int. J. Health Plann. Mgmt.* 2021 [acesso em 2020 jan 2]; 36(S1):58-70. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/hpm.3129>.
28. Maier CB, Scarpetti G, Williams GA. What strategies are countries using to expand health workforce surge capacity to treat COVID-19 patients? WHO Regional Office for Europe. 2020 abr 23. [acesso em 2020 jan 2]. Disponível em: <https://analysis.covid19healthsystem.org/index.php/2020/04/23/what-strategies-are-countries-using-to-expand-health-workforce-surge-capacity-to-treat-covid-19-patients/>.
29. Cabral ERM, Melo MC, Cesar ID, et al. Contribuições e desafios da Atenção Primária à Saúde frente à pandemia de COVID-19. *Inter. Am. J. Med. Health.* 2020 [acesso em 2020 jan 2]; (3):e202003012. Disponível em: <https://www.iajmh.com/iajmh/article/view/87/130>.
30. Ranzani OT, Bastos LSL, Gelli JGM, et al. Characterisation of the first 250,000 hospital admissions for COVID-19 in Brazil: a retrospective analysis of Nationwide data. *Lancet Respir. Med.* 2021 [acesso em 2020 jan 2]; 9(4):407-418. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2213-2600%2820%2930560-9>.
31. Henriques CMP, Vasconcelos W. Crises dentro da crise: respostas, incertezas e desencontros no combate à pandemia da Covid-19 no Brasil. *Estud. Av.* 2020 [acesso em 2020 jan 2]; 34(99):25-44. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/BWWTW6DL7CsVWYr-qcMQYVkB/abstract/?lang=pt>.

Recebido em 19/08/2021

Aprovado em 10/03/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Condições socioeconômicas e impactos da pandemia da Covid-19 na região da Sub-Bacia do Canal do Cunha, Rio de Janeiro

Socioeconomic conditions and impacts of the COVID-19 pandemic in the Canal do Cunha Sub-Basin region, Rio de Janeiro municipality

Adriana Sotero Martins¹, Marilda Agudo Mendonça Teixeira de Siqueira², Geane Lopes Flores², Wagner Nazário Coelho³, Elvira Carvajal⁴, Maria de Lourdes Aguiar-Oliveira²

DOI: 10.1590/0103-1104202213303

RESUMO O Município do Rio de Janeiro (MRJ) estava entre as cidades com altas taxas de mortalidade ao longo da pandemia de Covid-19. Neste estudo, analisamos as taxas de incidência, de mortalidade e letalidade por Covid-19 nas áreas com predominância de Aglomerados Subnormais (ASN). Foram considerados todos os 36 bairros da Sub-Bacia do Canal do Cunha (SBCC) associadas às características demográficas, socioeconômicas e epidemiológicas, com estatística espacial de Moran. A taxa de incidência nos bairros da SBCC foi de 621,5/10.000 habitantes. Complexo do Alemão, Mangueira, e Maré tiveram maiores proporções de casos e mortes. A menor incidência (33,6/10.000 habitantes) e mortalidade (8,3/10.000 habitantes), mas com maior taxa de letalidade (24,7%) foi registrada no Complexo do Alemão. Foi observado correlação negativa entre a taxa de mortalidade e a proporção de habitantes nos bairros com ASN ($\rho = -0,433$; $p = 0,023$). Na estatística espacial, houve correlação inversa para a incidência da Covid-19 (índice Moran, $-0,155863$; $p = 0,02$). Conclui-se que incidência e mortalidade nas áreas de ASN estão significativamente relacionadas com as estruturas sociodemográficas, demandando o reforço dos sistemas de vigilância e de controle da Covid-19 em territórios de favelas. As recomendações não farmacológicas e a Atenção Primária à Saúde em favelas desempenham relevante papel na redução da transmissão, mortalidade e iniquidades em saúde.

PALAVRAS-CHAVE Covid-19. Áreas de favelas. Incidência. Mortalidade. Estatística espacial.

ABSTRACT Along COVID-19 pandemics, Rio de Janeiro (MRJ) has figured among the Brazilian cities with the highest mortality rates. In this study, we explored COVID-19 incidence and mortality in areas with a predominance of subnormal population clusters (SNC) in MRJ. We analyzed 36 neighborhoods of Canal do Cunha Sub-basin (CCSB) and the associations between demographic, socioeconomic, and epidemiological features, and the cumulative incidence, mortality, and lethality rates, and Moran's spatial statistics were performed. The incidence rate in CCSB neighborhoods was 621.5/10,000 inhabitants. Complexo do Alemão, Mangueira, and Maré had the highest proportions of cases and deaths. And the lowest incidence (33.6/10,000 inhabitants), mortality (8.3/10,000 inhabitants), but with the highest lethality rate (24.7%) was recorded in Complexo do Alemão. There was a negative correlation between mortality and the proportion of inhabitants in neighborhoods with ASN ($\rho = -0.433$; $p = 0.023$). In spatial statistics, there was an inverse correlation for the incidence (Moran index, -0.155863 ; $p = 0.02$). It is concluded that incidence and mortality in SNC areas are significantly related to their sociodemographic structures, highlighting the need to strengthen the surveillance and control systems of COVID-19 in slums territories. Non-pharmacological recommendations and suitable Primary Health Care in slums areas play a relevant role in reducing viral transmission, mortality, and health inequities.

KEYWORDS COVID-19. Population subnormal clusters. Incidence. Mortality. Spatial statistics.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio Janeiro (RJ), Brasil. adrisotermartins@gmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Oswaldo Cruz (IOC), Laboratório de Vírus Respiratórios e Sarampo – Rio Janeiro (RJ), Brasil.

³Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio Janeiro (RJ), Brasil.

⁴Universidade do Estado do Rio Janeiro (UERJ), Instituto de Biologia Roberto Alcântara Gomes (Ibrag), Departamento de Biologia Celular (DBC) – Rio Janeiro (RJ), Brasil.

Introdução

Em dezembro de 2019, foram relatados em Wuhan, China, os primeiros casos de pneumonia atípica de origem desconhecida, os quais foram posteriormente associados à infecção por um novo coronavírus^{1,2}, o Sars-CoV-2³. No ser humano, o Sars-CoV-2 pode causar desde infecção assintomática até doença multissistêmica, com envolvimento respiratório, gastrointestinal, hepático e neurológico^{4,5}. O vírus é transmitido principalmente por gotículas infectadas pelo Sars-CoV-2 libertadas por indivíduos infectados⁶; evidências crescentes sugerem um papel da transmissão viral pelo ar, via aerossóis, particularmente em ambientes fechados e em aglomerações⁷⁻¹¹. A exposição viral pode ocorrer através do contato com superfícies contaminadas¹², embora não seja uma via importante de propagação viral. Como o Sars-CoV-2-RNA tem sido sistematicamente detectado em águas residuais e superficiais¹³, o potencial de transmissão fecal-oral tem sido debatido¹⁴, apesar de não haver relatos de contaminação por água ou alimentos¹⁵.

Após os casos na China, o Sars-CoV-2 rapidamente se disseminou pela Ásia e Europa, levando a Organização Mundial da Saúde (OMS) a declarar a pandemia de Covid-19 em março de 2020¹⁶. O cenário epidemiológico variou em diferentes países, de acordo com a sua fase epidêmica e as intervenções adotadas, incluindo a vacinação¹⁷⁻¹⁹.

No início de fevereiro de 2020, o Brasil declarou a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (Espin). Em 26 de fevereiro, foi registrado o primeiro caso importado de Covid-19 em São Paulo e, desde então, o cenário epidemiológico evoluiu segundo as especificidades regionais²⁰⁻²³. No início de 2021, ocorreu um recrudescimento da pandemia em todo território nacional, alcançando 12.534.688 de casos confirmados e 312.206 óbitos em março²⁴. As taxas nacionais de incidência e mortalidade eram da ordem de 5.964/100.000 habitantes e 148,6/100.000 habitantes, respectivamente, e estão ainda em ascensão em

março de 2021, em todas as regiões do País. A taxa de letalidade foi estimada em 2,5%²⁴. Em nível nacional, o aumento significativo do número de casos graves e mortes exerceu grande impacto no Sistema Único de Saúde, que se encontra no limite da sua capacidade de atendimento.

No estado do Rio de Janeiro, o primeiro pico epidêmico ocorreu em maio de 2020. Contudo, desde janeiro de 2021, observou-se um novo aumento das taxas de incidência e mortalidade, atingindo 3698,1 casos/100.000 habitantes e 208,7 mortes/100.000 habitantes em março de 2021²⁴. Em abril, a cidade do Rio de Janeiro contabilizou um total de 245.106 casos confirmados e 22.477 mortes, com taxas de incidência, mortalidade e letalidade de 3679,5/100.000 habitantes, 337,4/100.000 habitantes, e 9,2%, respectivamente, exibindo a 5ª maior taxa de mortalidade no Brasil²⁵.

Na cidade do Rio de Janeiro, 22% da população vive em áreas de favelas²⁶. A região da Sub-Bacia do Canal do Cunha (SBCC) possui o maior contingente de pessoas morando em favelas no município. A SBCC ocupa um território de 7.015,99 hectares, compreendendo 36 bairros que abrigam 133 comunidades e 24 loteamentos irregulares²⁶. Esses territórios cresceram desordenadamente ao longo do tempo. Assim, as infraestruturas urbanas são precárias, possuem condições de moradia e de saneamento básico – abastecimento de água, tratamento de esgotos, coleta de resíduos e drenagem – inadequadas e sofrem frequente desabastecimento de água²⁷. Além disso, a alta densidade populacional, número de agregados familiares e baixa renda per capita são características comuns das comunidades²⁸, favorecendo a incidência de doenças, especialmente as associadas à vulnerabilidade social²⁹, tais como a Covid-19³⁰.

As pandemias têm sido um desafio em países que apresentam profundas desigualdades sociais, como o Brasil³¹. Nesse cenário, as mortes por Covid-19 em locais como Nova York e outras áreas metropolitanas dos Estados Unidos têm sido associadas a questões étnicas

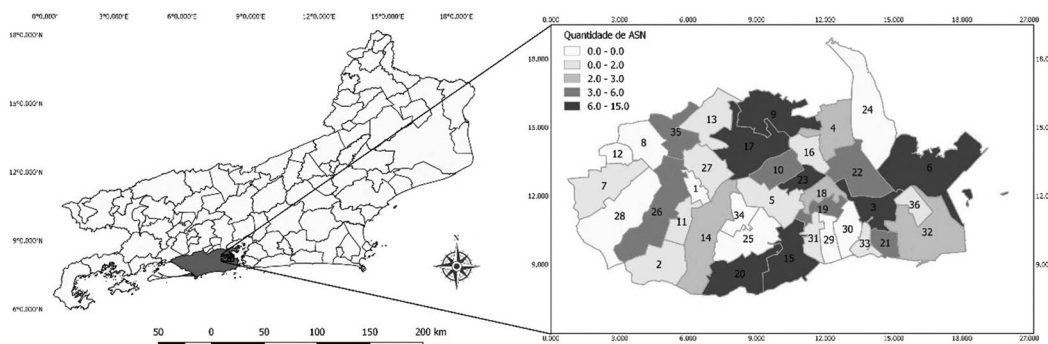
e a disparidades sociais e de saúde, incluindo as comorbidades associadas ao Covid-19³².

Nesse sentido, o objetivo deste trabalho foi o de avaliar os aspectos epidemiológicos da Covid-19 por meio das dimensões demográficas e socioeconômicas da região da SBCC, área com o maior percentual de Aglomerados Subnormais (ASN) e um dos mais baixos índices de desenvolvimento humano da cidade do Rio de Janeiro³³. Tais informações são relevantes para adequar as políticas e estratégias de saúde para o controle e prevenção da Covid-19 em bairros com alta concentração de favelas.

Material e métodos

Trata-se de estudo observacional, ecológico e analítico que contempla as taxas de incidência, mortalidade e letalidade no território de abrangência da SBCC. Essa área compreende 36 bairros da cidade do Rio de Janeiro³³ e, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010²⁶, há áreas de ASN em 27 bairros (*figura 1*). De acordo com dados oficiais, 207.175 casos confirmados de Covid-19 foram notificados para os 36 bairros da SBCC no período de 13.3.2020 a 5.2.2021²⁵.

Figura 1. Mapa da localização da Sub-Bacia do Canal do Cunha (SBCC) no Município do Rio de Janeiro, Brasil, destaque para a quantidade de Aglomerados Subnormais (ASN) por bairros, 2010



Fonte: elaboração própria.

1. Abolição; 2. Água Santa; 3. Benfica; 4. Bonsucesso; 5. Cachambi; 6. Caju; 7. Cascadura; 8. Cavalcante; 9. Complexo do Alemão; 10. Del Castilho; 11. Encantado; 12. Engenheiro Leal; 13. Engenho da Rainha; 14. Engenho de Dentro; 15. Engenho Novo; 16. Higienópolis; 17. Inhaúma; 18. Jacaré; 19. Jacarezinho; 20. Lins de Vasconcelos; 21. Mangueira; 22. Manguinhos; 23. Maré; 24. Maria da Graça; 25. Méier; 26. Piedade; 27. Pilares; 28. Quintino; 29. Riachuelo; 30. Rocha; 31. Sampaio; 32. São Cristóvão; 33. São Francisco Xavier; 34. Todos os Santos; 35. Tomás Coelho; 36. Vasco da Gama.

Os bancos de dados foram construídos em Sistema de Informação Geográfica (SIG) e os registros sobre a Covid-19 foram consultados no portal da Prefeitura do Rio de Janeiro, Painel Rio Covid-19²⁵, como arquivo CSV criado em 22.4.2020, atualizado até 4.3.2021.

Para efeitos do estudo, a taxa de incidência acumulada por 10.000 habitantes corresponde a número de novos casos acumulados por número de habitantes no bairro *10.000. A taxa

de mortalidade acumulada por 10.000 habitantes é calculada pelo número de mortes acumuladas por número de habitantes no bairro *10.000. E a taxa de letalidade acumulada é igual ao número de mortes acumuladas por número de casos *100. Estas três taxas foram consideradas as variáveis dependentes.

As variáveis independentes foram definidas como bairros de residência; proporção de ASN por bairro, percentual de grupos étnicos, idade;

razão de renda (em BRL), e indicadores de saneamento, medido pelo acesso à água e coleta de esgoto. Os dados foram obtidos a partir de bases de dados públicos, como o IBGE, o Instituto Pereira Passos do Rio de Janeiro (IPP) e o Sistema Nacional de Saneamento (SNIS), todos para o ano de 2018.

As análises descritivas e bivariadas (correlação Spearman) foram realizadas utilizando o *software* BioEstat[®]. A significância foi estabelecida em 5% ($p < 0,05$). Para criar os mapas temáticos, foi utilizado o programa QGIS 2.18.4. E a estatística espacial de Moran foi realizada no programa TerraView Social Polícies versão 4.2.2. Calcularam-se os índices globais (Box Map) e locais (Moran Map) de Moran a fim de medir a intensidade da autocorrelação espacial, ou seja, com que as taxas de incidência e de mortalidade Covid-19 foram correlacionadas no do espaço geográfico.

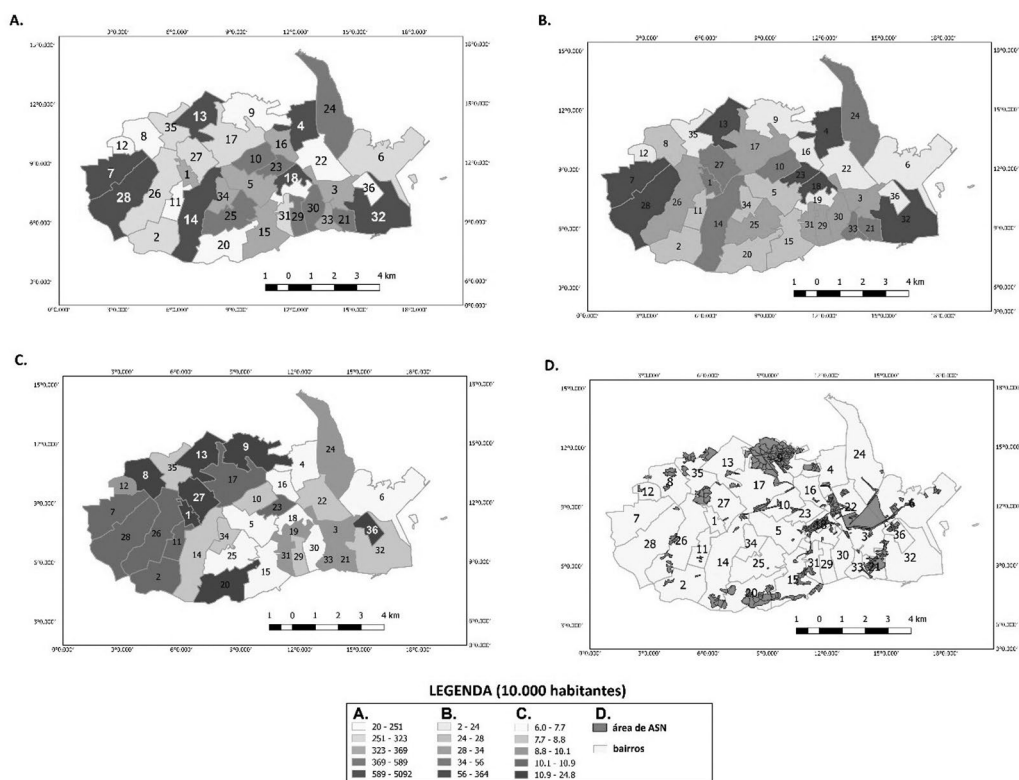
Resultados

Na SBCC, 71% dos bairros possuem ASN no seu território e cerca de metade (34%) da população total da SBCC vive nessas áreas²⁶. Portanto, embora não seja a maioria da população da SBCC, a população dos bairros com ASN é a que possui condições socioeconômicas mais baixas, exibindo renda média de 7,8 vezes

inferior à renda média da população não residente nessas áreas. Esses dados corroboram os encontrados para o município do Rio de Janeiro, que tinha cerca de 763 áreas de ASN, com 68,8% da população residindo em regiões de ASN³⁴.

Dentre os 36 bairros da SBCC, o Méier apresentou o maior número de casos confirmados por Covid-19 (N=2641) e de mortes (N=180). Dentre os bairros que possuem ASN no seu território, Bonsucesso apresentou o maior número de casos confirmados (N=1765), enquanto a Maré que teve o maior número de óbitos (N=169). O número mais baixo de casos absolutos foi observado em Vasco da Gama (N=60), com uma relação entre casos e mortes de 56,6%. O número absoluto mais baixo de óbitos foi observado em Engenheiro Leal, um bairro sem ASN. A proporção mais elevada entre casos e mortes foi observada no Complexo do Alemão, Mangueira e Maré (100,0%), bairros com muitos ASN. Em contraste, nove bairros da SBCC apresentaram taxa de letalidade de 0,0%: Abolição, Cavalcante, Engenheiro Leal, Maria da Graça, Méier, Quintino, Riachuelo, Rocha e Todos os Santos. Até 2010, as áreas de ASN não tinham sido descritas nesses bairros²⁶. A distribuição dos casos de Covid-19 e óbitos de moradores dos bairros da SBCC está representada na *figura 2*.

Figura 2. Distribuição espacial na cidade do Rio de Janeiro (MRJ) para: taxa de incidência da Covid-19 (A), taxa de mortalidade (B), taxa de letalidade (C), período de 13/03/2020 – 05/02/2021; áreas de ASN nos bairros da SBCC (D), dados IBGE de 2010



Fonte: elaboração própria.

O grupo mais acometido pela infecção da Covid-19 na SBCC e nos bairros com ASN da SBCC foi a faixa etária de 30 a 39 anos (21%), seguido pelas pessoas com idades de 40 a 49 anos (19,9%). As duas faixas etárias foram responsáveis pela média de 40,1% dos casos, compondo um grupo etário com maior potencial transmissor em comparação as outras faixas etárias. Nota-se que nestas mesmas faixas etárias o percentual de pessoas que evoluem a óbito foi de 2,5% e 6,5%, respectivamente. Porém nos bairros com ASN chama atenção o percentual de infecção nas faixas de 20 a 29 anos, 30 a 39 anos e 40 a 49 anos foram sempre maiores do que os da SBCC como um todo, sendo 13,6%, 21,5% e 20,1%, respectivamente. Ao analisar os grupos que compõem as

faixas etárias mais avançadas, observa-se que o percentual de óbito foi mais alto. Na faixa etária entre 70 e 79 anos os infectados representaram 7,3% do total de casos de Covid-19, porém o percentual de óbitos foi de 26,7%, e uma taxa de letalidade de 34,2%. Em relação ao sexo, dentre as pessoas infectadas as mulheres apresentam um percentual maior que os homens, representando 52,9% do total de casos registrados, percentuais que variaram muito pouco ao longo de toda epidemia, sugerindo que o sexo não foi uma exposição ao risco de infecção por Sars-CoV-2.

A taxa de incidência acumulada na população dos 36 distritos da SBCC foi de 621,5 casos por 10.000 habitantes, com uma mediana de 333,4 casos por 10.000 habitantes. Os valores

mais elevados de incidência acumulada e mortalidade foram registrados em Bonsucesso, com 5091,8 casos por 10.000 habitantes e 364,3 mortes por 10.000 habitantes, respectivamente, retificando relatórios anteriores³⁴. Nesse contexto, é relevante salientar que moradores de ASN de bairros no entorno podem estar se declarando como residentes desse bairro, que possui maior projeção social nesse território, introduzindo supostos enviesamentos no sistema de notificação relativos ao local de residência na notificação.

Curiosamente, a menor incidência acumulada (33,6 por 10.000 habitantes) e a menor mortalidade (8,3 por 10.000 habitantes), embora com a maior taxa de letalidade (24,7%), foram registradas no Complexo do Alemão, bairro com todo território ocupado por ASN. Números semelhantes para as duas primeiras taxas foram encontrados no bairro Vasco da Gama, região com baixa quantidade de ASN. Em contraste, as mais baixas taxas de mortalidade foram registradas no Jacarezinho (7,4 por

10.000 habitantes). Os bairros de Bonsucesso e Higienópolis apresentaram a taxa de letalidade mais baixa (7,2%), bairros da SBCC com melhores condições socioeconômicas em relação aos demais.

Considerando as características socioeconômicas dos casos de Covid-19 em moradores dos bairros da SBCC com ASN, não houve correlação significativa quando se considerou a proporção de pretos e pardo. Em contraste, para os valores médios de renda em Reais (R\$), ficou evidenciada a diferença entre grupos populacionais: cidade do Rio de Janeiro (R\$1.234,83 ± 164,24), na SBCC (R\$524,71±9,28) e nos bairros da SBCC que possuem ASN (R\$380,91±5,78). No entanto, essa variável não foi estatisticamente correlacionada com os resultados da Covid-19 nestas análises (tabela 1). Finalmente, foi encontrada uma correlação negativa e significativa entre a taxa de mortalidade Covid-19 e a proporção de habitantes nos bairros com ASN ($\rho = -0,433$; $p = 0,023$).

Tabela 1. Correlação entre indicadores de casos e óbitos por Covid-19 e características socioeconômicas da população de bairros da SBCC. Rio de Janeiro, Abril 2020 – Abril 2021

Variável	Incidência Acumulada	Mortalidade Acumulada	Letalidade Acumulada
Percentual de pretos e pardos	0,172	0,157	-0,277
Razão de renda	0,209	0,160	0,009
Percentual de acesso a água	-0,044	-0,114	-0,259
Percentual de coleta de esgoto	-0,025	-0,151	-0,122
Proporção de hab. em áreas de ASN	-0,366	-0,433*	0,046

Fonte: elaboração própria.

* $\rho = -0,433$; $p = 0,023$.

As análises espaciais basearam-se, inicialmente no índice global de Moran, fornecendo um valor único como medida de associação espacial para todo o conjunto de dados, ou seja, em toda SBCC. Para a taxa de incidência acumulada de Covid-19, o índice Moran foi de -0,155863 ($p = 0,02$), evidenciando correlação inversa significativa e baixo índice

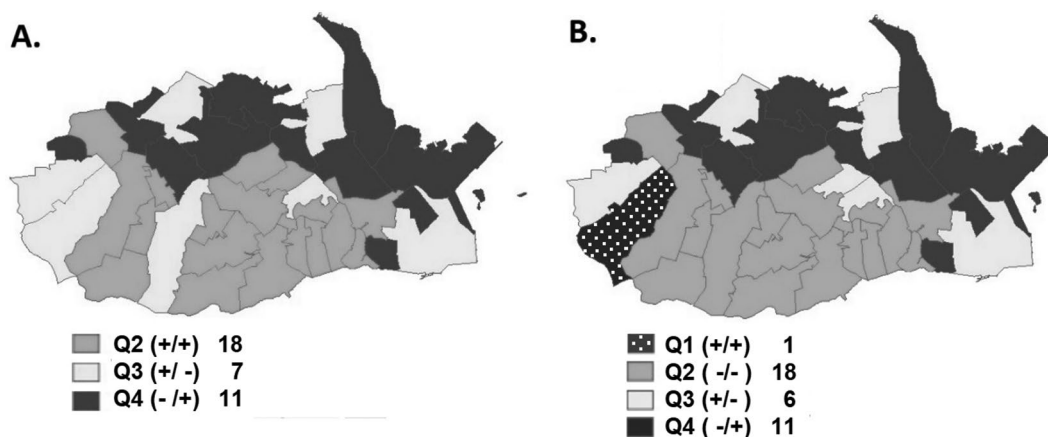
de associação. Encontraram-se valores semelhantes, mas não significativos, quando a taxa de mortalidade acumulada foi considerada espacialmente (índice global de Moran = -0,153886, $p = 0,07$).

Os resultados da avaliação espacial global (BoxMap) para as taxas de incidência e de mortalidade da Covid-19 na SBCC são mostrados

na *figura 3*. Para a taxa de mortalidade, foi encontrada uma autocorrelação espacial positiva apenas no bairro de Cascadura (grupo preto com pontos branco, +/+). Os bairros na macrorregião sul da SBCC (em cinza escuro) mostraram uma associação espacial positiva

tanto para a incidência acumulada (*figura 3 – A*) como para as taxas de mortalidade (*figura 3 – B*). Para as áreas restantes, principalmente as localizadas no Norte e Sudeste da SBCC, foram encontrados outros bairros com associação espacial negativa (cinza claro e preto).

Figura 3. Análise espacial do tipo BoxMap (Global) para Taxa de Incidência (A) e Taxa de Mortalidade (B) de Covid-19 nos bairros da SBCC, Rio de Janeiro, até abril de 2020

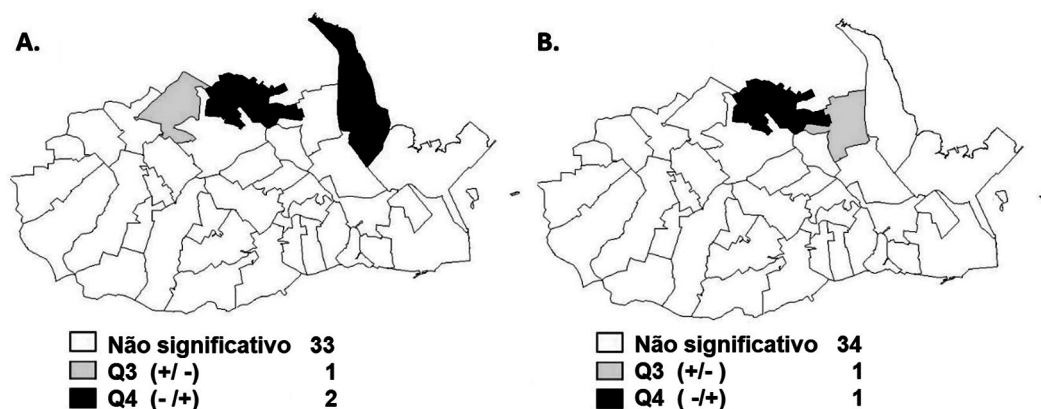


Fonte: elaboração própria.

Além disso, o índice local de Moran (Moran Map) foi utilizado para explorar as correlações espaciais específicas dos bairros da SBCC. Esse indicador decompõe a análise global em contribuições individuais, permitindo a identificação de agrupamentos com dependência espacial. Valores significativamente elevados indicam elevada probabilidade de associação espacial entre os bairros. Após a decomposição, não foi possível tirar conclusões para a maioria

dos bairros da SBCC (N = 34 para taxas acumuláveis). Na análise para a taxa de incidência, os bairros de Engenho da Rainha, Complexo do Alemão e Maria da Graça mostraram uma dependência espacial intermediária. Na análise espacial da taxa de mortalidade acumulada, foram observados valores semelhantes para os bairros do Complexo do Alemão e de Bonsucesso, demonstrando associação espacial nessas áreas (*figura 4*).

Figure 4. Análise espacial do tipo Moran Map (Local) para Taxa de Incidência (A) e Taxa de Mortalidade (B) de Covid-19 nos bairros da SBCC, Rio de Janeiro, até abril de 2020



Fonte: elaboração própria.

Discussão

Neste estudo, investigamos a incidência e a mortalidade por Covid-19 na SBCC, uma área do município do Rio de Janeiro que compreende bairros com alta concentração de ASN, áreas de baixo padrão socioeconômico, alta densidade populacional e condições precárias de habitação e saneamento³³. Dados históricos têm evidenciado que a pobreza, as desigualdades e os determinantes sociais de saúde favorecem a propagação de doenças infecciosas, contribuindo significativamente para a morbidade e mortalidade³⁵.

Na SBCC, cerca de 41,0% dos indivíduos acometidos pela Covid-19 se encontravam na faixa etária de 30 e 49 anos. Entre os residentes das áreas de ASN, no entanto, pôde ser percebida uma mudança de idade para adultos mais jovens, dado que se chegou a 13,6% de casos em indivíduos na faixa de adultos jovens de 20 e 29 anos. Além disso, apenas 7,3% das infecções virais foram notificadas em indivíduos mais velhos (70-79 anos), mas com uma taxa de letalidade mais elevada, como esperado³⁶. Esse padrão etário poderia explicar parcialmente a baixa mortalidade acumulada em parte dos bairros que abrigam áreas com ASN,

como o Complexo do Alemão, Jacarezinho e Mangueira. É também relevante salientar que esses bairros compõem uma das zonas mais violentas da cidade do Rio de Janeiro, o que pode contribuir significativamente para a subnotificação devido ao acesso ou admissão desafiadora ao Sistema de Único de Saúde, o que impede um diagnóstico real.

De acordo com essas observações, a maior taxa de casos fatais foi encontrada em localidades como Complexo do Alemão, Mangueira e Maré (100,0%), ao contrário de bairros da SBCC que quase não abrigam favelas, como o Cachambi (1,6%). Sob perspectiva complementar, foram observadas taxas mais elevadas de incidência acumulada, mortalidade e letalidade pela Covid-19 em bairros com menor renda per capita e maior proporção de habitantes em áreas de ASN, revelando o impacto desproporcional das pandemias sobre grupos populacionais socialmente desfavorecidos.

Em Salvador, Bahia, foi relatada uma proporção mais elevada de casos fatais, equivalente a 1,42 vezes, em municípios com alta privação social em comparação às suas contrapartes (2,2% e 1,5%, respectivamente)³⁰. Resultados semelhantes foram relatados para outras viroses respiratórias.

Em estudo conduzido na Inglaterra sobre as variações na mortalidade por Influenza A (H1N1) em 2009 entre grupos socioeconômicos distintos, os autores evidenciaram que indivíduos no quintil mais carente da população apresentavam uma taxa de mortalidade padronizada por idade e sexo três vezes maior que a do quintil menos carente (RR = 3,1, 95% CI 2,2-4,4)³⁷.

As conclusões deste estudo salientam a face social das pandemias em curso e estão de acordo com a literatura nacional e internacional sobre o papel dos determinantes sociais nesse contexto^{30,31,35,38-40}. É também relevante salientar que os grupos vulneráveis mostram geralmente maior frequência de fatores de risco que contribuem significativamente para o aumento da gravidade e mortalidade por Covid-19 tais como hipertensão, diabetes, asma, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), doença cardiovascular, obesidade^{35,38,39,41}. Outras condições também favorecem a transmissão viral em ambientes de baixo padrão socioeconômico tais como a aglomeração doméstica; utilização de transportes públicos⁴² e nível de educação inferior, o que dificulta a correta compreensão das orientações em saúde e o efetivo reconhecimento das situações de risco, comprometendo a capacidade de tomar decisões e o atendimento oportuno dos serviços de saúde⁴³.

Os resultados não revelaram correlação entre incidência e taxas de mortalidade na população dos bairros com ASN e raça. Nos Estados Unidos, foi relatada elevada incidência e mortalidade na população negra. Em alguns estados dos EUA, mais de 70% das mortes na Covid-19 ocorreram entre afro-americanos⁴⁴. Em Chicago, 59,2% dos óbitos por Covid-19 ocorreram entre negros, sendo a taxa de mortalidade da ordem de 34,8 por 100.000 habitantes vs. 8,2 por 100.000 habitantes brancos³⁸. Entretanto, cabe destacar que cerca de um terço dos registros (32,4%) não apresentava a informação sobre raça, ressaltando a necessidade de completude das bases de dados.

Casos que ocorreram nos ASN da SBCC podem ter sido notificados em outros bairros tais como em Bonsucesso, um bairro do Rio de Janeiro com ASN e cercado por áreas de favelas. Além disso, casos de Covid-19 de residentes da comunidade podem estar sendo subnotificados em razão do estigma e do preconceito a eles atribuído³⁴. Os vulneráveis à Covid-19, moradores de favelas e periferias, pessoas que vivem nas ruas e o grupo com maior prevalência de morbidades específicas são compostos expressivamente por negros^{43,45}. A correlação negativa, nas avaliações espaciais de Moran, entre a taxa de mortalidade por Covid-19 e a proporção de habitantes dos bairros com ASN, confirmam que esses territórios estão sob risco mais elevado de doença grave e de morte.

A associação espacial positiva tanto para a incidência acumulada como para as taxas de mortalidade entre os bairros da macrorregião sul da SBCC sugere que essas áreas sejam prioritárias para o controle da Covid-19, salientando a necessidade de uma política adaptada às populações e aos territórios vulneráveis. Nas áreas de ASN, onde a pobreza urbana é mais acentuada e o acesso ao saneamento é deficitário, o Sars-CoV-2 espalhou-se mais rapidamente, uma vez que esses territórios não têm acesso a políticas públicas que possam apoiar a proteção coletiva.

Ainda assim, a eficácia das intervenções não farmacológicas recomendadas durante a pandemia⁴⁶ tais como o distanciamento social, o uso de uma máscara e as medidas de higiene adequadas exerceu menor impacto nesses territórios, dadas as suas dificuldades de implantação. Para a maioria dos bairros da SBCC, contudo, não foi possível extrair inferências espaciais após a análise de decomposição. Não ficou claro se era devido à ausência de incidência associada à mortalidade entre bairros ou se era consequência da baixa notificação de casos confirmados e óbitos atribuídos a Covid-19.

A adoção de estratégias individuais de prevenção tem sido dificultada pela falta de comunicação, falta de coordenação e atuação

conjunta entre autoridades e instituições, gerando desconfiança e enfraquecendo a aderência ao distanciamento social e ao *lockdown*⁴⁷. O mesmo se pode dizer da lavagem das mãos nas favelas, onde ocorre a maioria das doenças transmissíveis pela água, mas cuja adoção é dificultada pela falta de acesso à água tratada em qualidade e quantidade suficiente para suprir as necessidades diárias^{48,49}. A situação atual de declínio econômico significativo impacta substancialmente as populações de baixa renda, que não podem escolher entre ficar em casa ou correr o risco sem manter o isolamento, porque precisam sair todos os dias para manter seu sustento³¹.

Portanto, o distanciamento social como medida relevante de intervenção de saúde pública destinada a minimizar o risco de transmissão viral é um desafio para essa população. A capacidade de se isolar, trabalhar à distância com acesso totalmente digital e manter o rendimento mensal são inacessíveis às populações de baixa renda⁵⁰, tais como as que habitam as áreas dos ASN na SBCC.

Assim, defendemos o reforço das parcerias entre os setores público e privado, organizações sociais e esforços locais, para desempenhar um papel central na construção de capital social, promovendo a resiliência, cultivando a determinação política e desafiando eficazmente políticas e práticas discriminatórias que afetam de forma desproporcional as populações vulneráveis⁵¹.

Esperamos que esta informação possa contribuir e subsidiar, reforçando a vigilância de monitoramento da Covid-19 nos territórios vulneráveis da SBCC.

Considerações finais

No conjunto, conclui-se que as taxas de incidência e de mortalidade acumulada na população dos bairros com áreas de ASN estão significativamente relacionadas com as estruturas socioeconômicas e demográficas, realçando a necessidade de uma política orientada às populações e territórios vulneráveis. Recomendações não farmacológicas e adequados cuidados primários de saúde em áreas de favelas desempenham um papel relevante na redução da transmissão viral, mortalidade e iniquidades de saúde. Além disso, a vigilância deve ser melhorada nessas áreas, especialmente nos bairros com ASN.

Colaboradores

Martins AS (0000-0002-4312-7699)*, Siqueira MAMT (0000-0003-4685-9817)*, Flores GL (0000-0003-0876-2790)*, Coelho WN (0000-0002-5518-181X)*, Carvajal E (0000-0001-7368-515X)* e Aguiar-Oliveira ML (0000-0002-2472-5263)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- Zhou P, Yang XL, Wang X-G, et al. A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. *Nature*. 2020. [acesso em 2020 abr 1]; 579 (7798):270-273. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41586-020-2012-7>.
- Wu F, Zhao S, Yu B, et al. A new coronavirus associated with human respiratory disease in China. *Nature*. 2020. [acesso em 2020 abr 1]; 579(7798):265-269. Disponível em: <http://www.nature.com/articles/s41586-020-2008-3>.
- Grupo de Estudo Coronaviridae do Comitê Internacional de Taxonomia de Vírus. The species severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: classifying 2019-nCoV and naming it SARS-CoV-2. *Nat Microbiol*. 2020. [acesso em 2020 abr 1]; 5(4):536-544. Disponível em: <http://www.nature.com/articles/s41564-020-0695-z>.
- Di Gennaro F, Pizzol D, Marotta C, et al. Coronavirus Diseases (COVID-19) Current Status and Future Perspectives: A Narrative Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020. [acesso em 2020 abr 14]; 17(8):2690. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32295188/>.
- Ge H, Wang X, Yuan X, et al. The epidemiology and clinical information about COVID-19. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2020. [acesso em 2020 abr 14]; (39):1-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7154215/>.
- World Health Organization. Modes of transmission of virus causing COVID-19: implications for IPC precaution recommendations. 2020. [acesso em 2020 abr 1]. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail/modes-of-transmission-of-virus-causing-covid-19-implications-for-ipc-precaution-recommendations>.
- Liu Y, Ning Z, Chen Y, et al. Aerodynamic analysis of SARS-CoV-2 in two Wuhan hospitals. *Nature*. 2020 [acesso em 2020 abr 27]; (582):557-560. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41586-020-2271-3>.
- National Academies of Sciences, Engineering and Medicine. Rapid Expert Consultation on the Possibility of Bioaerosol Spread of SARS-CoV-2 for the COVID-19 Pandemic. Washington, D.C.: National Academies Press; 2020. [acesso em 2020 dez 13]. Disponível em: <https://www.nap.edu/catalog/25769>.
- Santarpia JL, Rivera DN, Herrera VL, et al. Aerosol and surface contamination of SARS-CoV-2 observed in quarantine and isolation care. *Sci Rep*. 2020 [acesso em 2020 dez 13]; 10(1):12732. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41598-020-69286-3>.
- Morawska L, Milton DK. It Is Time to Address Airborne Transmission of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Clin. Infect. Diseases*. 2020 [acesso em 2020 jul 6]; 71(9): 2311-2313. Disponível em: <https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciaa939/5867798>.
- Rangel EF, Afonso MMS, Sotero-Martins A, et al. Can Climate and Environmental Factors Putatively Increase SARS-Cov2 Transmission Risks? *AJBSR*. 2021 [acesso em 2021 mar 28]; 11(4):294-199. Disponível em: <https://biomedgrid.com/fulltext/volume11/can-climate-and-environmental-factors-putatively-increase-Sars-cov2-transmission-risks.001647.php>.
- Van Doremalen N, Bushmaker T, Morris DH, et al. Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1. *N Engl J Med*. 2020 [acesso em 2020 mar 17]; (382):1564-1567. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmc2004973>.
- Aguiar-Oliveira ML, Campos A, R. Matos A, et al. Wastewater-Based Epidemiology (WBE) and Viral Detection in Polluted Surface Water: A Valuable Tool for COVID-19 Surveillance—A Brief Review. *Inter. J. Env. Res. Public Health*. 2020 [acesso em 2020 dez 14]; 17(24):9251. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/24/9251>.
- Heller L, Mota CR, Greco DB. COVID-19 faecal-oral transmission: Are we asking the right questions?

- Sci Total Environ. 2020 [acesso em 2020 abr 25]; (729):138919. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32353720/>.
15. World Health Organization. Water, sanitation, hygiene, and waste management for SARS-CoV-2, the virus that causes COVID-19. 2020. [acesso em 2020 ago 19]. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-2019-nCoV-IPC-WA-SH-2020.4>.
 16. World Health Organization. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19. [acesso em 2020 jul 3]. Disponível em: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19--11-march-2020>.
 17. World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) - Situation Report 190. [acesso em 2020 jul 29]. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200728-covid-19-sitrep-190.pdf?sfvrsn=fec17314_2.
 18. Johns Hopkins University. COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE). [acesso em 2021 mar 28]. Disponível em: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>.
 19. World Health Organization. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. [acesso em 2020 dez 13]. Disponível em: https://covid19.who.int/?gclid=CjwKCAiANf-BRB_EiwA2os-bxf2YVBBSHJRY610JmZv8P6toMq8RwfOzrhgn5P2fxhzBS4x2mDGWrxoCYt8QAvD_BwE.
 20. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico N 32 - Doença pelo coronavírus COVID-19. [acesso em 2020 out 8]. Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/September/23/Boletim-epidemiologico-COVID-32-final-23.09_18h30.pdf.
 21. Oliveira Andrade R. Covid-19: Brazil now has third highest number of cases behind US and Russia. *BMJ*. 2020 [acesso em 2020 maio 21]; (369):m2059. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/369/bmj.m2059>.
 22. Oliveira WK, Duarte E, França GVA, et al. Como o Brasil pode deter a COVID-19. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2020 [acesso em 2020 out 8]; 29(2). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000200200&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.
 23. Oliveira MLA, Abreu AL, Siqueira MM. A organização da vigilância laboratorial e a rede de laboratórios de Saúde Pública no contexto da pandemia de COVID-19. In: *Profissionais de Saúde e Cuidados Primários*. Brasília, DF: Coleção COVID-19; 2021. v. 4. [acesso em 2021 mar 12]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/volume-4-profissionais-de-saude-e-cuidados-primarios/>.
 24. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Painel CONASS - COVID-19. [acesso em 2021 mar 28]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/painelconass-covid19/>.
 25. Rio de Janeiro. Prefeitura do Município. Painel Rio COVID-19. [acesso em 2021 mar 28]. Disponível em: <https://experience.arcgis.com/experience/38efc69787a346959c931568bd9e2cc4>.
 26. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. [acesso em 2022 maio 3]. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>.
 27. Handam NB, Santos JAA, Moraes Neto AHA, et al. Sanitary quality (bacteriological and physical-chemical) of drinking water in urban slums in Rio de Janeiro, RJ, Brazil. *J. Wat. Sanit. Hyg. Develop.* 2021 [acesso em 2021 abr 17]; 10(3):413-24. Disponível em: <https://iwaponline.com/washdev/article/10/3/413/74896/Sanitary-quality-bacteriological-and-physical>.
 28. Prieto GFT. A sede do capital: o abastecimento de água em favelas da periferia da cidade do Rio de Janeiro. [dissertação]. [São Paulo]: Universidade de São Paulo; 2011. [acesso em 2020 abr 17]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8136/tde-28022013-104911/>.

29. Ferreira A. Favelas no Rio de Janeiro: nascimento, expansão, remoção e, agora, exclusão através de muros. *Biblio3W Ver. Biblio. Geog. Cienc. Soc.* 2009 [acesso em 2021 abr 17]; (14). Disponível em: <https://revistes.ub.edu/index.php/b3w/article/view/25822>.
30. Souza CDF, Carmo RF, Machado MF. The burden of COVID-19 in Brazil is greater in areas with high social deprivation. *J. Travel Med.* [acesso em 2020 nov 27]; 27(7):145. Disponível em: <https://academic.oup.com/jtm/article/doi/10.1093/jtm/taaa145/5899713>.
31. Estrela FM, Soares CFS, Cruz MA, et al. Covid-19 Pandemic: reflecting vulnerabilities in the light of gender, race and class. *Ciênc. Saúde Colet.* 2021 [acesso em 2021 mar 28]; 25(9):3431-3436. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232020000903431&lng=en&nrm=iso&tlng=en.
32. Laurencin CT, McClinton A. The COVID-19 Pandemic: a Call to Action to Identify and Address Racial and Ethnic Disparities. *J Rac. Ethn Health Disp.* 2020 [acesso em 2020 jun 25]; 7(3): 398-402. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7166096/>.
33. Instituto Pereira Passos. Índice de Desenvolvimento Social (IDS) por Áreas de Planejamento (AP), Regiões de Planejamento (RP), Regiões Administrativas (RA), Bairros e Favelas do Município do Rio de Janeiro – 2010. [acesso em 2021 abr 17]. Disponível em: <https://www.data.rio/datasets/fa85ddc76a524380ad7fc60e3006ee97>.
34. Sotero-Martins A, Carvajal E, Salles MJ, et al. Incidência da COVID-19 na cidade do Rio de Janeiro e a relação da vulnerabilidade do acesso ao saneamento nas áreas de favelas. In: Silva MED, organizadora. *Interfaces entre Desenvolvimento, Meio Ambiente e Sustentabilidade*. Ponta Grossa: Atena Editora; 2021. p. 53-62. [acesso em 2021 abr 18]. Disponível em: <https://www.atenaeditora.com.br/post-ebook/3914>.
35. Singu S, Acharya A, Challagundla K, et al. Impact of Social Determinants of Health on the Emerging COVID-19 Pandemic in the United States. *Front Public Health.* 2020 [acesso em 2020 jul 21]; 8:406. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpubh.2020.00406/full>.
36. Pedrañez A, Mosquera-Sulbaran J, Muñoz N. SARS-CoV-2 infection represents a high risk for the elderly: analysis of pathogenesis. *Arch Virol.* 2021 [acesso em 2021 mar 22]; 166(6):1565-1574. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33751241/>.
37. Rutter PD, Mytton OT, Mak M, et al. Socio-economic disparities in mortality due to pandemic influenza in England. *Int J Public Health.* 2012 [acesso em 2021 mar 28]; 57(4):745-750. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/s00038-012-0337-1>.
38. Bamba C, Riordan R, Ford J, et al. The COVID-19 pandemic and health inequalities. *J Epidemiol Community Health.* 2020 [acesso em 2020 nov 25]; 74(11):964-968. Disponível em: <http://orcid.org/0000-0002-1294-6851>.
39. Mishra V, Seyedzenouzi G, Almohtadi A, et al. Health Inequalities During COVID-19 and Their Effects on Morbidity and Mortality. *JHL.* 2021 [acesso em 2021 mar 27]; (13):19-26. Disponível em: <https://www.dovepress.com/health-inequalities-during-covid-19-and-their-effects-on-morbidity-and-peer-reviewed-article-JHL>.
40. Kopel J, Perisetti A, Roghani A, et al. Racial and Gender-Based Differences in COVID-19. *Front Public Health.* 2020 [acesso em 2020 jul 28]; (8):418. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpubh.2020.00418/full>.
41. Jordan RE, Adab P, Cheng KK. Covid-19: risk factors for severe disease and death. *BMJ.* 2020 [acesso em 2021 mar 28]; m1198. Disponível em: <https://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.m1198>.
42. Mendonça FD, Rocha SS, Pinheiro DLP, et al. Região Norte do Brasil e a pandemia de COVID-19: análise socioeconômica e epidemiológica/ North region of Brazil and the COVID-19 pandemic: socioeconomic and epidemiologic analysis/ Región Norte de Brasil y la pandemia de COVID-19: análisis. *J. Health NPEPS.*

- 2020 [acesso em 2020 maio 1]; 5(1):20-37. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/4535>.
43. Saadi A, Himmelstein DU, Woolhandler S, et al. Racial disparities in neurologic health care access and utilization in the United States. *Neurology*. 2017 [acesso em 2020 jun 13]; 88(24):2268-2275. Disponível em: <https://n.neurology.org/content/88/24/2268>.
44. Morrow-Howell N, Galucia N, Swinford E. Recovering from the COVID-19 Pandemic: A Focus on Older Adults. *J Aging Soc Policy*. 2020 [acesso em 2020 out 25]; 32(4-5):526-535. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32336225/>.
45. Bernardes JA, Arruzzo RC, Monteiro DMLV. Geografia e Covid-19: neoliberalismo, vulnerabilidades e luta pela vida. *Rev. Tamoios*. 2020 [acesso em 2020 maio 1]; 16(1). Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/tamoios/article/view/50645>.
46. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico N. 06 – Ampliação da Vigilância, Medidas não Farmacológicas e Descentralização do Diagnóstico Laboratorial. 2020. [acesso em 2020 abr 1]. Disponível em: http://maismedicos.gov.br/images/PDF/2020_03_13_Boletim-Epidemiologico-05.pdf.
47. Garcia LP, Duarte E, Garcia LP, et al. Intervenções não farmacológicas para o enfrentamento à epidemia da COVID-19 no Brasil. *Epid. Serv. Saúde*. 2020 [acesso em 2020 maio 1]; 29(2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2237-96222020000200100&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
48. Ignacio CF, Silva MEC, Handam NB, et al. Socioenvironmental conditions and intestinal parasitic infections in Brazilian urban slums: a cross-sectional study. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo*. 2017 [acesso em 2020 ago 7]; (59):e56. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1678-9946201759056>.
49. Handam NB, Santos JAA, Moraes Neto AHA, et al. Sanitary quality of the rivers in the Communities of Manguinhos' Territory, Rio de Janeiro, RJ. *Rev. Amb. & amp Água*. 2018 [acesso em 2021 maio 1]; 13(1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1980-993X2018000100308&lng=en&nrm=iso&tlng=en.
50. Webb HM, Nápoles AM, Pérez-Stable EJ. COVID-19 and Racial/Ethnic Disparities. *JAMA*. 2020 [acesso em 2021 mar 28]; 323(24):2466. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2766098>.
51. Gray DM, Anyane-Yeboah A, Balzora S, et al. COVID-19 and the other pandemic: populations made vulnerable by systemic inequity. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2020 [acesso em 2021 mar 27]; 17(9):520-2. Disponível em: <http://www.nature.com/articles/s41575-020-0330-8>.

Recebido em 25/05/2021

Aprovado em 06/12/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Fundação Oswaldo Cruz; Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância Sanitária (SVS); Conselho Nacional para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) - MCTI/CNPq/FNDCT/MS/SCTIE/Decit (N. 402547/2020-0) e Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj), projeto número E-26/210.196/2020.

Vida sem escola e saúde mental dos estudantes de escolas públicas na pandemia de Covid-19

Schoolless life and mental health of public-school students in the COVID-19 pandemic

Daniel Arias Vazquez¹, Sheila C. Caetano¹, Rogerio Schlegel¹, Elaine Lourenço¹, Ana Nemi¹, Andréa Slemian¹, Zila M. Sanchez¹

DOI: 10.1590/0103-1104202213304

RESUMO O presente estudo analisa os efeitos da pandemia de Covid-19 sobre a saúde mental dos estudantes durante parte do período de suspensão das aulas presenciais. Trata-se de estudo transversal, aplicado entre outubro e dezembro de 2020, baseado em questionário on-line de autorrelato respondido por estudantes entre 13 e 20 anos, do 9º ano do Ensino Fundamental e do Ensino Médio, que acompanhavam as atividades escolares remotas em 21 escolas públicas estaduais e municipais, localizadas nas periferias dos municípios de São Paulo e Guarulhos. Para a análise dos dados, utilizaram-se dois modelos de regressão linear múltipla, tendo como variáveis dependentes os escores de depressão pelo Inventário de Depressão Infantil e de ansiedade pelo Scared (Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders). O tempo de exposição às telas, a inversão do sono e o sexo feminino, combinados com as dificuldades do ensino remoto e outros marcadores sociais (como cor/raça e casos de Covid-19 em casa), estão associados a sintomas de depressão e ansiedade durante a primeira onda da Covid-19 na Região Metropolitana de São Paulo, reforçando a importância da rotina escolar na vida desses jovens e os desafios colocados às escolas para a promoção da saúde mental dos estudantes no período pós-pandemia.

PALAVRAS-CHAVE Saúde mental. Covid-19. Adolescente. Ensino fundamental e médio.

ABSTRACT *This study analyzes the effects of the COVID-19 pandemic on students' mental health during part of the suspension of in-person classes. The study is a cross-sectional survey carried out from October 2020 to December 2020. An online self-report questionnaire was answered by thirteen- to twenty-year old students, from the 9th grade (Middle School) to high school, who followed remote school activities in 21 state and municipal public schools located in peripheral areas of the cities of São Paulo and Guarulhos. Two linear regression models were used in the analysis, considering as dependent variables the depression scores as provided by the Child Depression Inventory and anxiety by the SCARED (Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders). The time of exposure to the screens, the inversion of sleep periods and the female gender, along with the difficulties of remote education and other social markers (such as color/race and cases of COVID-19 at home) are associated with symptoms of depression and anxiety during the first wave of the COVID-19 in the Metropolitan area of São Paulo. The findings reinforce the importance of school routine in the lives of those young people and the challenges posed to schools to promote students' mental health in the post-pandemic reality.*

KEYWORDS *Mental health. COVID-19. Adolescent. Education, primary and secondary.*

¹Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) – São Paulo (SP), Brasil.
dvazquez@unifesp.br

Introdução

Quais os efeitos da pandemia sobre a vida e a saúde mental dos jovens? O fechamento das escolas e a suspensão das aulas presenciais foram algumas das primeiras medidas adotadas para o enfrentamento do novo coronavírus em quase todos os países¹. Por se tratar da principal atividade da maioria dos jovens, a falta da escola afetou significativamente as relações de sociabilidade e as rotinas diárias por um longo período e de forma inédita, especialmente no Brasil², onde a suspensão das aulas começou em março e não foi retomada no ano letivo de 2020 na maioria das escolas públicas, inclusive nas 21 que compõem o campo desta pesquisa.

Os jovens foram atingidos de forma duradoura pelo isolamento social, com rompimento de vínculos e interrupção das principais rotinas de estudo e lazer, em uma etapa da vida na qual as atividades sociais são mais intensas e em que as fragilidades emocionais aumentam os riscos à saúde mental³. Priorizando esse segmento populacional, que representa 33% da população brasileira segundo o Censo de 2010, a pesquisa avaliou os efeitos da pandemia sobre a vida social e a saúde mental dos jovens inseridos em um contexto de periferia metropolitana. A escolha visava aprofundar, entre grupos mais vulneráveis, pesquisas como a do Conselho Nacional de Juventude, que, no primeiro semestre de 2020, constatou que a pandemia:

[...] estava afetando diferentes aspectos da vida dos jovens em geral, como a qualidade do sono, a disponibilidade de recursos financeiros, os relacionamentos em casa e, principalmente, a saúde mental⁴⁽⁶⁹⁾.

Antes da pandemia, a saúde mental dos adolescentes já era uma preocupação de saúde pública. Associados aos transtornos mentais em adolescentes, estão: prejuízos como redução de chance de completar a educação básica, falta de coesão social e redução da capacidade de enfrentar as adversidades futuras⁵. Esses transtornos podem afetar até 25% dos adolescentes⁶, e se mantêm

estáveis em mais da metade das crianças até a vida adulta⁷. Segundo Kessler et al.⁸, 50% dos adultos com transtornos mentais relataram início dessas doenças antes dos 14 anos de idade.

No Brasil, mais de 80% das crianças de 6 a 12 anos com transtornos mentais não recebem tratamento adequado⁹. Isso está de acordo com pesquisas, especialmente em países de baixa e média renda, que demonstram que adolescentes que vivem em condições sociais desfavoráveis são mais afetados e menos tratados¹⁰.

Conforme Panda et al.¹¹, a saúde mental dos jovens foi ainda mais afetada durante a pandemia. Pesquisas em vários países, como Itália¹² e Estados Unidos da América (EUA)¹³, mostram aumento de sintomas depressivos e ansiosos, o que é ratificado por revisões sistemáticas^{14,15}. Contudo, os fatores sociodemográficos e da pandemia em si associados a esse aumento de sintomas têm variado de acordo com o país. No Brasil, ainda não temos publicações que detalhem essas associações.

Este estudo objetivou avaliar os possíveis impactos e associações da pandemia sobre a saúde mental dos jovens, tomando por base as alterações no modo de vida decorrentes das restrições ao convívio social, do fechamento das escolas e das dificuldades de continuidade dos estudos remotamente, considerando os registros de casos de infecção, perda de emprego e redução de salários no âmbito familiar, além das diferenças no comportamento segundo sexo, raça e condição social. Quais desses fatores comportamentais, educacionais e/ou socioeconômicos estão associados à variação nos índices de depressão e ansiedade durante o período de pandemia? Essa é a questão central que norteou a realização deste estudo.

Material e métodos

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo transversal, realizado por meio de questionário on-line

preenchido por estudantes do 9º ano do Ensino Fundamental ao 3º ano do Ensino Médio, de 21 escolas públicas dos municípios de São Paulo e Guarulhos, entre outubro e dezembro de 2020, durante a pandemia de Covid-19. Para ter acesso aos estudantes, a pesquisa contou com o apoio das equipes gestoras das escolas que fazem parte do Programa Institucional de Bolsa de Iniciação à Docência (Pibid) e do coletivo Brigada pela Vida, que congrega diferentes setores do movimento de educação e saúde, com participação de professores e diretores das escolas.

Amostragem

Foram convidados a participar do estudo todos os estudantes matriculados do 9º ano do Ensino Fundamental ao 3º ano do Ensino Médio e que estavam em contato com a escola. Ao todo, foram obtidas 436 respostas, sendo 401 casos válidos. Foram desconsiderados os casos (n=35) que não preencheram os critérios de inclusão: maiores de 21 anos matriculados na modalidade Educação de Jovens e Adultos (EJA) e menores de 13 anos de séries anteriores. O tamanho da amostra foi suficiente para a realização das análises, embora pudesse ser bastante maior em condições normais, pois o fechamento das escolas dificultou a coleta dos dados, impondo a necessidade de prorrogação do prazo desta etapa da pesquisa.

Pelos mesmos motivos, também foram registradas taxas de respostas diferentes para cada escola. Ao final, a distribuição geográfica dos alunos ocorreu da seguinte forma: 318 sujeitos em 16 escolas municipais e 3 escolas estaduais localizadas nas zonas leste e norte do município de São Paulo, além de 83 casos em 2 escolas estaduais da região dos Pimentas no município de Guarulhos.

Coleta de dados

Os dados foram coletados de forma on-line, por meio de questionário no Google Forms, entre os dias 26 de outubro e 14 de dezembro

de 2020, período em que não houve retorno às aulas presenciais, suspensas nessas escolas desde 16 de março. Os estudantes receberam o *link* para o questionário por intermédio de seus professores, enviado pelos mesmos meios de comunicação utilizados para a realização das atividades remotas, diferentes em cada escola (plataformas de estudos como Google Classroom ou Windows Teams, Grupos de WhatsApp e Facebook). O acesso ao questionário era bastante simples, por meio de *link* ativo, e não houve relatos de dificuldades no preenchimento. Aplicação-piloto dos questionários indicou que os estudantes levavam, em média, 15 minutos para responder às perguntas.

A participação foi voluntária mediante aceite dos jovens e concordância prévia dos responsáveis legais para os(as) menores de idade, manifestados expressamente antes do início das respostas, por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), direcionado ao responsável, e Termo de Assentimento do(a) jovem, ambos submetidos a todos(as) participantes. A pesquisa está registrada na Plataforma Brasil e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (Parecer nº 4.369.526).

O instrumento de coleta foi organizado em cinco dimensões: a) características socioeconômicas, tais como idade, cor da pele, sexo e o Critério de Classificação Econômica Brasil (Critério BR), da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (Abep)¹⁶; b) efeitos da pandemia, por exemplo, se o entrevistado aderiu ao isolamento social, se ele ou alguém da família foi infectado, se tem medo de se infectar, além dos impactos econômicos, como a perda do emprego ou redução da renda familiar; c) mudanças na rotina, partindo de uma questão geral sobre se a pandemia afetou seu cotidiano, até pontos mais específicos, como a troca do dia pela noite e o tempo de exposição à tela (em jogos, redes sociais, televisão); d) relação com a escola, verificando se houve continuidade dos estudos remotamente, se o estudante sente falta da escola e sua avaliação sobre a importância do conhecimento adquirido

na vida cotidiana; e) por fim, sobre a saúde mental, foram realizadas triagens para depressão pelo Inventário de Depressão Infantil¹⁷ e para ansiedade pelo Scared (Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders), cuja validação para o português foi realizada por Barbosa et al.¹⁸. Como triagem positiva para depressão, consideraram-se escores acima de 20 pontos¹⁹; e para ansiedade, acima de 30²⁰. As variáveis serão apresentadas com a análise descritiva na seção de Resultados.

Análise dos dados

Inicialmente, conduzimos análises exploratórias por meio de tabelas de contingência com testes de qui-quadrado e teste t-student com nível de significância de 5%, seguidos por regressão linear simples (univariada). Foram consideradas variáveis dependentes nos modelos de regressão a ansiedade e a depressão, no formato de escores. A escolha por uma variável contínua (escores), em vez da triagem positiva ou da categorização em casos leves, moderados e graves, justificou-se pela ausência de avaliação clínica, pois não houve nenhum contato direto com os entrevistados, impedindo classificação diagnóstica. A correlação entre os índices de depressão e ansiedade para essa amostra é moderada ($r = 0,607$), o que indica o uso de

dois modelos independentes de regressão linear múltipla, inicialmente com as mesmas variáveis independentes.

As variáveis independentes correspondem ao conjunto das quatro primeiras dimensões (socioeconômica, efeitos da pandemia, mudanças na rotina e relação com a escola). Todas as variáveis de interesse foram incluídas na regressão linear múltipla, e optou-se pelo modelo de exclusão de variáveis não significativas por meio de *stepwise backward*. Assim sendo, cada modelo inicial contemplou todas as variáveis independentes, mas o final incluiu apenas as variáveis significativas a 5%. Para verificação de ajuste dos modelos, foi utilizado o VIF (Variance Inflation Factor) de maneira a garantir que não houvesse multicolinearidade, além da análise gráfica e numérica dos resíduos.

Os resultados são apresentados por meio de frequência, proporções (%), coeficiente (beta), intervalo de confiança de 95% e valores p. Foi utilizado o *software* SPSS Versão 21.0 para a realização das análises.

Resultados

A *tabela 1* apresenta a distribuição das variáveis selecionadas do questionário, agrupadas nas cinco dimensões.

Tabela 1. Descrição da amostra (N=401), Região Metropolitana de São Paulo, 2020

Domínio	Variável		N	%
Características gerais e socioeconômicas	Idade	13-15	186	46,7
		16-17	167	42
		18-20	45	11,3
	Cor/raça	Branca	172	43,2
		Parda	156	39,2
		Preta	60	15,1
Amarela		9	2,3	
Sexo	Feminino	Indígena	1	0,3
		Feminino	239	59,6
	Masculino	159	39,7	

Tabela 1. (cont.)

Domínio	Variável		N	%
Características gerais e socioeconômicas	Sexo	Não binário	2	0,5
	Critério BR*	A	26	6,5
		B	181	45,1
		C	178	44,4
	D/E	16	4,0	
Efeitos da pandemia	Isolamento social	Não sai	32	8,0
		Sai pouco	171	42,8
		Sai	197	49,2
	Medo de se infectar	Sim	212	52,9
	Casos de infecção	Sim	100	24,9
	Perda de emprego	Sim	166	41,9
	Redução salarial	Sim	175	44,3
Mudanças na rotina	Afetou o cotidiano	Sim	345	86,5
	Inversão de sono	Sim	108	27,3
	Tempo de tela	Até 2 h	43	10,9
		De 2h a 4h	86	21,7
		De 4h a 6h	87	22,0
		De 6h a 8h	71	17,9
		Mais de 8h	109	27,5
Relação com a escola	Continuou os estudos	Sim	307	76,6
	Sente falta da escola	Sim	297	74,1
	Conhecimento importante na vida	Discordo	35	8,8
		Em parte	141	35,5
		Concordo	221	55,7
Saúde mental	Triagem depressão	> 20	42	10,5
	Triagem ansiedade	> 30	191	47,5
		Mín. - Máx.	Média	DP
	Escore depressão (0-40)	0 - 37	9,37	7,32
	Escore ansiedade (0-80)	0 - 80	29,97	18,10

Fonte: elaboração própria.

*Abep = Escala do critério Brasil, em que classe A é a de maior renda; e D/E, as de menor renda.

Nota: há uma média de 2 *missings* por variável (variando de 0 a 6 casos).

No que se refere às características gerais e socioeconômicas, observou-se que a idade média representa um público bastante jovem, concentrado na faixa entre 14 e 17 anos (87,4%), idades correspondentes às quatro séries escolares selecionadas. Quanto à cor/raça, segundo as categorias utilizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE),

a amostra foi composta majoritariamente de brancos e pardos. Nesse caso, optou-se por agregar, nas regressões, pretos, pardos e indígenas em um grupo, composto por 54,5% dos casos; e brancos com amarelos em outro, com 45,5%. Quanto ao gênero, a amostra foi composta por uma maioria de mulheres (cerca de 60%). Como apenas dois sujeitos se

declararam não binários, eles não foram considerados nas análises de regressão. No que tange à classe social, nota-se maior concentração de estudantes nas classes B e C, o que sugere um predomínio dos alunos em melhores condições financeiras nas aulas oferecidas em ensino remoto. Optou-se pela análise da estratificação social pela pontuação obtida pelo Critério Brasil, sem categorização, para melhor ajuste ao modelo de regressão linear, evitando também a utilização do conceito de classe social, o que ultrapassa o escopo deste artigo.

Quanto aos efeitos da pandemia, em primeiro lugar, agrupou-se quem se manteve em isolamento social, correspondente a 50,8% dos casos, dado pela soma das opções 'não tenho saído de casa' (8%) ou 'tenho saído apenas para atividades essenciais' (42,8%), como mercado ou consultas médicas; enquanto no outro grupo estão outros 49,2% que não estavam em isolamento, independentemente do motivo, ainda que estivessem saindo pouco (32,8%), apenas para o trabalho (9,8%) ou os casos que mantiveram a rotina de antes da pandemia (6,8%). As demais variáveis dessa dimensão são originalmente dicotômicas, com intuito de identificar se o jovem ou alguém da sua família se infectou (24,9%, sim), se eles têm medo de se infectar (52,9%, sim) e os casos de perda de emprego ou redução salarial próprio ou de alguém da família, o que ocorreu em 42% e 44% dos casos respectivamente.

Na dimensão relacionada com as mudanças na rotina, constatou-se que 86,5% tiveram sua rotina alterada; 27,3% responderam que estão dormindo durante o dia em vez da noite; por

fim, destaca-se o tempo de exposição às telas, em jogos, filmes, séries e redes sociais, com 1 a cada 4 jovens na maior faixa, de mais de 8 horas por dia, além das atividades remotas de ensino. Como os casos estão bem distribuídos nas cinco categorias, optou-se por manter essa variável como ordinal nos modelos.

O último bloco de variáveis independentes aborda a relação com a escola durante a pandemia, destacando-se que: 76,6% dessa amostra conseguiram continuar os estudos desde casa; 74,1% disseram sentir falta das aulas e/ou dos professores, enquanto os demais afirmaram que não sentiram falta ou somente da convivência com os colegas; 55,7% concordaram com a afirmação que 'os conhecimentos aprendidos na escola ajudam na vida cotidiana', enquanto 35,5% concordaram parcialmente e 8,8% discordaram. Para as análises de regressão, essa última variável foi transformada em dicotômica, com destaque para a concordância sem restrição dos demais casos.

A análise das duas variáveis dependentes revela uma triagem positiva para depressão (escores acima de 20) e para ansiedade (acima de 30 pontos), o que engloba 10,5% e 47,5% da amostra respectivamente. Contudo, optou-se pela utilização dos escores como variáveis dependentes, cujas estatísticas descritivas revelam escores médios de 9,4 para depressão e 30 para ansiedade, com coeficientes de variação de 0,8 e 0,6, nessa ordem.

A *tabela 2* apresenta os resultados das análises univariadas, executadas por meio de regressões lineares simples para cada um dos desfechos (depressão e ansiedade).

Tabela 2. Análise de regressão linear simples (univariada) de fatores associados a sintomas de depressão e ansiedade entre estudantes (n= 401), municípios de São Paulo e Guarulhos, 2020

Variáveis independentes	Depressão				Ansiedade			
	Coef. Beta	95% IC	p	Coef. Beta	95% IC	p		
Sexo	3,489	2,080	4,899	<0,001	12,541	9,119	15,963	<0,001
Idade	0,192	-0,336	0,719	0,475	1,114	-0,184	2,412	0,092
Critério BR (escore)	0,026	-0,054	0,107	0,519	0,012	-0,187	0,211	0,909
Cor/raça (dummy)*	0,490	-0,960	1,940	0,507	4,027	0,463	7,592	0,027
Casos de infecção	1,826	0,173	3,480	0,030	3,960	-0,135	8,055	0,058
Perda do emprego	-0,174	-1,635	1,287	0,815	-0,885	-4,498	2,728	0,630
Redução salarial	-0,217	-1,680	1,245	0,770	0,006	-3,593	3,606	0,997
Isolamento social	-1,376	-2,811	0,059	0,060	0,755	-2,810	4,320	0,677
Medo de se infectar	0,018	-1,424	1,459	0,981	2,751	-0,804	6,306	0,129
Afetou o cotidiano	0,084	-2,024	2,193	0,938	9,328	4,185	14,470	<0,001
Tempo de tela**	1,581	1,070	2,093	<0,001	2,420	1,124	3,717	<0,001
Inversão de sono	5,860	4,356	7,364	<0,001	8,898	4,964	12,832	<0,001
Conhecimento importante na vida	-2,659	-4,093	-1,225	<0,001	-3,806	-7,391	-0,221	0,038
Continuou os estudos	-2,825	-4,501	-1,150	0,001	-2,280	-6,474	1,915	0,286
Sente falta da escola	-1,345	-2,981	0,291	0,107	0,956	-3,103	5,015	0,644

Fonte: elaboração própria.

*Cores branca/amarela versus negra, parda e indígena.

**Variável ordinal, com intervalos de 2 horas.

Para ambos os desfechos, ser menina é o fator que mais contribui para o aumento do número de sintomas relatados. A cor/raça está associada apenas a mais sintomas de ansiedade, mas não de depressão. Casos de infecção por coronavírus na família estão associados a mais sintomas de depressão e surgem como tendência de significância para ansiedade ($p = 0,058$). Tempo de tela e inverter o horário de sono, trocando o dia pela noite, estão associados a mais sintomas em ambos os desfechos avaliados, já a mudança no cotidiano,

de maneira geral, foi significativa apenas no caso de ansiedade. Quanto aos aspectos educacionais, concordar que os conhecimentos são importantes para a vida associa-se aos dois quadros, enquanto a continuidade dos estudos foi significativa apenas em relação à depressão.

As tabelas 3 e 4 apresentam os fatores associados à variação dos sintomas de depressão e ansiedade, segundo os dois modelos de regressão linear múltipla, os quais foram capazes de explicar a variação de 26,1% e 20,8% dos respectivos índices.

Tabela 3. Análise de regressão linear múltipla (multivariada) dos fatores associados a sintomas de depressão entre estudantes (n= 384), municípios de São Paulo e Guarulhos, 2020

Score de depressão (R ² = 0,261)	"Coef. Beta"	"Coef. B Padr."	IC 95%		p value	VIF
			Min	Max		
Inversão de sono	4,432	0,28	2,964	5,901	< 0,001	1,086
Sexo feminino	2,911	0,199	1,586	4,236	< 0,001	1,042
Tempo de exposição à tela*	0,952	0,183	0,471	1,434	< 0,001	1,079
Conhecimento importante na vida	-2,444	-0,171	-3,75	-1,139	0,001	1,048
Continuou os estudos	-1,741	-0,101	-3,333	-0,149	0,032	1,08
Casos de infecção	1,642	0,1	0,174	3,111	0,028	1,019

Fonte: elaboração própria.

*Variável ordinal, com intervalos de 2 horas.

Tabela 4. Análise de regressão linear múltipla (multivariada) dos fatores associados a sintomas de ansiedade entre estudantes (n= 383), municípios de São Paulo e Guarulhos, 2020

Score de ansiedade (R ² = 0,208)	"Coef. Beta"	"Coef. B Padr."	IC 95%		p value	VIF
			Min	Max		
Sexo feminino	10,984	0,298	7,471	14,497	< 0,001	1,072
Tempo de exposição à tela*	2,405	0,183	1,175	3,635	< 0,001	1,032
Inversão de sono	6,826	0,171	3,051	10,602	< 0,001	1,052
Cor/raça (dummy)**	5,217	0,144	1,869	8,565	0,002	1,007
Afetou seu cotidiano	5,764	0,11	0,818	10,709	0,022	1,045

Fonte: elaboração própria.

*Variável ordinal, com intervalos de 2 horas.

**Cores branca/amarela versus negra, parda e indígena.

No modelo multivariado para sintomas de depressão (tabela 3), a inversão de sono é a variável mais relevante, implicando aumento de 4,4 pontos no escore de depressão em média. A segunda variável com maior capacidade explicativa é o sexo, com 2,9 pontos adicionais para as mulheres em comparação com os homens. Em seguida, o tempo de exposição à tela também eleva o escore de depressão em quase 1 ponto a cada 2 horas adicionais de exposição diária às telas, além do tempo das atividades escolares remotas. Nos testes realizados em que essa variável foi categorizada, tendo como referência o menor valor, obteve-se significância nas duas últimas faixas, quando esse tempo de exposição à tela ultrapassa 6 horas. Contudo, o R² foi maior no

modelo apresentado aqui, o que justifica a escolha por mantê-la como ordinal.

Além desses fatores mais relevantes, surgem as duas variáveis independentes educacionais que contribuem no sentido inverso, ou seja: na média, a avaliação de que os estudos ajudam na vida diária reduz o escore em 2,4 pontos; enquanto a continuidade dos estudos durante a pandemia reduz em 1,7 ponto o índice de depressão. Por fim, o fato de o estudante ou alguém da família ter sido infectado pelo novo coronavírus, o que ocorreu com 1 em cada 4 desses jovens, implica 1,6 ponto a mais no escore de depressão. Entre as variáveis excluídas do modelo final para depressão, não houve variáveis com tendência de significância a 10% (p < 0,1).

O modelo de ansiedade (*tabela 4*) manteve o sexo, o tempo de exposição à tela e a troca do dia pela noite como as três principais variáveis explicativas, no mesmo sentido, mas com a força de associação diferente do modelo de depressão. Ser mulher elevou em 11 pontos o escore de ansiedade, na média, em comparação com os homens; cada 2 horas a mais de exposição às telas implicou 2,4 pontos adicionais, e a inversão de sono aumentou 6,8 pontos nos sintomas de ansiedade.

Além das três variáveis comuns aos dois modelos, os sintomas de ansiedade foram maiores no grupo de jovens brancos e amarelos que registrou, em média, um escore 5,2 pontos maior que o grupo dos pretos, pardos e indígenas, sendo este o quarto atributo mais relevante. Por último, a mudança no cotidiano, que ocorreu com quase 90% desses jovens, também se mostrou significativa, aumentando em 5,7 pontos em comparação àqueles que declararam não ter mudado sua rotina mesmo com a pandemia. Apesar de excluídos no modelo final, por não apresentar significância a 5%, os casos de infecção em casa e a importância dada ao conhecimento adquirido na escola, ambos significantes no modelo de depressão, foram variáveis com tendência de significância também para a ansiedade, com valores de *p* igual a 0,063 e 0,078 respectivamente.

Discussão

O artigo sugere que estudantes do 9º ano do Ensino Fundamental e do Ensino Médio em escolas públicas estaduais e municipais, localizadas nas periferias dos municípios de São Paulo e Guarulhos, apresentaram triagem positiva em 10,5% para sintomas depressivos graves e 47,5% para sintomas ansiosos graves. Revisões sistemáticas forneceram evidências de que tais prevalências tenham aumentado significativamente durante a pandemia^{11,14}. Resultados semelhantes foram identificados em estudos realizados na China, nos EUA, no Canadá, na Dinamarca, na Alemanha, no

Japão, nas Filipinas e no Reino Unido^{15,21}. Segundo Miranda et al.²², a saúde mental é uma preocupação crítica em um cenário de pandemia, no qual crianças e adolescentes são grupos vulneráveis que demandam medidas para redução da sobrecarga emocional.

As associações mais importantes aos sintomas depressivos e ansiosos foram o tempo de exposição à tela e a inversão do horário de sono (troca do dia pela noite), juntamente com sexo feminino. Outros autores que investigaram a associação com exposição ao tempo de tela relataram os mesmos achados^{23,24}, assim como para alterações do sono²⁵. Em uma revisão sistemática, Hale e Guan²⁶ demonstraram uma associação significativa entre exposição ao tempo de tela e sono. Possivelmente, a luz das telas suprime a produção de melatonina, com isso, ocorrem alterações do ciclo circadiano, dificultando um sono de qualidade durante a noite²⁷. Depressão e ansiedade são mais prevalentes no sexo feminino, e durante a pandemia isso também ocorreu^{25,28}.

Além desses três fatores, avaliar que o conhecimento adquirido é importante e a incidência de casos de Covid-19 em casa estiveram associados – o primeiro, negativamente, e o segundo, positivamente – a sintomas de depressão; e foram variáveis com tendência de significância para ansiedade. Em uma metanálise, Panda et al.¹¹ relataram como fatores de risco os transtornos mentais existentes, o sexo feminino e as preocupações com a infecção, enquanto a idade mais velha, uma boa situação econômica e a educação eram protetoras.

Presume-se que a ausência de rotina escolar tenha potencializado o tempo de exposição à tela e a inversão do sono, além de outras mudanças no cotidiano dos jovens, impactando no aumento dos sintomas de depressão e ansiedade. As rotinas e os hábitos do ambiente escolar – que incluem as relações de sociabilidade com outros estudantes e, também, com professores e demais profissionais da educação – definem a cultura escolar de uma determinada instituição, ou de um conjunto delas²⁹. Para o público jovem, a escola é um espaço

que representa não só um local de estudo, é também um local de aglutinação e convivência com outras pessoas de sua idade. É por meio de uma construção histórica, denominada por Vicent et al.³⁰ de forma escolar, que a aprendizagem ocorre em uma construção que faz a separação de um tempo/espço diferente dos afazeres cotidianos, dividindo a jornada da infância e da juventude entre ‘tempo na escola’ e ‘tempo fora da escola’. A vida sem escola durante a pandemia misturou esses tempos e espaços, impactando no aprendizado e na saúde mental dos estudantes.

Apesar das dificuldades de acesso aos estudantes isolados, especialmente daqueles sem contato com a escola, a realização deste estudo transversal no final do ano letivo de 2020 foi importante para registrar essa vivência durante esse período inédito, após um período de mais de sete meses de suspensão das aulas presenciais, decorrente da primeira onda da pandemia de Covid-19 na Região Metropolitana de São Paulo, abrindo caminho para que outros estudos possam aprofundar os resultados obtidos, ainda que de forma retrospectiva.

Nessa discussão, queremos ressaltar a importância da escola e destacar três desafios colocados a ela no cenário pós-pandemia. Após a retomada das aulas presenciais, as escolas públicas receberam jovens com demandas novas e ampliadas. O primeiro desafio é a promoção da saúde mental. Recomenda-se, por exemplo, o uso de oficinas como metodologia de trabalho no ambiente escolar, a qual guarda importante relação com possibilidades efetivas de envolvimento e aprendizagem diversas dos sujeitos, sejam docentes ou discentes. Essa metodologia ganha relevância no processo pós-pandemia, pois a experiência vivida em período de isolamento social não foi mediada pela escola; assim, as oficinas ocupariam espaços autônomos de produção de conhecimentos que não compõem o currículo prescrito.

Tal fato justifica uma aposta dobrada no Programa Saúde nas Escolas (PSE), dos Ministérios da Saúde e da Educação, o qual

visa, a partir das unidades de ensino, não só articular saúde e educação básicas, mas também contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos³¹. Além da necessária atenção primária, também está entre os objetivos fundadores do programa a prospecção de casos que mereçam cuidados especiais. Contudo, o segundo desafio é o aprimoramento desse programa. A falta de avaliação sistemática do programa e as inconsistências apontadas nos estudos de caso realizados por Ataliba e Mourão³² já indicavam uma lacuna à espera de investigação mesmo antes da pandemia de Covid-19.

A parceria estabelecida com o coletivo Brigada pela Vida reforçou a importância da atuação territorial. Considerar o contexto socioeconômico em que a escola está inserida e estreitar os laços com a comunidade é o terceiro desafio colocado, como forma de fortalecer os vínculos, que foram interrompidos para parte significativa dos estudantes após o fechamento das escolas, conforme constatado pelas dificuldades na coleta dos dados da pesquisa. Nas áreas periféricas, tanto vulnerabilidades quanto oportunidades têm, em grande medida, bases territoriais. Se não se pode tomar as periferias como tecidos homogêneos³³, também não se pode descartar que exista sobreposição espacial de carências, ao menos no que tange aos jovens, como já demonstrou a apuração do Índice de Vulnerabilidade Juvenil na cidade de São Paulo³⁴, desagregado ao nível de distrito. Seja no diagnóstico sobre vulnerabilidades, seja na oferta de políticas públicas, um olhar mais refinado sobre o território acena com a possibilidade de iniciativas estatais mais eficazes³⁵. Papel social e cobertura espacial aumentam a relevância de partir da escola como ponto de observação para dinâmicas envolvendo jovens, em pesquisas que considerem o mosaico complexo das áreas periféricas.

Considerando o caráter extraordinário da pandemia e da experiência inédita de isolamento social, a aplicação de um estudo transversal com esse público, sob esse contexto,

implicou desafios para o desenvolvimento da pesquisa; e, diante disso, deve-se registrar também seus limites. Em primeiro lugar, constatou-se que a maioria dos estudantes, de acordo com suas equipes, não estava acompanhando as atividades remotas e que boa parte estava sem contato algum com a escola. Houve, portanto, uma dificuldade em obter acesso aos estudantes, isolados em suas casas. Em segundo lugar, admite-se um viés em função da exclusão da amostra da parcela de estudantes desconectados ou sem contato com as escolas durante o período de pandemia. É possível presumir que as respostas são de estudantes com melhores condições socioeconômicas, estrutura familiar e desempenho escolar, o que sugere uma situação provavelmente ainda mais grave entre aqueles excluídos das atividades remotas e, conseqüentemente, também do presente estudo.

Em suma, a realização deste estudo permitiu identificar alguns efeitos da pandemia de Covid-19 sobre a saúde mental dos jovens, relacionados com as mudanças no comportamento juvenil durante o período de fechamento das escolas. Na ausência da rotina escolar, jovens estudantes de escolas públicas da Grande São Paulo passaram mais tempo diante de telas e trocaram a noite pelo dia. Os dois comportamentos, ao lado de ser do sexo feminino, foram os fatores mais associados aos sintomas de depressão e ansiedade. A partir desses resultados, destacam-se a importância da escola na vida dos estudantes e os desafios colocados para promoção da saúde mental no ambiente escolar, o que exigirá maior articulação entre as políticas públicas de educação e saúde, além de recursos e a preparação a serem mobilizados para enfrentar esta nova realidade.

Cabe ainda uma última ressalva importante: a defesa da escola realizada aqui não

representou uma posição de retorno às aulas presenciais a qualquer custo em meio à pandemia. Apesar da importância da escola na vida dos jovens, era imperativo garantir a volta às aulas de forma segura, com a pandemia sob controle, adoção de todos os protocolos sanitários e aceleração da vacinação para os grupos prioritários, o que inclui os profissionais da educação. Se, de um lado, a rotina escolar amenizaria os impactos demonstrados aqui na saúde mental; por outro, deve-se ter em mente que a incidência de casos de Covid-19 na família também teve associação significativa no modelo de depressão e tendência de significância a 10% para ansiedade, podendo se tornar um fator ainda mais preponderante com o agravamento da pandemia. Portanto, o artigo evidenciou também uma falsa dicotomia entre agravamento da saúde mental e volta às aulas em meio à pandemia, a qual esteve bastante presente no debate público.

Colaboradores

Vazquez DA (0000-0002-4467-3392)* e Sanchez ZM (0000-0002-7427-7956)* realizaram a análise estatística. Vazquez DA e Caetano SC (0000-0001-8403-7078)* redigiram a primeira versão do artigo. Schlegel R (0000-0002-1297-0819)*, Lourenço E (0000-0002-2931-0526)*, Slemian A (0000-0002-2745-7073)* e Sanchez ZM participaram da elaboração do projeto, da análise dos dados e da escrita do artigo. Vazquez DA, Caetano SC, Schlegel R e Lourenço E contribuíram para interpretação e discussão dos resultados. Nemi A (0000-0002-8452-2660)*, Slemian A e Sanchez ZM fizeram a revisão crítica do manuscrito. Todos os autores participaram da concepção do estudo e aprovaram a versão final. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Hale T, Angrist N, Goldszmidt R, et al. A global panel database of pandemic policies: Oxford COVID-19 Government Response Tracker. *Nat. Hum. Behav.* 2021 [acesso em 2021 maio 12]; 5:529-538. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41562-021-01079-8>.
2. Paiva V, Garcia MRV, França-Jr I, et al. Youth and the COVID-19 crisis: lessons learned from a human rights-based prevention programme for youths in São Paulo, Brazil. *Glob. Public Health.* 2021 [acesso em 2021 maio 12]; 18:1-14. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/17441692.2021.1916055>.
3. Pfeifer JH, Allen NB. Puberty Initiates Cascading Relationships Between Neurodevelopmental, Social, and Internalizing Processes Across Adolescence. *Biol. Psychiatry.* 2021 [acesso em 2021 maio 12]; 89(2):99-108. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2020.09.002>.
4. Conselho Nacional de Juventude. Pesquisa Juventudes e a Pandemia de Coronavírus [Relatório]. Brasília, DF: Conjuve; 2020. [acesso em 2021 mar 25]. Disponível em: https://4fa1d1bc-0675-4684-8ee9-031db9be0aab.filesusr.com/ugd/f0d618_41b201dbab994b44b00aabca41f971bb.pdf.
5. Kessler RC, Foster CL, Saunders WB, et al. Social consequences of psychiatric disorders, I: Educational attainment. *Am. J. Psychiatry.* 1995 [acesso em 2021 maio 12]; 152(7):1026-32. Disponível em: <https://doi.org/10.1176/ajp.152.7.1026>.
6. Bordin IA, Curto BM, Murray J. Maternal recognition of child mental health problems in two Brazilian cities. *Braz. J. Psychiatry.* 2018 [acesso em 2021 maio 12]; 40(1):63-71. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2016-1957>.
7. Lavigne JV, Arend R, Rosenbaum D, et al. Psychiatric disorders with onset in the preschool years: I. Stability of diagnoses. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 1998 [acesso em 2021 maio 12]; 37(12):1246-54. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00004583-199812000-00007>.
8. Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psych.* 2007; 6(3):168-76.
9. Fatori D, Salum GA, Rohde LA, et al. Use of Mental Health Services by Children With Mental Disorders in Two Major Cities in Brazil. *Psychiatr. Serv.* 2019 [acesso em 2021 maio 12]; 70(4):337-41. Disponível em : <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800389>.
10. Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, et al. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet.* 2011 [acesso em 2021 maio 12]; 378(9801):1515-25. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60827-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60827-1).
11. Panda PK, Gupta J, Chowdhury SR, et al. Psychological and Behavioral Impact of Lockdown and Quarantine Measures for COVID-19 Pandemic on Children, Adolescents and Caregivers: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J. Trop. Pediatr.* 2021 [acesso em 2021 maio 12]; 67(1):fmaa122. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/tropej/fmaa122>.
12. Pisano S, Catone G, Gritti A, et al. Emotional symptoms and their related factors in adolescents during the acute phase of Covid-19 outbreak in South Italy. *Ital. J. Pediatr.* 2021 [acesso em 2021 maio 12]; 47(1):86. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13052-021-01036-1>.
13. López-Castro T, Brandt L, Anthonipillai NJ, et al. Experiences, impacts and mental health functioning during a COVID-19 outbreak and lockdown: Data from a diverse New York City sample of college students. *PLoS ONE.* 2021 [acesso em 2021 maio 12]; 16(4):e0249768. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249768>.
14. Meherali S, Punjani N, Louie-Poon S, et al. Mental Health of Children and Adolescents Amidst COVID-19 and Past Pandemics: A Rapid Systematic Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2021 [acesso

- em 2021 maio 12]; 18(7):3432. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph18073432>.
15. Jones EAK, Mitra AK, Bhuiyan AR. Impact of COVID-19 on Mental Health in Adolescents: A Systematic Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2021 [acesso em 2021 maio 12]; 18(5):2470. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph18052470>.
 16. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil - 2020. São Paulo: ABEP; 2020. [acesso em 2021 mar 18]. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>.
 17. Coutinho MPL, Carolino ZCG, Medeiros ED. Inventário de Depressão Infantil (CDI): evidências de validade de constructo e consistência interna. *Aval. Psicol.* 2008 [acesso em 2021 maio 12]; 7(3):291-300. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712008000300004.
 18. Barbosa GA, Gaião e Barbosa A, Gouveia VV. Transtorno de Ansiedade na infância e adolescência: um estudo de prevalência e validação de um instrumento (SCARED) de triagem. *Infanto*. 2002 [acesso em 2022 abr 29]; 10(1):34-47. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Valdiney-Gouveia/publication/279193421-Transtorno_de_ansiedade_na_infancia_e_adolescencia_um_estudo_de_prevalencia_e_validacao_de_um_instrumento_SCARED_de_triagem/links/558db00a08ae15962d8947ed/Transtorno-de-ansiedade-na-infancia-e-adolescencia-um-estudo-de-prevalencia-e-validacao-de-um-instrumento-SCARED-de-triagem.pdf.
 19. Bang YR, Park JH, Kim SH. Cut-Off Scores of the Children's Depression Inventory for Screening and Rating Severity in Korean Adolescents. *Psyc. Investig.* 2015 [acesso em 2021 maio 12]; 12(1):23-8. Disponível em: <https://doi.org/10.4306/pi.2015.12.1.23>.
 20. Birmaher B, Khetarpal S, Cully M, et al. Screen for Child Anxiety Related Disorders (SCARED) - CHILD Version. O'Hara: Western Psychiatric Institute and Clinic, University of Pgh; 1995. [acesso em 2021 mar 18]. Disponível em: https://www.tn.gov/content/dam/tn/mentalhealth/documents/Pages_from_CY_BPGs_445-453.pdf.
 21. Chen F, Zheng D, Liu J, et al. Depression and anxiety among adolescents during COVID-19: A cross-sectional study. *Brain Behav. Immun.* 2020 [acesso em 2021 maio 12]; (88):36-38. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.061>.
 22. Miranda D, Athanasio B, Oliveira AC, et al. How is COVID-19 pandemic impacting mental health of children and adolescents? *Int. J. Disaster. Risk Reduct.* 2020 [acesso em 2021 maio 12]; (51):101845. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijdrr.2020.101845>.
 23. Duan L, Shao X, Wang Y, et al. An investigation of mental health status of children and adolescents in china during the outbreak of COVID-19. *J. Affect Disord.* 2020 [acesso em 2021 maio 12]; 275:112-118. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.029>.
 24. Tardif-Grenier K, Archambault I, Dupéré V, et al. Canadian Adolescents' Internalized Symptoms in Pandemic Times: Association with Sociodemographic Characteristics, Confinement Habits, and Support. *Psychiatr. Q.* 2021 [acesso em 2021 maio 12]; (25):1-17. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s1126-021-09895-x>.
 25. Batra K, Sharma M, Batra R, et al. Assessing the Psychological Impact of COVID-19 among College Students: An Evidence of 15 Countries. *Healthcare*. 2021 [acesso em 2021 maio 12]; 9(2):222. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/healthcare9020222>.
 26. Hale L, Guan S. Screen time and sleep among school-aged children and adolescents: a systematic literature review. *Sleep Med. Rev.* 2015 [acesso em 2021 maio 12]; (21):50-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2014.07.007>.
 27. Felix E, Silva V, Caetano M, et al. Excessive screen media use in preschoolers is associated with poor motor skills. *Cyberpsychol Behav. Soc. Netw.* 2020 [acesso em 2021 maio 12]; 23(6):418-425. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/cyber.2019.0238>.

28. Kunzler AM, Röthke N, Günthner L, et al. Mental burden and its risk and protective factors during the early phase of the SARS-CoV-2 pandemic: systematic review and meta-analyses. *Global Health*. 2021 [acesso em 2021 maio 12]; 17(1):34. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12992-021-00670-y>.
29. Julia D. A cultura escolar como objeto histórico. *Rev. Bras. Hist. Educ.* 2001 [acesso em 2021 maio 12]; 1(1):9-44. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/rbhe/article/view/38749>.
30. Vincent G, Lahire B, Thin D. Sobre a história e a teoria da forma escolar. *Educ. Rev.* 2001; (33):7-48.
31. Brasil. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 6 Dez 2007. [acesso em 2021 mar 18]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm.
32. Ataliba P, Mourão L. Avaliação de impacto do Programa Saúde nas Escolas. *Psicol. Esc. Educ.* 2018 [acesso em 2021 maio 12]; 22(1):27-35. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2175-35392018011566>.
33. Bichir R, Torres H, Ferreira MP. Jovens no município de São Paulo: explorando relações de vizinhança. *Rev. Bras. Estud. Urbanos Reg.* 2004 [acesso em 2021 maio 12]; 6(2):53-69. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.22296/2317-1529.2004v6n2p53>.
34. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. *Evolução do Índice de Vulnerabilidade Juvenil 2000-2005 [Relatório]*. São Paulo: Seade; 2007. [acesso em 2021 mar 25]. Disponível em: http://produtos.seade.gov.br/produtos/ivj/ivj_2000_05.pdf.
35. Marques E, Torres HG, organizadores. São Paulo: segregação, pobreza e desigualdades sociais. São Paulo: Editora Senac; 2014.

Recebido em 25/05/2021

Aprovado em 12/02/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Usos conceptuales del género y la vulnerabilidad en políticas públicas de atención al Virus del Papiloma Humano (VPH) y al Cáncer Cervicouterino (CaCu) en México

Conceptual uses of gender and vulnerability in public policies for the Human Papillomavirus (HPV) and Cervical Cancer in Mexico

César Torres Cruz¹

DOI: 10.1590/0103-1104202213305

RESUMEN El Virus del Papiloma Humano (VPH) es un padecimiento de alto impacto a nivel global: más del 80% de las personas con vida sexual activa lo adquirirá en algún momento. La prevalencia y estragos es mayor en mujeres, pues este virus puede derivar en Cáncer Cervicouterino (CaCu). Desde hace tres décadas, ante el llamado de atención de muchas feministas, organismos de salud internacionales y gobiernos de muchos países han incorporado la perspectiva de género en la atención de estos y otros padecimientos de la salud sexual donde se ha destacado la noción de vulnerabilidad. El objetivo de este artículo es analizar, desde una perspectiva feminista, cuáles son los usos conceptuales que se hacen de la dupla género-vulnerabilidad en algunos documentos de políticas públicas para la atención del VPH y el CaCu de la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y la Secretaría de Salud mexicana. A través de un análisis textual de estos documentos, es señalado que el uso conceptual de la vulnerabilidad a la que están expuestas las mujeres por mandatos de género requiere ser vislumbrado desde ópticas que permita reconocer su agencia. Asimismo, se destaca la relevancia de incorporar a los varones a las políticas públicas de atención a estos padecimientos.

PALABRAS-CLAVE Virus del Papiloma Humano VPH. Cáncer de cuello uterino. México. Género y salud. Políticas públicas de salud.

ABSTRACT *The Human Papillomavirus (HPV) currently represents one of the most relevant sexual health problems worldwide, since at least, 80% of the sexually active population might acquire it at any time. Prevalence and injuries are more present among women, where this virus might cause cervical cancer. From three decades ago, several international health organizations as well as countries have adopted a feminist agenda at incorporating gender perspective to pay attention to these and other women's sexual health issues. The objective of this text is to analyze from a feminist perspective the conceptual uses of gender and vulnerability in some documents written by the World Health Organization, the Pan American Health Organization and the Mexican Health Secretariat for HPV and cervical cancer treatment. Throughout textual analyses to health attention documents, I highlight that these uses of vulnerability that Mexican women are exposed to need perspectives that shed light on women's agency. I also emphasize the necessity to incorporate men to these public policies.*

KEYWORDS *Human Papillomavirus, HPV. Cervical cancer. Mexico. Gender and health. Public health policies.*

¹Universidad Nacional Autónoma de México (Unam), Centro de Investigaciones y Estudios de Género (Cieg) – Ciudad de México, México. cesar_torres@cieg.unam.mx

Introducción

El Virus del Papiloma Humano (VPH) es un padecimiento de alto impacto a nivel global. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), más del 80% de las personas con vida sexual activa lo adquirirá en algún momento, ya que para el contagio no es necesario el coito, sino que basta con el contacto piel-genitales.

La prevalencia y los estragos son mayores en las mujeres. Existen más de 100 cepas o tipos del VPH: los de ‘alto riesgo’ (por ejemplo, el 16 y el 18) causan 70% de los casos de Cáncer Cervicouterino (CaCu) (además del de ano y vulva), y los de ‘bajo riesgo’ (tipos 6 y 11, que, aunque no son oncógenos, pueden provocar verrugas genitales y *papilomatosis* en vías respiratorias)¹.

Además de la dimensión de género, existe una dimensión de clase social en el CaCu: un sistema inmunitario debilitado acelera el lapso de desarrollo del cáncer a partir de la aparición de lesiones por el VPH (de cinco a 15 años). Asimismo, influyen factores como la presencia de otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), el haber tenido más de tres partos, una edad temprana en el momento del primero, el uso de hormonas y el consumo de tabaco¹. En México, en términos de morbilidad, en 2018, después de las enfermedades agudas y de vías urinarias, la vulvovaginitis [relacionada con el VPH] fue la cuarta causa de enfermedad en las mujeres, con 298,250 casos registrados². El CaCu tuvo una ocurrencia anual de 13,960 casos^{3,4}, de los 570,000 nuevos estimados en el mundo en ese año¹.

En cuanto a las muertes asociadas con el CaCu a nivel mundial, se registran por cada año al menos 311,000, de las cuales 85% corresponden a casos en países con índices agudos de desigualdad económica, como México y el resto de América Latina¹. Aunque el CaCu detectado en sus primeras fases puede ser curable, podemos apreciar que la falta de presupuesto en salud en estos países contribuye a que muchas mujeres sean diagnosticadas en fases avanzadas. En 2018, los decesos por

este tipo de cáncer en México representaron la primera causa de muerte en el grupo de mujeres de 25 a 34 años de edad, y la segunda, después del cáncer de mama, en los grupos de 35 a 44 y de 45 a 64⁵.

El objetivo de este artículo es analizar, desde una perspectiva feminista, los usos conceptuales que se hacen de la dupla género-vulnerabilidad en algunos documentos de políticas públicas para la atención del VPH y el CaCu de la OMS, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de la Secretaría de Salud mexicana. Daré cuenta de que el uso conceptual de la vulnerabilidad a la que están expuestas las mujeres por mandatos de género requiere ser vislumbrado desde ópticas que permitan reconocer su agencia. Asimismo, destaco la relevancia de incorporar a los varones a las políticas públicas de atención a estos padecimientos.

Respecto al panorama de investigación sobre el VPH y el CaCu, encontré en México textos publicados desde enfoques teóricos de salud pública; algunos se centran en la vacuna utilizada para la prevención de este virus^{6,7}, otros en estrategias biomédicas para erradicar este tipo de cáncer⁸⁻¹⁰. Investigaciones que incluyen la perspectiva de género coinciden en la necesidad de tomar en consideración las condiciones sociales de estos padecimientos. En Colombia, un artículo indaga los efectos psicosociales que genera la prueba diagnóstica del VPH en mujeres¹¹; en Argentina, un texto subraya el papel de las mujeres como factor para conocer y promover campañas preventivas que incidan en el esquema de vacunación¹². En Brasil, se destacan dos trabajos: uno da cuenta del bajo nivel de información sobre el VPH en Teresina, Piauí, entre mujeres jóvenes¹³, y el otro resalta un patrón similar entre estudiantes de educación básica¹⁴.

En México, un libro, desde el enfoque sociodemográfico, da cuenta de los estereotipos asignados a la feminidad con el VPH en ciertas ópticas biomédicas¹⁵; un artículo analiza la relevancia de las redes sociales de apoyo para mujeres diagnosticadas con VPH y/o con CaCu en Sonora¹⁶; otro aborda las implicaciones subjetivas y de

género asociadas a vivir con este virus y/o cáncer en mujeres indígenas en Chiapas¹⁷, y uno más analiza la vida de mujeres con este padecimiento en un contexto semi-urbano de San Luis Potosí¹⁸. Este artículo forma parte de una investigación más amplia iniciada en el año 2020 y que será culminada en 2023 donde analizo algunas implicaciones socioculturales del VPH y el CaCu en la Ciudad de México.

Precisiones conceptuales: sobre el género y la vulnerabilidad

Desde la década de 1980, el feminismo ha llamado la atención a organismos internacionales para que tomen en consideración los procesos sociales por los que mujeres y varones prevenimos, detectamos, atendemos los padecimientos y morimos de manera diferenciada, pues por un lado, los mandatos de género afectan a la salud de las mujeres, además de que sus cuerpos han sido producidos y vigilados a modo de estrategia de control patriarcal, mediante el escrutinio médico en experiencias tales como el aborto, el embarazo y el placer sexual, y por el otro, la socialización de los hombres y los mandatos de la masculinidad tienen altos costos en la salud¹⁹⁻²¹. Por ello, las feministas promovieron la noción de ‘vulnerabilidad’ para resaltar las maneras por las que las dimensiones estructurales hacen que las mujeres estén expuestas a ciertos padecimientos, como los relacionados con la salud sexual²²⁻²⁴.

Atendiendo a este llamado, la OMS incorporó desde 1990 a sus estrategias de incidencia política la perspectiva de género, para entender y remediar las condiciones de vulnerabilidad que experimentan las mujeres. A partir del 2014, este organismo internacional instó a todos los gobiernos miembros, pero de manera particular a los de países del ‘sur global’, a diseñar políticas públicas que incorporasen la perspectiva de género en la atención del VPH y el CaCu²⁵⁻²⁷ para prevenir, tratar y controlar este tipo de cáncer en las mujeres. Esto se da

a través de la vacunación en la infancia (de los 9 a los 14 años de edad); la prevención por citología cervical para detectar células anormales (de los 25 a los 34 años); las pruebas de detección del VPH (de los 35 años en adelante); además de tratamientos como crioterapia, cuidados paliativos, cirugía, radioterapia y quimioterapia (a cualquier edad)^{1,28}.

En México, se creó a finales de la década de 1990 en la Secretaría de Salud el programa ‘Mujer y Salud’, el cual fue transformado en 2003 en el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR); con siete áreas de atención a problemáticas de género y salud. Este es el responsable de transversalizar la perspectiva de género a niveles federal y estatal y de crear programas y políticas públicas de atención sanitaria a nivel nacional en temas relacionados con la salud sexual y reproductiva, como el VPH y el CaCu²⁹. Este Centro parte de un enfoque integral en salud, inserto en el Plan Nacional de Desarrollo del país, cuya meta incluye “sustentar sus actividades en un enfoque de género y salud para disminuir las desigualdades sociales de salud en México”³⁰, por lo que es crucial analizar cómo es entendido el género y la vulnerabilidad por estos organismos sanitarios.

Retomo para este texto de las teorías feministas posestructuralistas, la comprensión de la vulnerabilidad desde dos ópticas teóricas: la de Judith Butler³¹⁻³³, quien nos invita a pensar a la vulnerabilidad desde una condición ontológica que compartimos los seres humanos, pero sobre todo como una condición inducida (o de precarización) en ciertos sujetos. Para esta autora, “la vulnerabilidad no es una disposición subjetiva, sino una relación con un campo de objetos, fuerzas y pasiones que inciden y nos afectan de alguna manera”³²⁽²⁵⁾. Dicha vulnerabilidad

se encuentra siempre articulada en forma diferencial y no puede ser pensada adecuadamente ni por fuera de un campo diferenciado de poder ni por fuera del trabajo diferencial de normas específicas de reconocimiento³³⁽⁷²⁾.

Su análisis nos permite comprender los efectos de las acciones estatales en las vidas de las mujeres.

Retomo de Ana Amuchástegui y de Tasha N. Dubriwny el análisis crítico sobre las maneras en que los tratamientos estatales de la vulnerabilidad se han convertido en un paradigma que genera efectos paradójicos para la salud sexual de las mujeres. Pues, por un lado, reconocen los efectos de condiciones estructurales en las mujeres, pero por el otro, su comprensión de la vulnerabilidad está anclada en una perspectiva determinista que imposibilita ver los mecanismos de resistencia hacia los mandatos de género y la (re)significación de los padecimientos.

Amuchástegui toma como punto de partida el trabajo de acompañamiento e intervención con pares que realizan mujeres que viven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en la Ciudad de México y subraya la existencia de una “organización gubernamental del sufrimiento”³⁴⁽³⁵⁰⁻³⁵³⁾ que funciona como

dispositivo de distribución de recursos e intervenciones [... donde] el término vulnerabilidad acaba funcionando más como un atributo de las personas que como una ‘situación’³⁴⁽³⁵⁰⁻³⁵³⁾.

En Estados Unidos, Dubriwny señala, a partir del análisis discursivo de la representación de las mujeres que padecen VPH, cáncer de mama, cervicouterino y enfermedades cardíacas, que el discurso dominante de la salud pública retoma ópticas neoliberales individualizantes donde mujeres de contextos urbanos son posicionadas como ‘vulnerables empoderadas’, y la mirada patriarcal las ve proclives a enfermar de padecimientos de índole sexual, pero también las responsabiliza de estos, lo que termina por ratificar los roles de género tradicionales³⁵.

De acuerdo con esta autora, la salud pública promueve una noción homogénea de mujer (referido a mujeres blancas y heterosexuales); por lo que requiere de una perspectiva interseccional para comprender el papel de

la raza, la clase social, la orientación sexual, el contexto de origen y la edad en la creación de alternativas que incluyan a otras mujeres y dejen fuera comprensiones morales que contribuyan a estigmatizarlas³⁵. Al unir estas perspectivas conceptuales, mi comprensión del género en relación con la vulnerabilidad parte de que ambas dimensiones son efecto de las relaciones de poder plasmadas en documentos de políticas públicas de atención al VPH y al CaCu.

Material y métodos

El análisis textual de los documentos que contienen las directrices de las políticas públicas del VPH y el CaCu da cuenta de cómo son entendidos algunos conceptos clave. Como indica Alejandro Agudo, las políticas se hacen de palabras, se trata de un estilo de escritura,

un enfoque, una mirada selectiva que, mediante la movilización del significado y la producción y difusión de formas simbólicas, sostiene determinadas representaciones de la realidad y enfatiza unos aspectos a expensas de otros³⁶⁽¹²⁴⁾.

Utilizo como directriz teórica la perspectiva feminista de Sara Ahmed³⁷ quien propone un análisis que dé cuenta de la dimensión sociocultural y política implícita en textos públicos. Para ello analiza el uso de las emociones en políticas públicas de migración del Reino Unido. Si bien este artículo no se enfoca en la dimensión afectiva de las políticas públicas del VPH y el CaCu, retomo la invitación de esta autora a pensar en qué hacen y cómo trabajan los materiales textuales, es decir, en cómo generan efectos en las vidas de las personas, a modo de eficacia performativa. Desde la perspectiva de Ahmed, los conceptos no solo están en los textos, sino que circulan entre las personas, toman forma “como efectos de nombrarlos, lo que generalmente funciona mediante las atribuciones de causalidad”³⁷⁽⁴⁰⁻⁴¹⁾.

Ahmed no propone una serie de pasos a seguir para el análisis textual, lo que permite

apropiarse de su método. Para el análisis textual realicé una búsqueda exhaustiva durante más de un año (2020-2021) de documentos de políticas públicas de atención al VPH y al CaCu en portales de internet de la OMS, la OPS y la Secretaría de Salud de México. Después de una primera lectura, identifiqué que las nociones de ‘género’ y ‘vulnerabilidad’ son constantes en las políticas públicas de estos padecimientos. El criterio de selección fue el temático, me centré en documentos que incluyeran de manera enfática las nociones de género y vulnerabilidad y que tuvieran la información más actualizada respecto a la atención a estos padecimientos.

Del ámbito internacional analicé: a) El Plan de Acción sobre la prevención y el control del CaCu 2018-2030, de la OPS/OMS³⁸; b) La nota informativa de la OMS del 2020 Papilomavirus Humanos (PVH) y CaCu²⁸, si bien existen más documentos sobre la atención sugerida a estos padecimientos, considero que estos engloban las políticas públicas más relevantes. Del terreno mexicano analicé: a) La Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994 para la atención y vigilancia epidemiológica del CaCu³⁹; y b) La Guía para transversalizar la perspectiva de género en programas y acciones de la salud pública, del CNEGySR del 2019³⁰, que, si bien no trata sobre el VPH y el CaCu de manera directa, fue crucial para saber cómo es entendido el género y la vulnerabilidad por este Centro.

Adicionalmente, contrasté la información vertida en estos documentos con entrevistas semiestructuradas vía digital que realicé con personal del CNEGySR. La titular del Centro firmó una carta de consentimiento informado como representante de las personas que respondieron las preguntas. Dado que las respuestas a las entrevistas fueron enviadas por correo electrónico, en el entendido de que se representan la postura de este Centro, la cual incluye el aporte de muchas de las personas que allí trabajan, no se indican los cargos de las personas que brindaron su testimonio ni otros elementos que hubiesen enriquecido el análisis (como edad o género), pues fue información

reservada. El criterio de selección de las personas entrevistadas fue aleatorio, supeditado a la información que me quisieron brindar, sin riesgo para las personas entrevistadas, ya que la investigación de la que se desprende este texto no tomó en cuenta ninguna de sus variables fisiológicas, psicológicas ni sociales, solo experiencias de su trabajo.

Limitaciones del estudio: esta investigación fue realizada durante el inicio de la pandemia de la covid-19, lo que imposibilitó que me pudiera acercar a personas para realizar entrevistas. Si bien la directora del CNEGySR se mostró accesible, su participación en la atención a los imprevistos de la pandemia y el acceso limitado a las personas que laboran en su centro determinaron la información que pude recabar vía digital.

El proyecto de investigación del que se desprende este texto cuenta con la aprobación del Consejo Interno y la Comisión Dictaminadora del Centro de Investigaciones y Estudios de Género (CIEG) de la Unam respecto a la ética de investigación en trabajos con seres humanos. Dado que formamos parte del subsistema de humanidades, no contamos con comité de ética propio, pero expertas/os en bioética que forman parte de estos cuerpos colegiados validaron que el proyecto cumple con los estándares internacionales de ética, con trabajo de investigación con otras personas. A continuación, analizo dos dimensiones presentes en las políticas públicas: la vulnerabilidad biológica de las mujeres ante el VPH al poder derivar en CaCu, y la vulnerabilidad social inducida por los mandatos de género.

Resultados y discusión

Los usos de la vulnerabilidad en la relación causal VPH-CaCu en mujeres

Un elemento muy importante en las políticas públicas de atención al VPH y al CaCu de

la OMS^{1,28}, la OPS³⁸ y la Secretaría de Salud mexicana³⁹ se relaciona con las maneras en que estas posicionan un elemento biológico como el desencadenante de un alto grado de vulnerabilidad al que las mujeres están expuestas: la relación causal VPH-CaCu. De acuerdo con la OMS, “Casi todos los casos de CaCu son atribuibles a infecciones por VPH”²⁸⁽¹⁾. El Plan de acción de la OPS/OMS sobre el control de este cáncer indica en el mismo tenor: “el cáncer cervicouterino está causado por la infección persistente por tipos de alto riesgo del VPH”³⁸⁽⁶⁾. Empero, perspectivas feministas han criticado el carácter unívoco de esta supuesta causalidad: Alethia Guerrero, después de una búsqueda en textos epidemiológicos que analizan la correlación entre VPH/CaCu, y mediante una aguda reflexión filosófica, da cuenta de que hay un sesgo en esta relación causal, pues el VPH “no es un conjunto viral homogéneo y tener alguna de sus variantes no es una condición necesaria y suficiente para desarrollar cáncer”⁴⁰⁽⁶⁾.

No encontré documentos que hablen de otros tipos de cáncer o cepas del VPH. Dicho tratamiento textual de la relación causal VPH-CaCu que sostienen la OMS, la OPS y la Secretaría de Salud en México deja de lado la atención a otros tipos de cáncer y a otras cepas de VPH que, si bien no son cancerígenas, producen estragos corporales, como la *papilomatosis*.

De la revisión de textos realizada por Guerrero, resalta que la transmisión vertical del VPH puede darse dentro del útero o en el parto. Respecto a las vías no sexuales de transmisión, destaca la ‘autoinoculación’ (mecanismo por el cual alguien podría tocar una verruga con el virus y llevarlo a otra parte del cuerpo) y la ‘heteroinoculación’ o el contacto de un área infectada de una persona con la de otra persona no afectada⁴⁰. Sobre la transmisión de objetos a personas, esta autora señala la transmisión vía ‘iatrogenia’, pues un estudio en Europa⁴¹ reportó casos la transmisión de VPH en contextos de exploración médica ginecológica. También sobresale la transmisión vía

‘fómites’, por la cual, de acuerdo con un texto en Venezuela⁴², hay 28 casos de niñas menores de ocho años con cepas de VPH de bajo riesgo que adquirieron el VPH por la madre, aparentemente al compartir jabones, toallas o ropa. Como asevera Guerrero, en México no contamos con datos ni información que nos permitan ver la magnitud y ocurrencia de este tipo de contagios⁴⁰.

Sobre las posibilidades de contagio de VPH entre varones, encontré un estudio longitudinal con seguimiento durante cuatro años (2005 a 2009) a 87 varones entre los 18 y 24 años, asumidos como ‘vírgenes’, en México, Brasil y Estados Unidos, que no tuvieron prácticas sexuales penetrativas, pero adquirieron cepas de bajo riesgo del virus (con una prevalencia de 25% de casos); esto permite ver la necesidad de estudios que debatan las maneras de adquirir el VPH en diversas prácticas corporales, así como de crear políticas públicas enfocadas en estos casos⁴³.

Personal del CNEGySR considera que el VPH no necesariamente está vinculado al CaCu, —como salió a relucir en una entrevista—:

De acuerdo con la historia natural de la enfermedad del cáncer de cuello uterino, la infección por VPH es una condición necesaria, pero no la única suficiente para desarrollar una neoplasia; es más probable la evolución a cáncer in situ o invasor si existe una infección persistente por genotipos de alto riesgo oncogénico conjugada con otros co-factores. (Personal del CNEGySR).

No obstante, en la práctica, este Centro replica la relación causal VPH-CaCu, pues en la Norma de Atención³⁹ y la Guía para transversalizar la perspectiva de género en programas y acciones de la salud pública³⁰ no son considerados otros estragos en la salud derivados del VPH. Cuando indagué en los mecanismos de atención para el VPH, resaltaron únicamente el CaCu: aunque mis interlocutoras/es reconocieron que la presencia del VPH en el cuerpo de una mujer no indica

necesariamente que existan lesiones cancerosas: llamaron la atención sobre la necesidad de realizar una citología en las clínicas donde ofertan colposcopias.

En esta sección podemos ver, cómo indicó Ahmed, que los conceptos no solo están en los textos, sino que circulan entre las personas, toman forma “como efectos de nombrarlos, lo que generalmente funciona mediante las atribuciones de causalidad”³⁷⁽⁴⁰⁻⁴¹⁾, lo que conlleva fuertes implicaciones políticas dado que los sujetos son afectados por dichos conceptos. Con la relación causal VPH-CaCu, si bien se reconoce la vulnerabilidad física que conlleva la posibilidad de adquirir VPH y su eventual desarrollo en CaCu para muchas mujeres, las políticas públicas dejan de lado otros padecimientos provenientes de este virus que pudieran derivar en otro tipo de cánceres, igual de relevantes que el cervicouterino —como el anal, bucal, vaginal y faríngeo— que también representan tasas elevadas en América Latina.

Asimismo, se hace necesario situar la vulnerabilidad física dentro del contexto social en el que es producida, ya que si bien, todas las mujeres pueden padecer este virus, las tasas más elevadas de mortalidad se dan en América Latina (14.3%) y en África (25.6%)⁴⁴. La comprensión del género en tanto factor que intensifica la vulnerabilidad a padecer y morir de CaCu derivado del VPH ha sido la estrategia principal de las políticas de atención a estos padecimientos. Veamos cómo es entendido el papel del género.

Concepciones sobre el género y la vulnerabilidad en las políticas públicas de atención al VPH y el CaCu

La relación causal VPH-CaCu establecida en políticas públicas de atención a estos padecimientos contribuye a posicionar a las mujeres como vulnerables, entre otras cosas, por la influencia del patriarcado en el control de sus cuerpos. Al respecto, en una entrevista fue mencionado que, en México, uno de los

factores que contribuyen al diagnóstico tardío de esos padecimientos es el género:

en el sentido de las construcciones sociales de ser mujeres en un sistema patriarcal y como eje que atraviesa todos los ámbitos de la vida. El acceso limitado a los recursos, el rol tradicional de cuidado y crianza de hijas e hijos, personas adultas mayores y con algún tipo de discapacidad; dobles o triples jornadas de trabajo, la priorización del cuidado de la salud del resto de los integrantes de la familia; la ubicación y organización de los servicios de salud, entre otros. (Personal del CNEGySR).

Ante esta aseveración, consideré relevante analizar cómo es entendido el género por parte de autoridades sanitarias. Cuando cuestioné al personal del CNEGySR al respecto, me dijeron que para ellas/os el género:

hace referencia a las características socialmente construidas, como son los atributos, roles, privilegios y restricciones que se le atribuye al hecho de ser hombre o mujer, mientras que el sexo se refiere a las características determinadas biológicamente. Las diferencias biológicas son universales, las sociales se aprenden [...] Cuando las personas o los grupos no se ajustan a los roles, estereotipos, responsabilidades o relaciones afines con los mandatos sociales, suelen ser objeto de estigmatización, exclusión social y discriminación, lo cual puede afectar negativamente a la salud. (Personal del CNEGySR).

Dicha definición, también plasmada en su Guía para transversalizar la perspectiva de género en programas y acciones de la salud pública³⁰ se centra en una óptica feminista de la segunda ola⁴⁵, la cual asume al sexo como ‘diferencias (binarias) biológicas universales’, lo que contribuye a entender las limitaciones que viven las mujeres por los mandatos sociales del género como hechos determinados por su sexo.

Como resaltan Iyonne Salas y María del Pilar Torre en una revisión exhaustiva que hicieron del uso de la perspectiva de género

en documentos gubernamentales sobre salud y nutrición en México, desde que el gobierno incorporó esta perspectiva a sus políticas públicas y programas de salud en el año 2000, la apuesta teórica y política está en reconocer los efectos del patriarcado en la salud de las mujeres⁴⁶. Es decir, como si hablar de género fuese equivalente a entender lo que viven las mujeres, lo cual, si bien es necesario, deja de lado una óptica relacional que incluya a los varones. Como coinciden Amuchástegui³⁴ y Dubriwny³⁵, la perspectiva que ve a la vulnerabilidad desde una mirada determinista como parte de los cuerpos de las mujeres, y no como una situación o serie de eventos inducidos por las normas de género, impide formular mecanismos de acción para superar estos problemas.

Cristina Herrera agrega, cuando analiza las políticas públicas en las que se instauró la atención a la violencia de género como un problema de salud pública en México, que, si bien estas políticas mantienen buenas intenciones, en la práctica, terminan por reforzar y no por eliminar las desigualdades de género que quieren combatir. Incluso, las/os profesionales de la salud replican nociones hegemónicas sobre el género, la etnia y la clase social cargados de prejuicios y misoginia para entender la violencia de género que experimentan las mujeres, donde las posicionan en un lugar dual de pasividad (porque son agredidas) y actividad (porque reinciden en la violencia), lo que “no contribuye a su fortalecimiento como sujetos con derechos y libertades”⁴⁷⁽¹⁴⁾. Es decir, se preserva el orden de género (masculino) que forma parte de la constitución de la medicina que no ve a las mujeres como sujetos autónomos y razonables.

En el caso aquí analizado, dicha mirada estática del género contribuye a que la atención médica esté dirigida solo hacia las mujeres con prácticas heterosexuales, excluyendo tácitamente a los hombres, quienes son los principales transmisores del VPH, lo cual contribuye a reafirmar los estereotipos de género (como el de que las mujeres deben ser las cuidadoras de

todas las personas) y las responsabiliza de un padecimiento que adquirieron con otros. Así, es reforzado el papel de la medicina como instrumento de control patriarcal de los cuerpos de las mujeres.

Los hombres no están incluidos en las políticas públicas mexicanas, a pesar de que, de acuerdo con parámetros de la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2, entre otros elementos, “la promiscuidad de la pareja debe ser considerada entre los factores de riesgo para CaCu”³⁹⁽³⁾, referencia a los varones que tienen múltiples parejas sexuales. Cuando indagué en una entrevista con el CNEGySR el papel de los hombres en las políticas públicas mexicanas de atención al VPH, fue mencionado lo siguiente:

La participación de los hombres en la prevención de la infección por VPH es de total relevancia para su prevención y juegan un papel clave, por ejemplo, desde el trabajo en la concientización del uso de condones para evitar ITS. Por otro lado, el modelo masculino hegemónico limita el libre ejercicio del derecho de las mujeres a la salud. La masculinidad es un esquema de género a través del cual las sociedades reglamentan una serie de creencias acerca de cómo deben ser los hombres y lo que pueden hacer, por lo que para abonar en la prevención del VPH y del CaCu es importante fomentar el autocuidado y las masculinidades saludables. (Personal del CNEGySR).

Las autoridades sanitarias mexicanas no reconocieron ningún elemento específico de trabajo que estén realizando con hombres, ni siquiera en el campo de la educación sexual, el cual podría ser regulado por el gobierno mexicano, pues la OPS indica en su plan de acción sobre la prevención y el control del CaCu que los estados miembros definirán “los grupos de población prioritarios teniendo en cuenta el contexto y los perfiles epidemiológicos nacionales del cáncer cervicouterino”³⁸⁽⁷⁾. Además de que este plan sugiere:

Fortalecer y ejecutar iniciativas de educación y concientización sobre la prevención de la

infección por VPH y el cáncer cervicouterino en las niñas, los niños y las poblaciones prioritarias con mayor prevalencia de infección por el VPH y en situación de vulnerabilidad³⁸⁽²¹⁾.

Esta omisión va más allá, pues los esquemas de vacunación que ofrece la Secretaría de Salud de manera gratuita, a modo de estrategia de prevención, únicamente están dirigidos a niñas que no han iniciado su vida sexual:

La infección por VPH se puede prevenir a través de la vacunación en mujeres menores de 15 años. En México, la Secretaría de Salud actualmente inicia el esquema de vacunación en adolescentes escolarizadas en quinto grado de primaria y de 11 años no escolarizadas.

Respondieron por parte del CNEGySR. Los hombres quedan fuera de cualquier práctica concreta de intervención médica, a excepción de algunos estados donde se vacuna a niños en este rango de edad mediante protocolos de investigación epidemiológica⁴⁸. Estas actividades contribuyen a reforzar los mandatos de género asociados a la feminidad, como indica Mónica Luna y colaboradoras¹⁸⁽¹⁶⁾:

Una resignación donde el sistema biomédico le quita nuevamente la carga de transmisión al varón, minimiza el papel de la pareja devolviendo a la mujer al mismo sistema cultural tradicional de género que presenta a la enfermedad como femenina y aumenta la vulnerabilidad en el proceso de atención de la salud de las mujeres.

Rail y colaboradoras agregan, al realizar un análisis discursivo sobre las campañas de atención al CaCu en Canadá, que la medicina contribuye a que las mujeres sean producidas como “vulnerables, peligrosas y como una amenaza de contagio de una ITS”⁴⁹⁽⁶²⁶⁾. Esto permite apreciar que los documentos públicos, como nos recuerda Ahmed³⁷, están plagados de intenciones políticas que repercuten en las desigualdades. El énfasis en la atención médica

solo a las mujeres refleja que las desigualdades de género se mantienen.

Consideraciones finales

Las feministas han jugado un papel de incidencia crucial en las políticas públicas y programas de atención sanitaria a los padecimientos que enfrentan las mujeres y que son exacerbados por las desigualdades de género al posicionarlas en condiciones de vulnerabilidad. En los casos del VPH y el CaCu, dichas intervenciones feministas han contribuido a la incorporación de acciones estatales para aminorar la vulnerabilidad.

Si bien reconozco el esfuerzo que ha llevado a cabo el estado mexicano para incorporar la perspectiva de género, en este artículo ofrezco una crítica propositiva para que sea revisado el uso de la dupla género-vulnerabilidad en sus documentos de atención sanitaria, pues considero que el análisis aquí ofrecido permite ver que las estrategias de atención internacional y local, donde se entiende al género como equivalente a las complejidades que viven las mujeres, necesitan ser reconsideradas para incorporar perspectivas relacionales y que además permita reconocer su agencia en escenarios vulnerables. El trabajo con varones se hace urgente, pues, como Butler afirma, aunque las instituciones sociales y políticas están diseñadas para minimizar las condiciones de precariedad, es el mismo estado el que contribuye a que la precariedad se convierta en

una condición política inducida de vulnerabilidad maximizada, una exposición que sufren las poblaciones que están arbitrariamente sujetas a la violencia de estado, así como a otras formas de agresión no provocadas por los estados, pero contra las cuales estos no ofrecen una protección adecuada³²⁽³²²⁻³²³⁾.

Además de reconocer los mecanismos que dan lugar a una interpretación de las mujeres como vulnerables, sugiero incorporar la

propuesta de Judith Butler para considerar la vulnerabilidad no como una condición de la que las mujeres tengan que ser rescatadas, sino como una condición movilizadora, una forma política y social que permita vislumbrar estrategias de resignificación y agencia ante los mandatos de género. Para Butler, Amuchástegui y Dubriwny³³⁻³⁵, entender a la vulnerabilidad solamente como sitio de pasividad, inacción y victimización, conlleva una mirada paternalista que no permite comprender los procesos de agencia de las mujeres, lo cual incluso interferiría en crear formas de control y regulación de sus cuerpos. Retomar estas ópticas en las políticas públicas del VPH y el CaCu permitirá expandir la mirada determinista de comprensión de las experiencias de salud de las mujeres y buscar espacios para resistir los mandatos de género, al tiempo que se ofrecerían alternativas que inviten a abrazar la vulnerabilidad y buscar herramientas de apoyo para las más desfavorecidas.

Quedan temas pendientes para el análisis. Uno de ellos es sobre las implicaciones

subjetivas de recepción de las políticas públicas de atención al VPH y al CaCu. Se hace necesario comprender los significados atribuidos por mujeres a estos padecimientos, así como las maneras en que se relacionan con la atención sanitaria a estos, a partir de las políticas públicas existentes. Otro tema se relaciona con incorporar marcos conceptuales como el de la 'justicia reproductiva' para pensar en la creación de mecanismos que permitan a las mujeres orientar sus destinos sexuales y reproductivos. También valdrá la pena profundizar en el orden de género (heteropatriarcal) de la medicina y las maneras en que profesionales de la salud lo reproducen al atender a las mujeres, pues para modificar las políticas públicas, es necesario modificar el orden de género en esta disciplina.

Colaborador

Torres Cruz C (0000-0003-3752-1005)* es responsable de la elaboración del manuscrito. ■

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Papilomavirus humanos (PVH) y cáncer cervicouterino. 2019. [citado 2019 nov 5]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer).
2. México. Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Anuario de Morbilidad 2018. 2019. [citado 2020 dec 9]. Disponible en: <http://187.191.75.115/anuario/html/anuarios.html>.
3. México. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico Prevención y Control del Cáncer de la Mujer 2013-2018. 2015. [citado 2020 ago 7]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/cnegsr/documentos/programa-de-accion-especifico-prevencion-y-control-del-cancer-de-la-mujer-2013-2018-134126>.
4. México. Secretaría de Salud. Cubos dinámicos en México, 2017. Mortalidad. 2019. [citado 2020 oct 3]. Disponible en: <http://www.dgis.salud.gob.mx/con>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- [tenidos/basesdedatos/BD_Cubos_gobmx.html](#).
5. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido. 2018. [citado 2021 ene 3]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/registros/vitales/mortalidad/tabulados/pc.asp?t=14&c=11817>.
 6. Torres-Poveda KJ, Cuadra-Hernández SM, Castro-Romero JI, et al. La política focalizada en el programa de vacunación contra el Virus del Papiloma Humano en México: aspectos éticos. *Acta bioethica*. 2011 [citado 2021 ene 3]; 17(1):85-94. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2011000100010>.
 7. Lazcano-Ponce E, Torres-Ibarra L, Cruz-Valdez A, et al. Persistence of immunity when using different human papillomavirus vaccination schedules and booster-dose effects 5 years after primary vaccination. *The J. infect. diseases*. 2019 [citado 2021 ene 3]; 219(1):41-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/infdis/jiy465>.
 8. Franco EL. Prevention of cervical cancer in Latin America: Future challenges and opportunities. *Salud Pública de México*. 2018 [citado 2021 ene 3]; 60(6):609-611. Disponible en: <https://doi.org/10.21149/10071>.
 9. Herrero R. Eliminación del cáncer de cérvix en América Latina. *salud pública de méxico*. 2019 [citado 2021 ene 3]; 60(6):621-3. Disponible en: <https://doi.org/10.21149/10170>.
 10. Hurtado-Salgado E, Ortiz-Panozo E, Salmerón J, et al. Use of HPV testing in cervical cancer screening services in Mexico, 2008-2018: a nationwide database study. *salud pública de méxico*. 2019 [citado 2021 ene 3]; (60):722-33. Disponible en: <https://doi.org/10.21149/9891>.
 11. Ceballos CW, Peñaloza JA, del Castillo AD, et al. Efectos psicológicos y sociales que genera la prueba del virus del papiloma humano: un estudio exploratorio. *Revista Colombiana de cancerología*. 2009 [citado 2021 ene 3]; 13(3):145-56. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0123-9015\(09\)70133-7](https://doi.org/10.1016/S0123-9015(09)70133-7).
 12. Seman C. Análisis de las políticas públicas de prevención del cáncer de cuello uterino vinculadas al control del virus del papiloma humano (VPH) en Argentina/An Analysis of Argentina's Public Health Prevention Strategies of Cervical Cancer Related to the Control of the Human Papiloma Virus (HPV). 2016. [citado 2021 ene 3]. Disponible en: https://digitalcollections.sit.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3443&=&context=isp_collection&=&seid-redir=1&referer=https%253A%252F%252Fscholar.google.com%252Fscholar%253Fhl%253Den%2526as_sdt%253D0%25252C5%2526q%253DCSeman%25252C%252B2016%252BHPV%2526btnG%253D#search=%22CSeman%2C%202016%20HPV%22.
 13. Pereira KC, Assunção TB, Sousa LK, et al. Conhecimento de mulheres em idade fértil sobre o papiloma vírus humano. *Enfer. Foco*. 2011; 2(3).
 14. Nascimento MV, Souza I, Deus MD, et al. O que sabem os adolescentes do ensino básico público sobre o hpv. *Semina: Ciênc. Bio Saúde*. 2013 [citado 2021 ene 3]; 34(2):229-38. Disponible en: <https://doi.org/10.5433/1679-0367.2013v34n2p22983>.
 15. Gayet C. Infecciones de transmisión sexual en México: una mirada desde la historia y el género. México: Secretaría de Salud; CENSIDA; 2015.
 16. Castro Vásquez MD, Arellano Gálvez MD. Redes sociales de apoyo y género: vivencia de mujeres con VPH, displasias y cáncer cervicouterino. *La ventana. Rev estud. género*. 2014; 5(39):208-40.
 17. Eroza E, Carrasco M, Freyermuth G. El virus del papiloma humano y el cáncer cervicouterino desde la perspectiva de los Derechos Humanos: La voz de mujeres indígenas migrantes en Chiapas. En: Comisión Nacional de los Derechos Humanos. El derecho a la protección de la salud de las mujeres indígenas en México. Análisis nacional y de casos desde una perspectiva de Derechos Humanos. Ciudad México: Comisión Nacional de Derechos Humanos; 2015. p. 139-174.
 18. Blanco ML, Santana HF, Ramírez GS. Cáncer cervicouterino, ¿enfermedad femenina o feminización

- de la enfermedad?. *Gén. desar. Prob. la población* I. 2013; 89-114.
19. Riska E. Gender and Medicalization and Biomedicalization Theories. En: Clarke A, Mamo L, Fosket JR, et al., editores. *Biomedicalization. Technoscience, Health, and Illness in the U. S.* Durham; London: Duke University Press; 2010. p. 147-172.
 20. Hartley H. "Big Pharma" in our bedrooms: an analysis of the medicalization of women's sexual problems. En: Texler M, Demos V, Kronenfeld J, editoras. *Gender Perspectives on Health and Medicine: Key Themes.* Bingley: Emerald Group Publishing Limited; 2003. p. 89-130.
 21. De Keijzer B. El género y el proceso salud-enfermedad-atención. *Gén Sal Cif.* 2003; 1(3):3-7.
 22. Rico B, Pamplona F. Equidad de género en salud. *Gén Sal Cif.* 2003; 1(2):3-5.
 23. Panisello ML, Pastor I. Salud con igualdad: una propuesta para la incorporación de la perspectiva de género en los sistemas sanitarios. *Ciênc. Saúde Colet.* 2015 [citado 2021 ene 3]; (20):1555-63. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015205.10942014>.
 24. Torres C. Biomedicina, vulnerabilidad, género y cuerpo en vínculos erótico-afectivos serodiscordantes en la Ciudad de México. *Debate Fem.* 2019 [citado 2021 ene 3]; (57):36-58. Disponible en: <https://doi.org/10.22201/cieg.2594066xe.2019.57.04>.
 25. Organización Mundial de la Salud. Roadmap for action, 2014-2019: integrating equity, gender, human rights and social determinants into the work of WHO. 2015. [citado 2020 nov 8]. Disponible en: <https://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/roadmap/en/>.
 26. World Health Organization. Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, May 2017-Recommendations. *Vaccine.* 2017; 35(43):5753-5.
 27. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Control integral de cáncer cervicouterino. Guía de prácticas esenciales. 2016. [citado 2020 jul 15]. Disponible en: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/cervical-cancer-guide/es/>.
 28. Organização Mundial da Saúde. Papilomavirus humanos (PVH) y cáncer cervicouterino. 2020. [citado 2020 dic 30]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer).
 29. Frenk J. Presentación. En: Rico B, Langer A, Espinosa G, compiladoras. *Género y Política en Salud.* México: Secretaría de Salud; 2003. p. 1-4.
 30. México. Secretaría de Salud. Guía para transversalizar la perspectiva de género en programas y acciones de la salud pública. 2019. [citado 2019 nov 5]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/cnegr/documentos/guia-para-transversalizar-la-perspectiva-de-genero-en-programas-y-acciones-de-salud-publica>.
 31. Butler J. *Vida precaria: el poder del duelo y la violencia.* Buenos Aires: Paidós; 2006.
 32. Butler J. Performatividad, precariedad y políticas sexuales. *AIBR: Rev Antrop. Iberoamericana.* 2009; 4(3):321-36.
 33. Butler J. *Rethinking Vulnerability and Resistance.* En: Butler J, Gambetti Z, Sabsay L, editores. *Vulnerability in Resistance.* Durham; London: Duke University Press; 2015. p. 12-27.
 34. Amuchástegui A. Gobernanza neoliberal en la epidemia del VIH/SIDA en mujeres en México: los efectos del paradigma de la vulnerabilidad. *Estud. soc.* 2017 [citado 2020 dic 30]; 35(104):343-71. Disponible en: <https://doi.org/10.24201/es.2017v35n104.1511>.
 35. Dubriwny TN. *The Vulnerable Empowered Woman. Feminism, Postfeminism, and Women's Health.* New Jersey: Rutgers University; 2013.
 36. Agudo A. La vida social de los documentos de las políticas públicas. *Nueva antrop.* 2015; 28(83):123-46.

37. Ahmed A. La Política Cultural de las Emociones. México: Programa Universitario de Estudios de Género; 2015.
38. Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud. El Plan de Acción sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino 2018-2030, de la OPS/OMS. 2019. [citado 2019 nov 5]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/plan-accion-sobre-prevencion-control-cancer-cervicouterino-2018-2030>.
39. México. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994 para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cervicouterino. 1994. [citado 2019 nov 22]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m014ssa24.html>.
40. Guerrero A. El VPH y su devenir cáncer: algunos elementos para replantear su prevención desde los nuevos materialismos feministas. [disertación]. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2020.
41. Bekkers RL, Massuger LF, Bulten J, et al. Epidemiological and clinical aspects of human papillomavirus detection in the prevention of cervical cancer. *Rev. med. virol.* 2004 [citado 2020 dic 30]; 14(2):95-105. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/rmv.416>.
42. Mora Perdomo E, Perdomo Soret L, Muñoz M, et al. Infección por VPH en niñas sin contacto sexual. *Rev. Obstet. Ginec. Venezuela.* 2013; 73(2):108-15.
43. Liu Z, Nyitray AG, Hwang LY, et al. Acquisition, persistence, and clearance of human papillomavirus infection among male virgins residing in Brazil, Mexico, and the United States. *J Infect Dis.* 2018 [citado 2020 dic 30]; 217(5):767-76. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/infdis/jix588>.
44. Simões LP, Junior GZ. Vírus HPV e o desenvolvimento de câncer de colo de útero—uma revisão bibliográfica. *Rev uninga.* 2019; 56(1):98-107.
45. Lamas M. Género. En: Moreno H, Alcántara E, coordinadoras. *Conceptos clave en los estudios de género*, volumen I. México: UNAM; 2016. p. 155-170.
46. Salas-Valenzuela M, Torre Medina-Mora MD. El concepto género en documentos gubernamentales sobre salud y nutrición en México. *Salud colect.* 2006; (2):35-45.
47. Herrera C. Invisible al ojo clínico. *Violencia de pareja y políticas de salud en México*. México: UNAM; FLACSO-México; INSP; 2009.
48. Pacheco-Domínguez RL, Durazo-Arvizu RA, López-Hernández A, et al. Seroprevalence of HPV serotypes 6, 11, 16 and 18 in unvaccinated children from Mexico City. *Epid. Infect.* 2019 [citado 2020 dic 30]; (147):E257. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/S0950268819001341>.
49. Rail G, Molino L, Fusco C, et al. HPV vaccination discourses and the construction of “at-risk” girls. *Canad. J. Public Health.* 2018 [citado 2020 dic 30]; 109(5):622-32. Disponible en: <https://doi.org/10.17269/s41997-018-0108-8>.

Recibido en 25/06/2021
Aprobado en 12/02/2022
Conflicto de intereses: inexistente
Apoyo financiero: no hubo

Barreiras para o encaminhamento para o cuidado paliativo exclusivo: a percepção do oncologista

Barriers for referring to exclusive palliative care: the oncologist's perception

Renata de Freitas¹, Livia Costa de Oliveira¹, Gélcio Luiz Quintella Mendes¹, Fernando Lopes Tavares Lima¹, Gabriela Villaça Chaves¹

DOI: 10.1590/0103-1104202213306

RESUMO Pacientes com câncer avançado demandam cuidados paliativos. Nosso objetivo foi o de avaliar as barreiras ao encaminhamento ao cuidado paliativo na percepção de oncologistas. Desenvolvemos um estudo com oncologistas de uma instituição de referência nacional, questionando-os quanto a aspectos da sua formação acadêmica, à compreensão dos significados de cuidados paliativos, bem como limites e benefícios do encaminhamento de pacientes a uma unidade de cuidados paliativos exclusivos. A análise qualitativa foi realizada por meio da técnica de análise de conteúdo de Bardin. Participaram 19 oncologistas, que, apesar de definirem o cuidado paliativo com características multidisciplinares, voltado para doença avançada, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida, relataram dificuldades no encaminhamento relacionadas ao próprio profissional, expectativas dos pacientes ou familiares, obstinação terapêutica e características institucionais. A criação de um 'time consultor' nas unidades de cuidados usuais foi a principal estratégia relatada como potencial facilitadora para essa transição de cuidados. Concluímos que a deliberação do cuidado paliativo exclusivo para pacientes com câncer avançado é uma tarefa difícil, que perpassa diferentes barreiras. A dicotomia existente entre 'tratamento' e 'palição' na modalidade do cuidado paliativo exclusivo deve ser repensada, contrapondo a ideia do cuidado paliativo ofertado a partir do diagnóstico.

PALAVRAS-CHAVE Cuidados paliativos. Oncologia. Neoplasias. Relações médico-paciente. Cuidados paliativos na terminalidade da vida.

ABSTRACT *Patients with advanced cancer demand palliative care. Our objective was to assess the barriers for referral to the palliative care in the perception of oncologists. In a study with the oncologists from a national reference institution who were asked about aspects related to their academic background, the understanding of the meanings of palliative care, as well as limits and benefits the referral of patients to an exclusive palliative care unit. Qualitative analysis was performed using Bardin's content analysis. Nineteen oncologists participated. Despite defining the palliative care with multidisciplinary characteristics, aimed at advanced disease, with the objective of improving quality of life, they reported difficulties in the referral, related to the professional, expectations of patients/relatives, therapeutic obstinacy and institutional characteristics. The creation of a 'Consulting Team' in the usual care units was the main strategy reported as a facilitator potential for this care transition. We concluded that the deliberation of the exclusive palliative care for patients with advanced cancer is a difficult task, which goes through different barriers, which can result in a late referral. The dichotomy that exists between 'treatment' and 'palliative care' in the exclusive palliative care must be rethought, opposing the idea of palliative care offered from diagnosis.*

KEYWORDS *Palliative care. Oncology. Neoplasms. Physician-patient relations. Hospice care.*

¹Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
lillycostaoliveira@gmail.com



Introdução

Pacientes com câncer demandam recursos em saúde que sejam potencialmente capazes de promover o manejo adequado dos seus sintomas e, conseqüentemente, a qualidade de vida e de morte. No entanto, no cenário hospitalar, é comum que esse grupo de pacientes, inclusive aqueles sem perspectiva de tratamento modificador da doença, recebam assistência inadequada¹. Mesmo numa realidade de recursos escassos, percebe-se a utilização desnecessária de métodos invasivos, focados no cuidado direcionado ao tumor, que se mostram incapazes de tratar os sintomas mais prevalentes e angustiantes dos indivíduos¹. Uma cultura de cuidado centrado no paciente, que inclua os cuidados paliativos poderia contribuir de forma gradual para a reversão dessa realidade.

Cuidado paliativo foi definido pela World Health Organization (WHO)², em 2002, como uma abordagem que objetiva a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e seus familiares diante de uma doença que ameace a continuidade da vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e de outros sintomas de ordem física, psicossocial e espiritual. A partir de março de 2018, a International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC), com colaboração de profissionais de saúde de diferentes países, propôs uma nova definição consensual de cuidado paliativo como sendo um cuidado holístico de indivíduos de todas as idades, com sofrimentos relacionados à saúde devido a doenças graves e daqueles próximos ao fim da vida, objetivando melhorar a qualidade de vida dos pacientes, seus familiares e seus cuidadores³.

Dentre seus pressupostos, que corroboram a promoção de qualidade de vida e de morte, estão: aliviar sintomas; apoiar os pacientes a viverem o mais ativamente possível; integrar aspectos físicos, psicológicos, espirituais e sociais; afirmar a vida e a morte como processos naturais; e, apoiar os familiares a lidar com o paciente e com o luto diante da finitude da

vida². Esse tipo de cuidado deve ser iniciado no surgimento de quaisquer manifestações de uma condição ou doença ameaçadora da vida, em conjunto com as terapêuticas capazes de modificar seu curso, ganhando importância ainda maior à medida que as terapêuticas curativas perdem sua efetividade^{2,3}. O cuidado paliativo não apenas corrobora a qualidade de vida dos pacientes e promove um cuidado digno como também reduz hospitalizações desnecessárias e o uso de serviços de saúde, contribuindo para a utilização eficiente de recursos².

O tratamento abrangente do câncer precisa contemplar o cuidado paliativo ao longo de toda trajetória do cuidado e não só na fase de terminalidade da vida. No entanto, a falta de integração entre ‘tratamento modificador de doença’ e ‘cuidado paliativo’ ainda é muito presente no Brasil, contrapondo sua demanda crescente em indivíduos de diferentes faixas etárias. Mudanças de paradigmas são necessárias para que, de fato, possam ser abordadas as situações complexas que acompanham o suporte a pacientes em cuidados paliativos oncológicos. A ausência do cuidado integrado, integral e abrangente do indivíduo causa o prolongamento do sofrimento e da dor e ainda em gestão indevida de recursos¹⁻⁴.

De acordo com a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, estabelecida pela Portaria GM/MS nº 874, de 2013⁵, fazem parte do cuidado integral ao paciente com câncer, a prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento e a oferta de cuidados paliativos para aqueles que necessitem, devendo tais cuidados estar inseridos em todos os níveis de atenção à saúde. Portanto, refletindo a transversalidade dos cuidados paliativos, que devem estar presentes desde a atenção primária ou básica, na qual esse tipo de cuidados poderá ser executado por equipes de saúde da família até a atenção de alta complexidade, por meio de equipes de especialistas capacitados para resolução de problemas complexos⁵. Posteriormente, a Resolução CIT nº 41, de 2018⁶, normatizou a

oferta de cuidados paliativos como parte dos cuidados continuados integrados no âmbito do SUS com objetivo de garantia da oferta desde o diagnóstico até o fim da vida. Cabe destacar que há diferentes modalidades assistenciais para o paciente em cuidado paliativo, dentre elas os atendimentos domiciliar, ambulatorial, de urgência e emergência, internação hospitalar e *hospice*¹.

Recentemente, a Worldwide Hospice Palliative Care Alliance, em parceria com a WHO⁷, demonstrou o incremento de serviços de cuidados paliativos no mundo que, no entanto, ainda é insuficiente e representa o atendimento de apenas 12% das demandas da população. Esses dados refletem a necessidade de construção de novos serviços, aprimoramento da qualidade dos já existentes e difusão do conhecimento sobre a palição entre os profissionais de saúde e a sociedade. O Brasil progrediu do nível 3a para 3b, ou seja, há oferta de prestação generalizada de cuidados paliativos, com crescimento local e algumas iniciativas de treinamento e educação continuada. Cabe destacar, no entanto, que a oferta ainda está distribuída de maneira desigual entre as regiões geográficas e se mantém aquém da demanda.

Para que ocorra o desenvolvimento do cuidado paliativo, proporcionando o acesso devido a toda população que dele demande, precisam ser superadas as barreiras políticas, de educação, disponibilidade de medicamentos e implantação⁷. No que tange às barreiras relacionadas aos profissionais de saúde, podemos citar aquelas relacionadas aos médicos oncologistas, para os quais, referenciar um paciente com câncer avançado para o cuidado paliativo pode ser uma tarefa complexa. Como resultado, os pacientes podem ser encaminhados tardiamente ou nunca chegarem a ser⁸.

Compreender os fatores determinantes e as barreiras enfrentadas pelos oncologistas para a deliberação do cuidado paliativo é fundamental para promover a melhoria do acesso a esse tipo de cuidado. Assim, o objetivo deste estudo foi o de avaliar a percepção de

médicos oncologistas sobre as barreiras ao encaminhamento de pacientes com câncer avançado para o cuidado paliativo exclusivo em uma instituição de referência nacional.

Material e métodos

Trata-se de estudo transversal desenvolvido em outubro de 2020, para o qual foram convidados todos os médicos oncologistas de uma instituição pública de referência para prevenção e controle do câncer no Brasil. No âmbito da prestação de serviços assistenciais, conta com unidades assistenciais para o tratamento específico do câncer – ou seja, qualquer intervenção com o propósito de citorredução por quimioterapia, intervenção cirúrgica ou radioterapia – estabelecidas em diferentes locais do Rio de Janeiro. Essas unidades foram referidas neste trabalho como unidades de cuidados de saúde usuais.

Conta ainda com uma Unidade de Cuidados Paliativos exclusivos (UCP) para receber pacientes encaminhados de todas as demais unidades assistenciais, seja ao término das possibilidades de linhas de tratamento e não obtenção da cura, seja pela progressão da doença em vigência de tratamento, refletindo em não benefício na sua continuidade, ou pelo agravamento da sua condição clínica, não permitindo a continuidade das intervenções terapêuticas específicas.

Diante de uma história consolidada e em constante evolução na temática, a UCP possui um importante papel frente à assistência, ensino e pesquisa em cuidados paliativos oncológicos no Brasil há 23 anos. O objetivo da transferência para a UCP é o controle de sintomas físicos, psicossociais e espirituais, promovendo a qualidade de vida e de morte, além do suporte a família. Os pacientes em acompanhamento nessa unidade podem ser assistidos em cada uma das três modalidades: atendimento ambulatorial, assistência domiciliar e internação hospitalar. Além disso, conta com o Serviço de Pronto Atendimento

especializado, destinado à assistência presencial e telefônica de urgência para pacientes e familiares. Os demais espaços dão suporte à prestação dos cuidados integrais dos pacientes, incluindo o espaço CuriosoAção: ambiente terapêutico e lúdico para integração social de pacientes e familiares; o Ginásio de Fisioterapia; e a Sala do Silêncio: espaço acolhedor onde é reproduzido o contato com a natureza pela estimulação e sonora, para relaxamento de pacientes, familiares e profissionais.

Para esta proposta, foram identificados, por meio de consulta aos serviços de oncologia das unidades assistenciais para o tratamento específico do câncer, 26 médicos oncologistas. Por serem responsáveis pela orientação dos residentes médicos e pela definição sobre a maioria dos encaminhamentos de pacientes para a UCP, todos eles foram convidados a participar do estudo. Os critérios de inclusão foram trabalhar como oncologista na assistência a pacientes na instituição e concordar em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os participantes preencheram um formulário semiestruturado, construído após revisão bibliográfica em bases indexadas⁸⁻¹³. Realizou-se o pré-teste do formulário com um médico oncologista que não participou das demais fases do estudo. Obtiveram-se, por meio de perguntas fechadas, informações sociodemográficas acerca de idade, sexo e religião; sobre a formação do oncologista e tempo de prática na especialidade; relacionadas ao conhecimento, experiência e interesse sobre o tema de cuidados paliativos; bem como inerentes ao encaminhamento de pacientes para a UCP. No questionário, havia também duas questões abertas sobre 'O que significa cuidado paliativo?' e 'Qual o benefício em encaminhar seu paciente para o cuidado paliativo exclusivo?'.

Os dados foram analisados por métodos quantitativos e qualitativos. As análises estatísticas dos dados quantitativos foram realizadas utilizando o Stata Data Analysis and Statistical Software (Stata) versão 13.0, desenvolvido pela Stata Corporation, College Station, Texas,

EUA. A variável numérica idade foi descrita em média e desvio padrão, enquanto as variáveis categóricas foram descritas em frequência e percentual.

A análise dos dados qualitativos foi realizada de forma conjunta por todos os autores por meio da técnica de análise de conteúdo temática descrita por Bardin¹⁴, seguindo as etapas de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação. Adicionalmente à essa análise, a partir do *software* NVivo versão 12, desenvolvido por QSR International, Massachusetts, EUA, foi construída uma nuvem de palavras, ou análise lexical, que possibilitou a rápida identificação e intensidade das palavras-chave do *corpus*, além de mapa conceitual que sintetiza os sentidos e significados de cuidados paliativos segundo os médicos respondentes. O referencial teórico utilizado como base para análise qualitativa do material foi o *guideline* publicado pela WHO², que aborda, dentre outros elementos, a definição e os pressupostos dos cuidados paliativos.

O protocolo deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição (CAAE: 27854620.0.0000.5274; Número do Parecer: 3.899.964) e a participação dos oncologistas se deu após assinatura do TCLE.

Resultados

Responderam ao questionário 19 médicos oncologistas (73,0%), com média de 44,6 ($\pm 7,5$) anos de idade e 15 (8-20) anos de experiência de trabalho na área, sendo, em sua maioria, do sexo masculino (63,2%). Para a maior parte deles, o tema de cuidados paliativos não foi abordado na graduação de medicina (84,2%) ou em algum outro curso extracurricular (57,9%). Porém, todos (100%) relataram que o cuidado paliativo deveria ser parte integrante do tratamento oncológico de seus pacientes (*tabela 1*). A idade e o tempo de experiência como oncologista não foram associados com a frequência de encaminhamento para a UCP, portanto tais dados não são mostrados em tabela.

Tabela 1. Caracterização geral da amostra (N=19)

Variáveis		N (%)
Idade em anos*		44,6 (\pm 7,5)
Sexo	Masculino	12 (63,2%)
	Feminino	7 (36,8%)
Pratica alguma religião	Não	9 (47,4%)
	Sim, católica	7 (36,8%)
	Sim, espírita	2 (10,5%)
	Sim, evangélica	1 (5,3%)
Anos de trabalho como oncologista**		15 (8-20)
Anos de trabalho como oncologista na instituição**		9 (5-18)
Curso disciplina na graduação em medicina que abordou CP	Sim	3 (15,8%)
	Não	16 (84,2%)
Realizou algum curso de CP	Sim	8 (42,1%)
	Não	11 (57,9%)
Experiência de trabalho prévio na área de CP	Sim	5 (26,3%)
	Não	14 (73,7%)
Procura ler sobre CP	Sim	17 (89,5%)
	Não	2 (10,5%)
Acredita que o CP deve estar presente no cuidado do paciente	Sim	19 (100%)
	Não	0
Costuma encaminhar pacientes para unidade de CP exclusivo	Sempre	10 (52,6%)
	Frequentemente	7 (36,8%)
	Raramente	2 (10,6%)

Fonte: elaboração própria.

*média e desvio padrão;

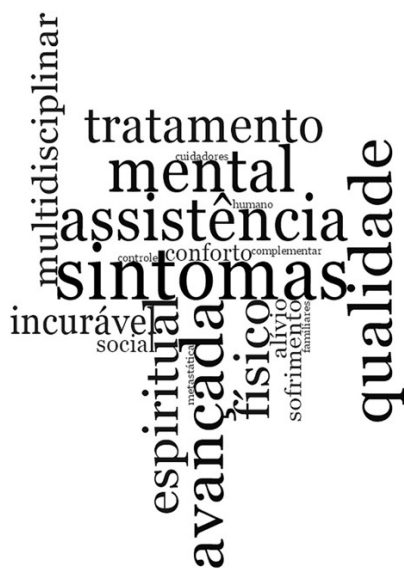
**mediana e intervalo interquartil.

N= Número de observações; %= frequência; CP= Cuidado Paliativo.

A *figura 1* mostra que as palavras com maior destaque na descrição do significado de cuidados paliativos remetem à característica multidisciplinar e holística do cuidado, voltado para doença avançada ou incurável, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e aliviar os

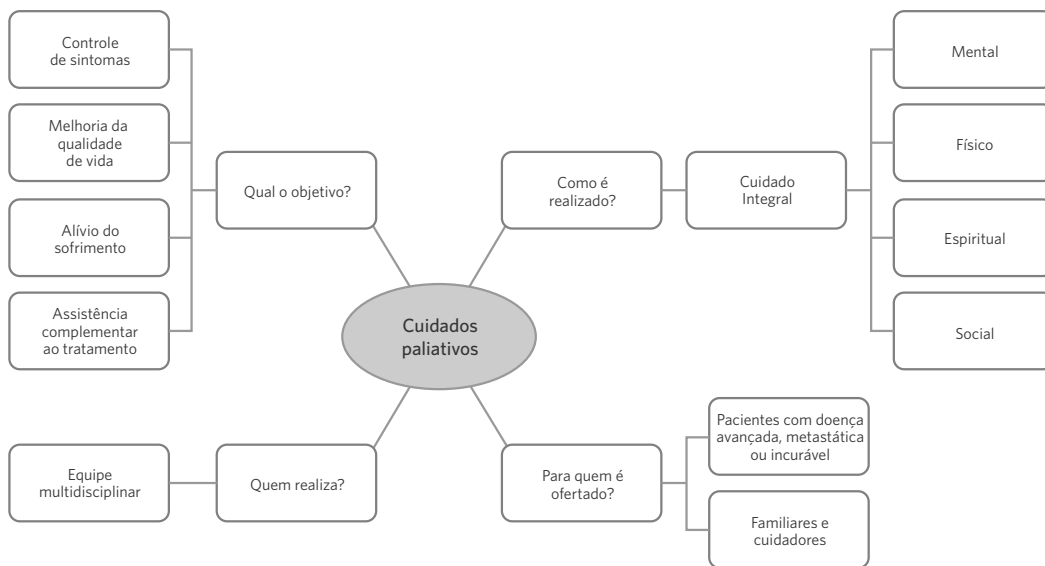
sintomas. O mapa conceitual (*figura 2*) organiza e sintetiza essas características a partir dos significados relacionados ao objetivo do cuidado, ao agente do cuidado, como o cuidado se realiza e para quem.

Figura 1. Nuvem de palavras do entendimento dos oncologistas sobre o significado de cuidado paliativo



Fonte: elaboração própria.

Figura 2. Mapa conceitual dos significados relacionados ao objetivo do cuidado paliativo, ao agente do cuidado, como este se realiza e para quem, a partir do entendimento dos oncologistas



Fonte: elaboração própria.

O quadro 1 exemplifica recortes com algumas das falas dos participantes em relação a esses significados, bem como aos benefícios e limites ao encaminhamento para uma unidade especializada em cuidados paliativos. Esses sentidos, relacionados aos benefícios do encaminhamento à UCP, incluíram o acolhimento especializado e qualificado, que é extensivo não apenas ao paciente como também a seus familiares e cuidadores. Como

benefícios indiretos, foi destacada a redução na demanda assistencial das unidades voltadas ao tratamento curativo do câncer. Um entrevistado reconhece o cuidado paliativo como uma especialidade diferente da oncologia, destacando os benefícios do encaminhamento a uma unidade que oferece cuidado paliativo diferenciado daquele que o paciente obterá em uma unidade de tratamento curativo para o câncer.

Quadro1. Síntese do entendimento e recortes das falas dos oncologistas sobre o significado de cuidado paliativo e dos benefícios e limites ao encaminhamento para uma unidade especializada em cuidados paliativos

Significados dos cuidados paliativos	Objetivos dos cuidados paliativos	Tratamento complementar voltado ao alívio dos sintomas e da funcionalidade dos pacientes: Médico 7. No intuito de melhorar a qualidade de vida do paciente até o desfecho: Médico 19.
	Abrangência dos cuidados paliativos	Qualquer cuidado que traga conforto físico, mental ou espiritual ao paciente com câncer ou outra enfermidade: Médico 4. Essa assistência tem que ser abrangente, do sintoma físico, mental, planejamento de final de vida, abordagem de familiares e cuidadores, e multidisciplinar: Médico 2.
	Equipe responsável pelos cuidados paliativos	Assistência multidisciplinar, objetivando a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e seus cuidadores diante de alguma doença incurável e o controle de sofrimento físico e mental: Médico 17. Assistência multidisciplinar ao paciente com doença oncológica avançada com intuito de garantir qualidade de vida pela promoção de cuidados físicos, psicológicos e espirituais: Médico 15.
	A quem se destinam os cuidados paliativos	Conjunto de conhecimentos, técnicas e disciplinas que lidam com o cuidado do câncer em pacientes com doença incurável ou avançada: Médico 16. Desde o diagnóstico da doença avançada: Médico 17.
Significados dos benefícios e limites ao encaminhamento para uma unidade especializada em cuidados paliativos	Benefícios do encaminhamento	Os pacientes sentem-se acolhidos e amparados, com assistência e cuidados de final de vida, além da excelência da equipe técnica: Médico 9. Familiares se sentem mais tranquilos porque têm as necessidades de seus entes queridos atendidas: Médico 8. Diminui a sobrecarga dos serviços de oncologia com cuidados paliativos: Médico 4. O cuidado paliativo é uma especialidade diferente da oncologia. Portanto, é melhor executada na unidade especializada: Médico 16.
	Limites do encaminhamento	[encaminhamos] quando esgotamos as linhas de tratamento, visto que não há intercâmbio de ações [entre unidades]: Médico 17. Difícil percebê-los [os benefícios], pois há uma quebra de relação com o paciente pela forma vigente de encaminhamento institucional: Médico 17. Um paciente não quis ir porque se afeiçoou a mim como sua médica, e outros porque disseram a eles que a UCP era o lugar para a pessoa morrer, ou seja, sem outras possibilidades de tratamento: Médico 8.

Fonte: elaboração própria.

UCP= Unidade de Cuidados Paliativos.

Já os limites para o encaminhamento a UCP, foram aqueles relacionados à percepção do médico de quebra de vínculo com o paciente, bem como à recusa de transferência pelo paciente ou sua família pelo mesmo motivo de quebra de vínculo com o profissional, além de a percepção de que sua transferência está relacionada à morte. Relatou-se, ainda, a dificuldade na percepção dos benefícios do encaminhamento pelos médicos, vista a fragmentação de ações entre as unidades de tratamento curativo e paliativo. Além disso, a obstinação terapêutica esteve presente em alguns relatos que mencionaram somente encaminhar pacientes para a UCP quando se esgotam todas as linhas de tratamento ou ter deixado de encaminhar por opção de tentar outras linhas de tratamento (*quadro 1*).

Os quatro principais motivos para a deliberação de cuidados paliativos exclusivos na prática clínica dos entrevistados foram o avanço da doença sem perspectiva de tratamento curativo (89,5%), o planejamento dos cuidados de fim de vida (68,4%), a redução da funcionalidade

(68,4%) ou a demanda por assistência domiciliar (52,6%), modalidade de atendimento que, na instituição em questão, só existe na UCP. Como barreiras enfrentadas pelos médicos para esse encaminhamento, destacaram-se a ligação afetiva com os pacientes e familiares (47,5%), a dificuldade em contrapor expectativas irrealistas dos pacientes acerca da cura (31,6%) e o fato de o paciente estar em terapia substitutiva renal ou quimioterapia oral (26,3%) (*tabela 2*).

Ademais, as principais características mencionadas que facilitariam a transição de cuidados foram (i) a criação de um ‘Time consultor’ de cuidado paliativo permanente nas unidades de cuidados usuais para acompanhamento do paciente ao longo do tratamento específico (84,2%), (ii) a proximidade física entre a UCP e as unidades de cuidados de saúde usuais (68,4%), (iii) a possibilidade de encaminhamento de pacientes ainda em quimioterapia paliativa ou oral (63,1%) e (iv) os cursos institucionais de cuidado paliativo, ferramentas prognósticas e comunicação de más notícias (52,6%) (*tabela 2*).

Tabela 2. Motivos, barreiras e estratégias ao encaminhamento de pacientes para o cuidado paliativo exclusivo segundo a percepção dos oncologistas

Motivos para o encaminhamento	N (%)*
Avanço da doença sem perspectiva de tratamento curativo	17 (89,5%)
Planejamento dos CFV	13 (68,4%)
Funcionalidade debilitada	13 (68,4%)
Indicação de AD	10 (52,6%)
Prognóstico reservado	9 (47,4%)
Sintomas físicos de difícil controle	4 (21,0%)
Sofrimento psicossocial	3 (15,8%)
Necessidade de rodar leitos nas unidades de cuidados de saúde usuais**	3 (15,8%)
Barreiras para o encaminhamento	N (%)*
Ligação afetiva com o paciente e familiares	9 (47,5%)
Dificuldade em contrapor expectativas irrealistas de pacientes e familiares acerca da cura	6 (31,6%)
Paciente em terapia substitutiva renal ou QT oral	5 (26,3%)
Vínculo frágil com o paciente e família***	3 (15,8%)
Sentir-se apto a dar seguimento ao acompanhamento mesmo durante essa fase	2 (10,5%)
Falta de diretrizes ou protocolos institucionais para o encaminhamento	1 (5,3%)

Tabela 2. (cont.)

Falta de tempo para realizar o encaminhamento****	1 (5,3%)
Tentativa de outras linhas de tratamento	1 (5,3%)
Paciente admitido na unidade já em CFV	1 (5,3%)
Estratégias para facilitar o encaminhamento	N (%)
Criação de um 'time consultor' de CP nas unidades de cuidados usuais para acompanhamento do paciente	16 (84,2%)
Proximidade física da unidade de CP*****	13 (68,4%)
Possibilidade de encaminhamento de pacientes ainda em QT paliativa ou oral	12 (63,1%)
Cursos institucionais de CP, ferramentas prognósticas e comunicação de más notícias	10 (52,6%)
Protocolo institucional de critérios de encaminhamento para CP exclusivo	9 (47,5%)

Fonte: elaboração própria.

*O entrevistado poderia marcar mais de uma opção de resposta; ** paciente sem possibilidade de cura e internação longa por questões clínicas ou sociais; *** Não ser o médico de referência; **** Excesso de burocracias ou documentos; ***** Mesmo endereço.

N= Número de observações; %= frequência; CFV= Cuidado de Fim de Vida; AD= Assistência Domiciliar; CP= Cuidado Paliativo; QT= Quimioterapia.

Compreender os fatores determinantes e as barreiras enfrentadas pelos oncologistas para a deliberação para o cuidado paliativo é fundamental para promover a melhoria do acesso a esse tipo de cuidado.

Discussão

Este estudo objetivou compreender os significados e sentidos do cuidado paliativo na perspectiva de médicos oncologistas, identificando as barreiras ao encaminhamento de pacientes para uma unidade hospitalar de cuidados paliativos exclusivos. Verificou-se que, para os oncologistas, esse encaminhamento é uma tarefa complexa, prejudicada por diferentes barreiras relacionadas ao profissional, às expectativas de pacientes e familiares e às características da Instituição. Tais obstáculos contribuem para a construção de um cenário de acesso tardio a esse tipo de cuidado, o que impacta na qualidade da assistência dispensada aos indivíduos durante a trajetória da doença oncológica, principalmente na fase avançada.

Os médicos participantes demonstraram entendimento acerca do conceito do cuidado

paliativo, retratando um suporte integral, centrado no paciente, para alívio do sofrimento humano e capaz de proporcionar qualidade de vida, conforto e bem-estar. Porém, mesmo relatando que o cuidado paliativo deveria ser parte integrante do tratamento oncológico, o associaram aos estágios avançados e à terminalidade, contrapondo seus próprios relatos e as recomendações da WHO². Há um estigma cultural que iguala o cuidado paliativo ao cuidado de fim de vida, contrapondo o fato que esse tipo de cuidado deveria ser ofertado desde o diagnóstico da doença oncológica e, mesmo em relação aos pacientes com câncer avançado, que nem todos são biologicamente terminais. Essa concepção equivocada corrobora o cenário que acarreta em prejuízos para qualidade de vida e de morte de muitos pacientes¹⁻⁴.

Evidências sugerem que a implantação de cuidados paliativos desde o momento do diagnóstico, concomitantemente ao tratamento modificador da doença, esteja associada a uma melhor tolerância dos pacientes às terapias mais agressivas, menor carga de sintomas, maior qualidade de vida, dentre outros fatores¹⁵⁻¹⁷. Porém, essa concepção de

cuidado paliativo exclusivo para pacientes com doença avançada, somada à inexistência de equipes de cuidados paliativos que atuem em conjunto às equipes da oncologia clínica e cirurgia oncológica, impede que os pacientes sejam assistidos na modalidade de cuidado paliativo integrado desde a sua admissão no Instituto, provavelmente semelhante ao que ocorre na maioria dos centros de cuidados de saúde do Brasil¹⁻⁴. No entanto, nem todas as barreiras para o acesso universal aos cuidados paliativos estão relacionadas à capacidade técnica dos profissionais. Elas perpassam principalmente questões políticas e institucionais e muitas outras.

Além da questão do estigma, a maioria dos oncologistas não abordou o cuidado paliativo na graduação de medicina. O profissional de saúde, principalmente da categoria médica, é frequentemente ensinado a lidar com a doença, mas não com o doente, e o treinamento para palição não está normalmente contido em sua graduação ou residência¹⁸. A revisão do perfil da formação médica, em especial dos oncologistas, para a inclusão de treinamento específico em cuidados paliativos pode ser um ponto de partida importante para a melhoria da assistência aos pacientes e ao acesso a esse tipo de cuidado. Além disso, dada a evolução ocorrida na temática do cuidado paliativo nos últimos anos e considerando que a média de tempo de trabalho na oncologia, ou 15 anos de experiência, não foi pequena, a participação em cursos de capacitação e educação continuada poderia ter sido um importante meio para essa formação. No entanto, essa também não é uma realidade para a maioria dos oncologistas.

No cenário em questão, com o cuidado paliativo exclusivo, ou seja, ofertado num modelo separado do tratamento modificador da doença, é necessário que, para o encaminhamento do paciente, o oncologista o informe sobre o estágio da doença, o prognóstico, as possíveis opções terapêuticas, as desvantagens dos tratamentos específicos e as vantagens dos cuidados paliativos exclusivos¹⁹, o que pode levar o profissional a evitar o

encaminhamento. Wiegert et al.²⁰ verificaram, avaliando pacientes em atendimento na UCP dessa mesma Instituição, que a mediana de sobrevida global foi de cerca de sete semanas, significando que o acesso ao cuidado paliativo exclusivo se deu num contexto próximo à terminalidade e à finitude da vida desses indivíduos. Tendência semelhante de encaminhamento tardio foi demonstrada em outras diversas publicações^{8,21-24}.

De fato, os médicos enfrentam muitas incertezas na tomada de decisão acerca do encaminhamento de pacientes para o cuidado paliativo exclusivo, principalmente sobre a avaliação prognóstica²⁵, pois possuem ideias geralmente otimistas sobre a predição de sobrevida^{26,27}. Além da formação deficiente, há um conflito ético sobre o momento adequado para encerrar o tratamento, principalmente quando a responsabilidade recai sobre um único profissional responsável a deliberar, o que pode resultar no processo de obstinação terapêutica. À medida em que aumenta o tempo da relação médico-paciente, a acurácia em prognosticar pode diminuir ainda mais, resultando não só na oferta tardia dos cuidados paliativos como também em intervenções terapêuticas desproporcionais ao avanço da doença²⁸. Wong et al.²⁹ sugerem que a oferta de treinamento sobre cuidados paliativos aos oncologistas pode corroborar o encaminhamento precoce de pacientes com câncer, resultando em alívio também precoce do sofrimento físico e psicossocial prevalentes nessa fase da doença.

Esses sentidos, relacionados aos benefícios do encaminhamento à UCP, incluíram o acolhimento especializado e qualificado, que é extensivo não apenas ao paciente, mas também a seus familiares e cuidadores. Como benefícios indiretos, destacou-se a redução na demanda assistencial das unidades voltadas ao tratamento curativo do câncer. Considerando o encaminhamento para cuidado paliativo exclusivo frequentemente tardio ou até mesmo inexistente, poucos recebem um cuidado paliativo de qualidade, e o que deveria ser um direito

de todos, acaba não passando de um ‘privilegio de alguns’. Além disso, a redução na demanda assistencial das unidades de cuidados usuais não deveria ser a principal questão destacada nesse contexto, porque todos esses fatores contrapõem o que é recomendado pela WHO².

Outro aspecto relevante destacado pelos participantes são as expectativas irrealistas de pacientes e familiares acerca da cura e a dificuldade dos médicos oncologistas em contrapô-las, principalmente quando se constrói uma ligação afetiva entre eles. Iniciar a conversa com os pacientes e seus familiares a respeito da deliberação do cuidado paliativo exclusivo é uma tarefa emocionalmente árdua para o médico^{30,31}. A não contraposição das expectativas irrealistas de pacientes e familiares sobre a curabilidade da doença gera, para o sistema de saúde, o uso indevido de recursos já escassos. Ademais, corrobora o não acesso de pacientes e familiares aos cuidados ativos proporcionais ao estágio da doença e capazes de atender a suas reais demandas¹. Segundo Horlait et al.⁸, a resistência em iniciar discussões e abordagens para transição de cuidados tende a piorar conforme o tempo de relação médico paciente, podendo caracterizar que o vínculo emocional estreito realmente tem impacto negativo no encaminhamento para cuidados paliativos exclusivos. A abordagem transversal, do cuidado paliativo poderia auxiliar na reversão dessa realidade.

Por sua vez, as barreiras relacionadas à organização institucional emergiram em diferentes pontos de avaliação deste estudo. Na formação organizacional da instituição da pesquisa, a abordagem do paciente pela equipe de cuidados paliativos acontece ainda na forma fragmentada. A linha de cuidado do paciente se inicia pelas unidades dedicadas ao tratamento específico, e sua adoção pela equipe de cuidado paliativo só ocorre após a definição da interrupção dos tratamentos específicos modificadores da doença.

O formato fragmentado de oferta desse cuidado reforça a ideia de que encaminhar um paciente ou mesmo falar em cuidados

paliativos exclusivos é desistir do paciente e pode impactar a decisão do profissional responsável. Além disso, alguns dos entrevistados dizem não ter como acompanhar os benefícios do encaminhamento de pacientes para os cuidados paliativos exclusivos, já que ficam separados fisicamente pela fragmentação das unidades.

Na Instituição, a UCP foi fundada em 1998, época na qual as recomendações sobre a oferta de cuidados paliativos eram fragmentadas. Com a evolução do conceito e as evidências sobre os benefícios da oferta precoce, a UCP desenvolveu estratégias de oferta precoce dos cuidados paliativos conhecida como ambulatório conjunto, onde pacientes admitidos no Instituto com doença avançada eram acompanhados em conjunto desde a admissão pelas equipes de tratamento usual e por uma equipe mínima com formação em CP composta por médico, assistente social e enfermeiro. Essa estratégia teve resultados importantes do ponto de vista gerencial, levando ao encaminhamento mais precoce à UCP e principalmente com uma transição menos traumática para o paciente e famílias. Porém, por ser um projeto piloto, teve que ser interrompido pela insuficiência de recursos humanos e necessidade de realocação de profissionais para as unidades assistenciais de cuidados usuais. De fato, a gestão da Instituição compreende a importância de modificar o modelo atual de oferta, mas serão necessárias adaptações e otimização de recursos humanos, fator de difícil resolução em médio prazo. Por isso, a motivação do estudo para compreender as barreiras e facilitadores da oferta de cuidado paliativo mais precoce ou oportuno.

Um artigo publicado em 2022 por Hui et al.³² descreve a importância de se personalizar a oferta de CP conforme a demanda da instituição e, principalmente, a disponibilidade de recursos. Os autores conceitualizaram a diferença entre cuidado paliativo integrado e precoce e cuidado paliativo oportuno, sendo o primeiro uma oferta baseada na trajetória da doença e o segundo um cuidado personalizado

de acordo com as necessidades dos pacientes e a capacidade instalada das instituições, entregues no momento e na modalidade assistencial ideal. Essa abordagem proporcionaria o uso mais racional dos recursos, minimizaria a exposição desnecessária de pacientes que podem ser menos propensos a se beneficiar e maximizaria o impacto sobre os pacientes que recebem a intervenção. Ademais, poderia reduzir o estigma associado aos ‘cuidados paliativos’ à medida que o encaminhamento oportuno se tornasse a norma.

Para superação dessa barreira considerada institucional, a principal estratégia sugerida pelos oncologistas para facilitação do encaminhamento foi a criação de um ‘time consultor’ de cuidado paliativo, ou seja, um grupo de profissionais especializados em cuidado paliativo permanente nas unidades para acompanhamento do paciente ao longo do tratamento específico e de apoio aos oncologistas na deliberação da transição de cuidados, decisão que, nesse formato, deixaria de ser centrada em um único profissional.

Essa proposta se aproxima da estratégia adotada no passado pela Instituição e das ideias de Schenker et al.¹⁰, que afirmam que os médicos indicam a necessidade de se definir, desenvolver e promover maneiras por meio das quais os serviços de cuidados paliativos complementem os cuidados oncológicos usuais ao longo de todo o tratamento para melhorar os desfechos de saúde de pacientes com câncer, bem como de suas famílias. Conforme afirmou Hai et al.³³, os oncologistas valorizam as habilidades de comunicação e prognóstico dos médicos paliativistas. Cabe destacar, no entanto, que a existência de um ‘time consultor’ não elimina todas as barreiras ou resolve todos os problemas também destacadas pelos oncologistas.

A proximidade física entre a UCP e as unidades de cuidados de saúde usuais foi indicada como mais uma estratégia facilitadora do encaminhamento. Serviços de oncologia e cuidados paliativos localizados em um mesmo território e a construção de um mecanismo para

aproximação entre as especialidades que não seja somente física podem ser facilitadores do encaminhamento³⁰. Outra questão destacada como facilitadora pelos oncologistas é a possibilidade de encaminhamento de pacientes ainda em quimioterapia. Atualmente, protocolos institucionais impedem o encaminhamento de pacientes em quimioterapia paliativa.

Nossos resultados se mostram relevantes devido à escassez deste tipo de estudo e em razão da necessidade crescente da promoção da oferta mais precoce e oportuna possível do cuidado paliativo integral e integrado. Compreender a percepção dos oncologistas sobre o que envolve o encaminhamento de pacientes para os cuidados paliativos exclusivos é um passo fundamental para melhorar a integração e a aceitação desses serviços. O atraso no recebimento oportuno de cuidados que atendam às demandas de pacientes com a doença pode resultar em um número aumentado de internações hospitalares, aumento dos custos em saúde, redução da qualidade de vida e aumento do sofrimento dos pacientes e seus familiares³⁴.

Além do âmbito da instituição sob estudo, de acordo com Mendes e Vasconcellos³⁵, a estruturação da rede de cuidados paliativos não corrobora seu desenvolvimento como política pública coerente com a doutrina do Sistema Único de Saúde do Brasil de integralidade, equidade e universalidade. Na maioria dos casos, as medidas de cuidado paliativo no Brasil são isoladas e não implicam um tratamento integral aos pacientes encaminhados à rede de atenção oncológica. Rodrigues et al.³⁶, em estudo qualitativo cujo o objetivo foi o de compreender a trajetória de usuários com câncer em cuidados paliativos pela rede de atenção à saúde no Brasil, contemplando desde a suspeita diagnóstica até os cuidados paliativos exclusivos a partir de narrativas de vida de pacientes e familiares, evidenciou uma multiplicidade de trajetórias na procura por cuidado, não seguindo diretamente os trajetos previamente definidos pelo sistema de saúde.

Por fim, cabe destacar como limitação deste

estudo o fato de ter sido desenvolvido em unidades assistenciais pertencentes a uma única instituição. Futuros estudos, de características multicêntricas, bem como estratégias institucionais de implantação de modelos alternativos de oferta dos cuidados paliativos, devem ser desenvolvidos nesse âmbito.

Conclusões

Em conclusão, verificamos que o encaminhamento de pacientes para o cuidado paliativo exclusivo se configura numa tarefa difícil e que perpassa barreiras relacionadas ao profissional, seu sofrimento e formação, a expectativas irrealistas dos pacientes e familiares e a características institucionais, refletindo na qualidade do cuidado que é dispensada aos pacientes nessa fase de vida. A dicotomia ainda existente na instituição entre ‘tratamento’ e

‘palição’, revelada na modalidade do cuidado paliativo exclusivo e contrapondo a ideia do cuidado paliativo ofertado desde o diagnóstico até o fim da vida, deve ser repensada.

Colaboradores

Freitas R (0000-0001-7285-8768)* e Oliveira LC (0000-0002-5052-1846)* contribuíram para a concepção e planejamento, metodologia, análise e interpretação dos dados e elaboração da versão final do manuscrito. Lima FLT (0000-0002-8618-7608)* e Chaves GV (0000-0003-0029-7310)* contribuíram para a metodologia, análise e interpretação dos dados e elaboração da versão final do manuscrito. Mendes GLQ (0000-0001-9564-0892)* contribuiu para a metodologia e elaboração da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Carvalho RT, Parsons HA, organizadores. Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2. ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012. [acesso em 2021 maio 2]. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>.
2. World Health Organization. National Cancer Control Programmes: Policies and Managerial Guidelines. 2. ed. Geneva: WHO; 2002. [acesso em 2021 fevereiro 10]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42494/9241545577.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
3. Radbruch L, Lima L, Knaut F, et al. Redefining Palliative Care—A New Consensus-Based Definition. *J Pain Symptom Manage*. 2020; 60(4):754-764.
4. Wiegert EVM, Rosa KSC, Santos RTF, et al. The use of nutrition support near the end of life for hospita-

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- lized patients with advanced cancer at a reference center: Two realities. *Nutr Clin Pract*. 2021; 1-11.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 16 Maio 2013. [acesso em 2021 nov 23]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html.
 6. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução CIT nº 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 31 Out 2018. [acesso em 2021 nov 23]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/resolucoes/2018/17-0407m-rewrite-2018.pdf/view>.
 7. World Health Organization. *Global Atlas of Palliative Care*. 2 ed. Geneva: WHO; 2020. [acesso em 2021 feve 11]. Disponível em: <http://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>.
 8. Horlait M, Chambaere K, Pardon K, et al. What are the barriers faced by medical oncologists in initiating discussion of palliative care? A qualitative study in Flanders, Belgium. *Support Care Cancer*. 2016; 24(9):3873-3881.
 9. Fassbender K, Watanabe SM. Early palliative care and its Translation into oncology practice in Canada: barriers and challenges. *Ann Palliat Med*. 2015; 4(3):135-149.
 10. Schenker BY, Crowley-Matoka M, Dohan S, et al. Oncologist factors that influence referrals to subspecialty palliative care clinics. *J Oncol Pract*. 2014; 10(2):37-44.
 11. Dillon EC, Meehan A, Nasrallah C, et al. Evolving goals of care discussions as described in interviews with individuals with advanced cancer and oncology and Palliative Care Teams. *Am J Hosp Palliat Care*. 2021; 38(7):785-793.
 12. Hui D, Meng Y, Bruera S, et al. Referral criteria for outpatient palliative cancer care: A systematic review. *Oncologist*. 2016; 21(7):895-901.
 13. Hui D, Mori M, Watanabe SM, et al. Referral criteria for outpatient specialty palliative cancer care: An international consensus. *Lancet Oncol*. 2016; 17(12):552-559.
 14. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2011.
 15. Zimmermann C, Swami N, Krzyzanowska M, et al. Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet*. 2014; 383(9930):1721-30.
 16. Kelley AS, Morrison RS. Palliative care for the seriously ill. *N Engl J Med*. 2015; 373(8):747-55.
 17. Hui D, Bruera E. Integrating palliative care into the trajectory of cancer care. *Nat Rev Clin Oncol*. 2016; 13(3):159-71.
 18. Campos VF, Silva JM, Silva JJ. Comunicação em cuidados paliativos: equipe, paciente e família. *Rev Bio-ét*. 2020; 27(4):711-718.
 19. Peppercorn JM, Smith TJ, Helft PR, et al. American society of clinical oncology statement: toward individualized care for patients with advanced cancer. *J Clin Oncol*. 2011; 29(6):755-760.
 20. Wiegert EVM, Oliveira LC, Calixto-Lima L, et al. Cancer cachexia: Comparing diagnostic criteria in patients with incurable cancer. *Nutrition*. 2020; (79-80):110945.
 21. Hui D, Kim S, Kwon JH, et al. Access to palliative care among patients treated at a comprehensive cancer center. *Oncologist*. 2012; 17(12):1574-1580.
 22. Wentlandt K, Krzyzanowska MK, Swami N, et al. Referral practices of oncologists to specialized palliative

- ve care. *J Clin Oncol*. 2012; 30(35):4380-4386.
23. Beernaert K, Cohen J, Deliëns L, et al. Referral to palliative care in COPD and other chronic diseases: a population-based study. *Respir Med*. 2013; 107(11):1731-1739.
 24. Charalambous H, Pallis A, Hasan B, et al. Attitudes and referral patterns of lung cancer specialists in Europe to specialized palliative care (SPC) and the practice of early palliative care (EPC). *BMC Palliat Care*. 2014; 13(1):59.
 25. Hill D, Walter JK, Szymczak JE, et al. Seven types of uncertainty when clinicians care for pediatric patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage*. 2020; (59):86-94.
 26. Hui D. Prognostication of survival in patients with advanced cancer: predicting the unpredictable? *Cancer Control*. 2015; 22(4):489-497.
 27. Hui D, Paiva CE, Dell Fabro EG, et al. Prognostication in advanced cancer: Update and directions for future research. *Support Care Cancer*. 2019; 27(6):1973-1984.
 28. Christakis NA, Lamont EB. Extent and determinants of error in doctors' prognoses in terminally ill patients: prospective cohort study. *BMJ*. 2020; 320(7233):469-472.
 29. Wong A, Reddy A, Williams JL, et al. ReCAP: Attitudes, beliefs, and awareness of graduate medical education trainees regarding palliative care at a comprehensive cancer center. *J Oncol Pract*. 2016; 12(2):127-137.
 30. Dillon EC, Meehan A, Li J, et al. How, when, and why individuals with stage IV cancer seen in an outpatient setting are referred to palliative care: a mixed methods study. *Support Care Cancer*. 2021; 29(2):669-678.
 31. Fallowfield L, Lipkin M, Hall A. Teaching senior oncologists communication skills: results from phase I of a comprehensive longitudinal program in the United Kingdom. *J Clin Oncol*. 1998; 16:1961-1968.
 32. Hui D, Heung Y, Bruera E. Timely Palliative Care: Personalizing the Process of Referral. *Cancers*. 2022; 14(4):1047.
 33. Hay CM, Lefkowitz C, Crowley-matoka M, et al. Gynecologic oncologist views influencing referral to outpatient specialty palliative care. *Int J Gynecol Cancer*. 2017; 27(3):588-596.
 34. Ufere NN, Donlan J, Indriolo T, et al. Burdensome transitions of care for patients with end-stage liver disease and their caregivers. *Dig Dis Sci*. 2020; 66(9):2942-2955.
 35. Mender EC, Vasconcellos LCF. Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS. *Saúde debate*. 2015; 39(106):881-892.
 36. Rodrigues DMV, Abrahão AL, Lima FLT. Do começo ao fim, caminhos que segui: itinações no cuidado paliativo oncológico. *Saúde debate*. 2020; 44(125):349-361.

Recebido em 28/07/2021

Aprovado em 10/03/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Incremento decenal de estabelecimentos assistenciais no Brasil e vinculações com o Sistema Único de Saúde

Ten-year increase of healthcare facilities in Brazil and links to the Unified Health System

Rafael Cerva Melo^{1,2,3}, Alcides Silva de Miranda¹

DOI: 10.1590/0103-1104202213307

RESUMO A partir da problemática da relação público-privada no setor saúde brasileiro, nesta publicação, descreve-se um estudo descritivo e tendencial acerca do incremento proporcional de tipos de estabelecimentos e equipamentos de saúde no Brasil, em segmentos dos setores público e privado e no decorrer do período de 2010 a 2019. A principal tendência identificada foi o incremento proporcional do setor privado, com destaque aos serviços de média e alta complexidade. Destaca-se também, decréscimo tendencial nos serviços de atenção básica, em específico, os serviços estatais. A marcante tendência de expansão do setor privado em atividades de saúde de alta complexidade e do setor público, marcadamente, por Organizações Sociais privadas, sem fins lucrativos, apresenta uma importante tendência de setorização do sistema de saúde brasileiro, voltado aos interesses de mercado. A desregulamentação e a limitação de acesso e cobertura, em função das limitações econômicas ligadas à relação de consumo, são possíveis consequências desse cenário.

PALAVRAS-CHAVE Sistemas de saúde. Serviços de saúde. Setor privado. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT Based on the problem of the public-private relationship in the Brazilian health sector, this publication describes a descriptive and trend study on the proportional increase in types of health facilities and equipment in Brazil, in segments of the public and private sectors during the period 2010-2019. The main trend identified was the proportional increase in the private sector, especially in medium- and high-complexity services. The trend is also downward in primary care services, specifically state services. The marked tendency toward expansion of the private sector in highly complex health activities and of the public sector, markedly, by private non-profit Social Organizations, presents an important trend toward sectorialization of the Brazilian health system, focused on market interests. Deregulation and limited access and coverage, due to economic limitations linked to the consumption relationship, are possible consequences of this scenario.

KEYWORDS Health systems. Health services. Private sector. Unified Health System.

¹Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) - Porto Alegre (RS), Brasil. rafa.melo.home@gmail.com

²Grupo Hospitalar Conceição (GHG) - Porto Alegre (RS), Brasil.

³Faculdade e Escola Técnica (Factum) - Porto Alegre (RS), Brasil.



Introdução

Nos últimos anos e em todo o mundo, têm sido escassos os estudos tendenciais acerca da estruturação e da distribuição de distintos estabelecimentos e equipamentos de saúde nos setores público e privado, considerando os seus diversos segmentos e tipos específicos. Tais estudos são importantes para consubstanciar o dimensionamento comparativo e prospectivo das ofertas de procedimentos e de serviços, além de contribuir para as análises sobre acessibilidade, de acordo com diversas variáveis: geopolíticas, socioeconômicas, epidemiológicas etc.

No plano internacional, predominaram as publicações sobre estudos tendenciais de alocação de recursos financeiros de custeio em função de agenciamentos entre os setores público e privado¹⁻⁵

No Brasil, tem sido ainda mais raras as publicações sobre esse tipo de estudo⁴, predominando as análises transversais, com dimensionamentos descritivos específicos sobre as ofertas hospitalares⁵⁻⁷ e de profissionais de saúde⁸⁻¹⁰.

Na maior parte dos estudos brasileiros com dimensionamentos comparativos sobre estabelecimentos, equipamentos e profissionais de saúde, os dados secundários foram obtidos a partir do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), única fonte com a disponibilização regular e seriada. Acerca do CNES, em 2018, Rocha et al.¹¹ compararam a confiabilidade de um grupo de dados registrados em uma amostra estratificada de 2.777 hospitais, constatando que encontravam-se atualizados em 89% dos estatutos de funcionamento, em 44% da oferta quantitativa de leitos e em 82% dos quantitativos de outros equipamentos. Outro estudo recente também avaliou a confiabilidade dos dados hospitalares registrados no mesmo cadastro, com a conclusão de que eram consistentes e confiáveis^{11,12}. Todavia, não foram identificados estudos com a avaliação da consistência e da confiabilidade dos registros de outros tipos de estabelecimentos ambulatoriais do CNES.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é reconhecido internacionalmente como um dos maiores do mundo no que se refere à sua intencionalidade de universalização da assistência em saúde e à prerrogativa de financiamento público. Apesar de existirem amparos legais que garantem a existência de um sistema público, universal e estatal no Brasil, muitos autores vêm tratando o sistema de saúde brasileiro como um sistema misto¹³, dada a forte presença do setor privado na prestação de serviços de saúde, nas mais diversas modalidades jurídicas e administrativas.

A partir da Constituição Federal de 1988, o SUS foi estabelecido em um conjunto de diretrizes organizativas, entre elas, as que tratavam da participação do setor privado na saúde brasileira. A saúde é livre à iniciativa privada, podendo participar de forma complementar no SUS, onde serviços privados são contratados pelo Estado para prestar assistência à saúde, e as entidades filantrópicas ou sem fins lucrativos possuem preferência, legalmente. Ainda, poderá participar, de forma suplementar, na medida em que os cidadãos podem contratar serviços privados de saúde, através de desembolso direto ou pela contratação de planos ou seguros de saúde individuais ou empresariais, com financiamento compartilhado entre empregadores e empregados. Cabe destacar que os valores gastos por pessoas físicas com tratamentos de saúde, seja de forma direta ou através de planos e seguros individuais de saúde, podem ser ressarcidos pelo Estado, através de deduções no imposto de renda, com regramentos específicos, mas sem teto de limite, o que corresponde a 46,8 % dos gastos tributários com saúde, beneficiando a população brasileira com acesso à saúde suplementar¹⁴.

A participação do setor privado na saúde brasileira, entretanto, parece estar cumprindo um papel muito maior do que a complementaridade ou a suplementação. Um conjunto de políticas fiscais, incentivos governamentais e arranjos jurídicos vêm abrindo espaço, cada vez maior, por uma saúde pública produzida

pelo setor privado. Cita-se o exemplo da Emenda Constitucional 95, aprovada no ano de 2016, que instituiu limite de gastos públicos em diversas áreas sociais, como a saúde¹⁵

Mais da metade dos leitos hospitalares do SUS é privada, contratada complementarmente. Os serviços de diagnóstico por imagem e hemodiálise chegam a ter uma predominância de mais de 80% do setor privado. Mesmo assim, o Estado (por oferta direta ou compra de serviços privados) é responsável por 67% das internações hospitalares e, também, detém a predominância dos vínculos empregatícios entre os trabalhadores da saúde¹⁶.

Ganha ainda mais importância a análise sobre a relação do setor privado na produção de saúde, em especial, na produção estatal de saúde – saúde complementar – quando se olha para o debate acerca da crise do capitalismo, dos Estados capitalistas e da consequente ascensão de políticas austeras. Fala-se da crise do capital produtivo e do fortalecimento do capitalismo especulativo, rentista, que vem determinando políticas fiscais no mundo inteiro. A relação do setor privado com o Estado é muito mais que mera colaboração ou, mesmo, prestação de serviços ‘eficientes’. Ao contrário, pode visualizar-se a construção de arranjos político-administrativos legais que favoreceriam o setor privado e o direcionamento de recursos públicos para esse setor¹⁷.

No Brasil, as políticas de incentivo à participação do setor privado na saúde pública, nos últimos 10 anos, vêm avançando na variação de formas administrativas, através de Organizações Sociais, que mantêm o caráter privado das ações, ou, ainda, através de operações de quase-mercado, o que, para muitos gestores públicos, acaba não sendo interpretado como uma forma de privatização de serviços.

O aumento da participação do setor privado em sistemas universais de saúde vem se mostrando uma tendência global. Por isso, acredita-se que é essencial analisar as formas de participação do setor privado na saúde. No Brasil, esse fenômeno é extremamente complexo e atravessado por um conjunto grande

de variáveis. Compreender, minuciosamente, esse fenômeno passa a ser importantíssimo para analisar os horizontes de transformação e os caminhos que devem seguir os sistemas nacionais de saúde nas conjunturas atuais da sociedade capitalista. Neste estudo, objetiva-se analisar as tendências nacionais de incremento proporcional entre os diferentes tipos de estabelecimentos de saúde, considerando categorias de vinculação ao SUS e pertencimento aos setores público e privado.

Material e métodos

Trata-se de um estudo individuado, transversal, com série histórica retrospectiva de dados provenientes de fonte secundária, de caráter descritivo e propósito comparativo, a partir de análise proporcional e tendencial.

Como unidades de análise, constam os estabelecimentos e equipamentos (leitos hospitalares) assistenciais de saúde, no Brasil, cadastrados no CNES, considerados os registros realizados nos meses de julho, período de 2010 a 2019. Esse período foi estabelecido por haver inconsistências grandes encontradas nos registros anteriores a 2010.

Pelo CNES, foi estabelecida uma classificação para tipos de estabelecimentos de saúde que destaca os níveis assistenciais a que correspondem os procedimentos cadastrados: ambulatorios de assistência básica, de média e alta complexidade; hospitais de média e alta complexidade. Os estabelecimentos que estão classificados como ambulatorios de assistência básica não correspondem, necessariamente, ao chamado nível de atenção primária ou básica do SUS, constituindo, também, outros tipos de serviços ambulatoriais. Além disso, nos estabelecimentos hospitalares também ocorrem procedimentos e serviços ambulatoriais.

Especificamente para a classificação de naturezas jurídicas e modalidades administrativas de estabelecimentos assistenciais de saúde, até 2016, o CNES adotava uma categorização própria e com 13 tipos, sendo que, a partir

de 2016, passou a adotar a classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Concla-IBGE), com cinco tipos e 83 subtipos. Até 2015, no CNES, constavam registros para estabelecimentos classificados sob o tipo de ‘Organizações Sociais’, no entanto, mesmo constando essa mesma tipificação no IBGE, a partir de então, tais registros específicos deixaram de ser efetuados.

Como definição categorial para a análise comparativa entre estabelecimentos, foram considerados quatro segmentos em função da sua vinculação assistencial com o SUS:

- Estabelecimentos próprios do SUS (SUS próprio), da Administração Direta e Indireta, de Direito Público e Privado;
- Estabelecimentos agenciados pelo SUS (SUS agenciado), como associações privadas sem fins lucrativos de Direito Privado, do tipo Organizações Sociais e congêneres (com registros somente de 2010 até 2015);
- Estabelecimentos complementares contratados ou conveniados pelo SUS (Privado complementar), de natureza privada, com e sem fins lucrativos, incluindo cooperativas complementares ao SUS;
- Estabelecimentos suplementares sem vínculos assistenciais com o SUS (Privado suplementar), de natureza privada, com e sem fins lucrativos, incluindo cooperativas suplementares.

Convém destacar que os estabelecimentos complementares ao SUS também podem disponibilizar equipamentos e serviços exclusivamente suplementares.

Os registros disponibilizados no CNES sobre as ocupações profissionais de nível superior em saúde estão desagregados com relação aos tipos assistenciais e às naturezas administrativas dos estabelecimentos. A partir da base de dados disponível, é possível estabelecer, pelo menos, duas categorias relacionais compatíveis com o

escopo deste estudo: com atendimento no SUS e sem atendimento no SUS.

Os dados obtidos foram processados com o auxílio dos programas Tabwin Excel e Jasp. Para consubstanciar a análise tendencial da série histórica, foram calculadas taxas médias de incremento anual para cada segmento e tipo assistencial, assim como as variações cumulativas proporcionais entre o início e o final do referido período.

Por se tratar da obtenção de dados a partir de fonte secundária de domínio público, não houve a necessidade da submissão do projeto de estudo para o crivo de Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados

No período de 2010 a 2019, houve uma taxa média de incremento anual de 4,2% no total de estabelecimentos assistenciais de saúde cadastrados no Brasil, com um incremento proporcional de 45,1% no referido intervalo. Os ambulatórios de Média Complexidade (MC) obtiveram maior incremento proporcional em relação aos outros tipos de serviços (5,7%), enquanto os ambulatórios de Assistência Básica (AB) e os hospitais de MC obtiveram os maiores decréscimos na mesma relação (respectivamente, -4,6% e -0,7%).

Intrinsecamente, a taxa média de incremento anual foi de 2,8% para ambulatórios de AB; de 5,4% para ambulatórios de MC; de 2,8% para ambulatórios de Alta Complexidade (AC); de 0,7% para hospitais de MC; de 3,6% para hospitais de AC; e de 0,8% para a quantidade total de leitos hospitalares. Os incrementos intrínsecos proporcionais ao longo do período foram, respectivamente, de 28,3% para ambulatórios de AB; de 60,4% para ambulatórios MC; de 28,4% para ambulatórios de AC; de 6,2% para hospitais de MC; de 38,0% para hospitais de AC; e de 7,5% para o total de leitos hospitalares.

Se projetadas as referidas taxas incrementais para o próximo decênio (2020-2029),

os ambulatórios de AB diminuiriam, proporcionalmente, quase 5%, constituindo cerca de 1/3 do total de estabelecimentos. O maior incremento ocorreria entre os ambulatórios de MC, aumentando quase

5% e constituindo quase 2/3 do total de estabelecimentos.

Na *tabela 1*, estão descritas as taxas anuais de incrementos proporcionais intrínsecos, de acordo com os segmentos e os tipos de serviços.

Tabela 1. Taxas médias anuais (Tx%) e variação cumulativa (Vc%) de incrementos proporcionais intrínsecos para tipos assistenciais e segmentos de estabelecimentos de saúde e leitos hospitalares relacionados ao Sistema Único de Saúde. Período 2010-2019

Tipos assistenciais de serviços relacionados ao SUS	SUS Próprio		SUS Agenciado*		Privado Complementar		Privado Suplementar	
	Tx%	Vc%	Tx%	Vc%	Tx%	Vc%	Tx%	Vc%
Ambulatórios de Assistência Básica	2,6	25,2	7,9	44,2	-2,6	-22,0	3,5	36,6
Ambulatórios de Média Complexidade	4,3	45,1	28,7	241,4	1,2	11,1	6,2	71,0
Ambulatórios de Alta Complexidade	4,0	41,7	23,8	181,8	0,4	3,7	4,1	43,7
Hospitais de Média Complexidade	1,7	16,5	26,8	222,2	-2,4	-19,5	3,6	36,7
Hospitais de Alta Complexidade	4,8	52,5	27,3	200,0	1,5	13,8	6,1	69,6
Leitos hospitalares de Média e Alta Complexidade	2,0	19,4	26,5	203,2	-0,7	-6,6	2,8	28,4

Fonte: elaboração própria com base nos dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)¹⁸.

*Dados do período 2010-2019.

No que concerne, especificamente, aos ambulatórios de AB, as maiores taxas médias anuais de incremento ocorreram entre os estabelecimentos cooperativados, complementares ao SUS e suplementares (respectivamente, 22,8% e 9,7%); tendo o maior incremento cumulativo ocorrido em cooperativas suplementares (aproximadamente, 120%). Os estabelecimentos de AB da Administração Estatal Direta obtiveram a menor taxa anual de incremento (2,6%), desconsiderados os estabelecimentos com taxas de decréscimo (Administração Estatal Indireta e Privado sem fins lucrativos complementar ao SUS). Observou-se que, entre 2015 e 2019, as taxas anuais de incremento para ambulatórios de AB da Administração Estatal Direta foram menores do que nos cinco anos anteriores.

Particularmente, sobre os ambulatórios de MC, as maiores taxas anuais de incremento ocorreram entre estabelecimentos agenciados pelo SUS (28,7%) e cooperativas suplementares (15,3%); também, ambos com o maior

incremento cumulativo. Os ambulatórios de MC da Administração Estatal Direta obtiveram incremento médio anual de 4,2%, abaixo da taxa incremental dos ambulatórios suplementares com fins lucrativos (4,8%). Observou-se que, entre 2015 e 2019, as taxas anuais de incremento dos ambulatórios de MC da Administração Estatal Direta foram menores do que nos cinco anos anteriores.

Considerados os ambulatórios de AC, as maiores taxas anuais de incremento ocorreram entre estabelecimentos agenciados pelo SUS (23,8%) e cooperativas suplementares (11,0%); ocorrendo o maior incremento cumulativo nas Organizações Sociais (23,8%) e nas cooperativas complementares (100%). Os ambulatórios de AC da Administração Estatal Direta obtiveram incremento médio anual de 3,9%, também nesse tipo, abaixo da taxa incremental dos ambulatórios suplementares com fins lucrativos (4,1%).

Acerca dos hospitais de MC, as maiores taxas anuais de incremento ocorreram entre

estabelecimentos agenciados pelo SUS (26,8%), Estatais da Administração Indireta sob Direito Privado (13,2%) e privados suplementares sem fins lucrativos (8,4%); os três tipos também com o maior incremento cumulativo. Os hospitais de MC da Administração Estatal Direta obtiveram incremento médio anual de 1,6%, enquanto os estabelecimentos privados com fins lucrativos (complementares e suplementares) obtiveram taxas anuais de decréscimo.

Para os hospitais de AC, as maiores taxas anuais de incremento ocorreram entre estabelecimentos Estatais da Administração Indireta sob Direito Privado (42,1%), agenciados pelo SUS (27,3%), e privados suplementares sem fins lucrativos (14,0%); os três tipos também com o maior incremento cumulativo. Os hospitais de AC da Administração Estatal Direta obtiveram incremento médio anual de 4,8%, enquanto os estabelecimentos privados com e sem fins lucrativos, complementares ao SUS, obtiveram as menores taxas anuais de incremento (respectivamente, 2,2% e 1,0%).

Por fim, considerados os leitos hospitalares, as maiores taxas anuais de incremento ocorreram entre estabelecimentos Estatais da Administração Indireta sob Direito Privado

(27,6,1%), os agenciados pelo SUS (26,5%) e as cooperativas complementares ao SUS (201%), que foram, ainda, os três tipos com o maior incremento cumulativo. Os leitos da Administração Estatal Direta obtiveram incremento médio anual de 2,0%, com taxa de decréscimo nos estabelecimentos privados com fins lucrativos e complementares ao SUS (-6,0%).

Grosso modo, o segmento conjunto de estabelecimentos vinculados ao SUS (próprios, agenciados e privados complementares) variou proporcionalmente ao longo da década, com tendência de decréscimo, nos seguintes termos: de 51,8% para 48,7% dos ambulatórios de AB; de 29,5% para 24,8% dos ambulatórios de MC; de 66,7% para 62,8% dos ambulatórios de AC; de 77,5% para 71,1% dos hospitais de MC; de 73,1% para 66,9% dos hospitais de AC; e de 83,3% para 80,0% dos leitos hospitalares de MC e AC.

Os dados referentes a profissionais de saúde também apresentam características importantes, que consolidam a análise sobre a expansão do setor privado. Os dados analisados demonstram uma tendência de crescimento no setor privado, superior ao setor público, onde se deve levar em consideração a questão do duplo vínculo profissional.

Tabela 2. Taxas médias anuais (Tx%) e variação cumulativa (Vc%) de incrementos proporcionais intrínsecos para ocupações profissionais de nível superior relacionadas ao atendimento no Sistema Único de Saúde. Período de 2010 e 2019

Categoria profissional	Quantidade de Profissionais		Quantidade de ocupações		Ocupações com atendimento SUS		Ocupações sem atendimento SUS	
	Tx%	Vc%	Tx%	Vc%	Tx%	Vc%	Tx%	Vc%
Biomedicina	9,3	121,8	9,3	122,3	7,2	86,5	14,0	225,6
Fonoaudiologia	6,6	78,2	7,0	84,1	6,1	70,7	8,7	110,9
Enfermagem	6,5	75,5	6,6	77,3	5,6	63,4	15,1	251,6
Farmácia	7,8	95,9	6,7	79,6	5,7	64,8	11,8	172,8
Fisioterapia e Terapia Ocupacional	7,7	95,4	7,6	93,0	6,8	81,0	9,2	119,9
Medicina	4,5	48,0	3,7	38,9	2,2	20,7	7,6	92,5
Medicina Veterinária	4,2	44,0	4,0	40,4	3,8	37,9	16,0	273,0
Nutrição	9,9	133,9	9,1	118,8	7,6	93,2	14,6	241,4
Odontologia	4,6	49,7	4,7	50,7	2,3	86,5	7,9	98,3
Psicologia	8,7	111,4	8,6	109,6	5,9	70,7	13,5	211,9

Fonte: elaboração própria com base nos dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)¹⁸.

Entre as ocupações profissionais de nível superior em saúde, os maiores incrementos naquelas com atendimentos no SUS ocorreram nas categorias de Nutrição, Biomedicina, Fonoaudiologia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Os maiores incrementos naquelas sem atendimentos no SUS ocorreram nas categorias de Medicina Veterinária, Enfermagem e Nutrição.

No Brasil, as ocupações profissionais de Enfermagem constituem quase a metade da força de trabalho em estabelecimentos de saúde; as ocupações de Medicina constituem, aproximadamente, 25%; e as ocupações de Odontologia, em torno de 10%. Ao longo do período analisado, as ocupações de Enfermagem obtiveram discreto aumento proporcional em relação às demais (1,9%), e as ocupações de Medicina e de Odontologia obtiveram diminuição (respectivamente, -3,3% e -1,2%). Tais ocupações profissionais são consideradas típicas na composição de equipes de Atenção Primária à Saúde no Brasil, sendo que, em todas elas, houve maior incremento proporcional nas atividades fora do SUS no período. Na Medicina, houve uma diferença

proporcional cumulativa de 71,8% na comparação entre atividades Não SUS e SUS; na Enfermagem, essa diferença foi ainda maior, de 188,2%; na Odontologia, a diferença foi menor, de 11,8%.

No CNES, há distinção entre os registros do pessoal de nível superior cadastrado nos estabelecimentos de saúde por categorias profissionais e os registros de suas ocupações (grosso modo, empregos), tipos de vínculos contratuais, cargas horárias, âmbitos de atividades, relação dos estabelecimentos com o SUS etc. Um dimensionamento que pode ser aferido a partir desses distintos registros é a razão de ocupações por profissional para cada categoria de nível superior ao longo do período, inclusive, discriminando as referidas ocupações em estabelecimentos que prestam serviços ao SUS (próprios e complementares) ou não (suplementares). A partir das tendências retrospectivas decenais de incremento ou decréscimo das razões entre profissionais e suas ocupações no SUS ou suplementares para cada categoria, também é possível dimensionar prospectivamente um cenário inercial para a década seguinte (*tabela 3*).

Tabela 3. Razões entre profissionais cadastrados em estabelecimentos assistenciais e suas ocupações, com e sem atendimentos no Sistema Único de Saúde. Meses de Julho de 2010 e 2019. Projeção de tendência inercial para 2029

Categoria profissional	Jul/2010		Jul/2019		Projeção Jul/2029	
	Prof/ Ocup. SUS	Prof/ Ocup. Não SUS	Prof/ Ocup. SUS	Prof/ Ocup. Não SUS	Prof/ Ocup. SUS	Prof/ Ocup. Não SUS
Biomedicina	1,0	0,3	0,8	0,5	0,7	1,0
Fonoaudiologia	0,9	0,5	0,9	0,5	0,8	0,7
Enfermagem	1,1	0,1	1,0	0,2	0,9	1,2
Farmácia	1,2	0,2	1,0	0,3	0,8	0,7
Fisioterapia e Terapia Ocupacional	0,9	0,4	0,8	0,5	0,8	0,6
Medicina	2,2	0,8	1,8	1,0	1,4	1,3
Medicina Veterinária	1,1	0,0	1,1	0,0	1,0	1,6
Nutrição	1,1	0,2	0,9	0,3	0,7	0,8
Odontologia	0,9	0,5	0,7	0,7	0,6	1,0
Psicologia	0,9	0,4	0,7	0,5	0,5	1,0

Fonte: elaboração própria com base nos dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)¹⁸.

É possível observar, em todas as categorias profissionais, tendência de crescimento superior nas ‘Ocupações Não SUS’, em relação às ‘Ocupações SUS’, o que corrobora uma tendência de crescimento maior do setor privado. Destacam-se as categorias de Enfermagem, com uma taxa de incremento proporcional de 251,6% e média anual de 15,1% em ‘Ocupações Não SUS’; a Biomedicina, com incremento proporcional de 225,6% e média anual de 14% em ‘Ocupações Não SUS’; e a Medicina Veterinária, com incremento proporcional de 273% e média anual de 16% em ‘Ocupações Não SUS’. A Medicina Veterinária, entretanto, possui atuação mais restrita no SUS, em contrapartida, com uma atuação mais comum em serviços de saúde animal, majoritariamente privados no Brasil.

Discussão

A tendência geral representou um panorama de expansão importante do setor privado na saúde brasileira. O País, reconhecido internacionalmente pelo maior sistema universal de saúde, parece estar acumulando um crescimento médio do setor privado, acima da expansão do setor público. Denota-se que, no período analisado, houve maior incremento proporcional dos estabelecimentos ambulatoriais de Média Complexidade e dos hospitais de Alta Complexidade. Tal fenômeno possui magnitude proeminente no segmento dos estabelecimentos privados suplementares. Essa questão parece reafirmar o fortalecimento do modelo centrado na medicina especializada e uma atração do setor privado por esse. O estudo ‘Demografia Médica no Brasil’, publicado em 2015 pelo Conselho Federal de Medicina¹⁹, discutiu a mesma tendência de atração dos profissionais médicos pelo setor privado, em que a medicina lucrativa, baseada na especialidade, encontraria campo fértil.

Em uma tendência crescente, com o fortalecimento da Média e Alta Complexidade e da medicina especializada de mercado, pode-se

analisar uma realidade contrária aos princípios do SUS. Na prática, a saúde integral, centrada na Atenção Básica e na função essencial do Estado Brasileiro, dá cada vez mais espaço ao mercado.

Os resultados, de forma geral, evidenciaram tendência de crescimento do setor privado sem relação com o SUS (privado suplementar), em uma taxa marcadamente maior que o crescimento do setor público (SUS próprio), aliada à retração do setor privado prestador de serviço ao SUS (SUS complementar). Vale destacar que o segmento chamado aqui de SUS agenciado, correspondente aos serviços geridos por Organizações Sociais de direito privado sem fins lucrativos, *quasi-market*, tem dados apresentados no sistema de informações públicas de saúde somente até o ano de 2015. Esse segmento vinha apresentando crescimento exponencialmente acima do setor essencialmente público (SUS próprio). Após o ano de 2015, acredita-se que essas informações passaram a ser cadastradas e publicadas como ‘SUS próprio’, o que pode representar, na análise, um falso crescimento do segmento essencialmente público na saúde brasileira. No segmento privado sem fins lucrativos e complementar ao SUS (em especial, entidades filantrópicas), observou-se uma tendência de nicho de mercado desse segmento específico em hospitais da média complexidade, ao mesmo tempo que os dados apontaram expansão do subsegmento cooperativado, complementar ao SUS e suplementar, em ambulatorios de média complexidade, sinalizando tendências específicas e relação com o setor saúde.

No segmento estatal, verificou-se migração da égide do Direito Público para o privado, tendência de agenciamento ao quase-mercado (OS), maior volume em estabelecimentos ambulatoriais de Atenção Básica e de ambulatorios e hospitais de Alta Complexidade. O segmento suplementar expande-se em quase todos os tipos de estabelecimentos, exceto na Atenção Básica e nos leitos hospitalares, ou seja, concentra-se em ambulatorios de Média

Complexidade e Alta Complexidade. Acredita-se que seja possível levantar a hipótese de que o setor privado, em tese, esteja evitando segmentos pouco produtivos e de alto custo, reafirmando uma relação com o Estado desregulada e sob interesses de mercado²⁰.

Esse panorama deve ser observado com bastante atenção, uma vez que não se trata de mera movimentação econômica de mercado. Ou seja, o setor privado da saúde não cresce a partir de um contexto em que a população brasileira vem ampliando seu poder de compra e diminuindo a dependência da saúde pública. O que se observa é um conjunto de políticas fiscais, econômicas e sociais, acumuladas em diversos governos, que abrem lastro para o desenvolvimento neoliberal nos diversos setores da sociedade, incluindo a saúde. Um sistema de saúde com grandes limitações e vulnerabilidades vem sendo retraído, ainda mais, por regimes fiscais limitantes de recursos públicos e potencializadores do mercado privado¹⁷.

Estudos de crescimento do setor privado, na saúde brasileira, demonstram uma curva crescente, quase contínua. A ampliação de usuários de planos privados de saúde é observada mesmo em cenários de recessão econômica e retração de consumo, enquanto o orçamento público é apontado como oscilante, com tendência à queda²¹.

Quando se observa, ainda, comparativamente, o crescimento do SUS e do setor privado nos diversos níveis de atenção, identifica-se certa atração do setor privado por segmentos mais lucrativos, como os hospitais de alta complexidade, em detrimento aos serviços de atenção primária. Um setor privado especializado em alta complexidade e um sistema público voltado ao ‘pacote básico’ de serviços são uma tendência bastante discutida na literatura nacional e internacional. Orientações de organismos internacionais, como o Banco Mundial, pontuam a orientação de sistemas nacionais de saúde para a garantia de ‘cuidados básicos’, no sentido contrário ao ideário universalista e integral adotado no SUS²².

Além disso, é marcante o retraimento do setor privado prestador de serviços ao setor público, chamado de SUS complementar. Historicamente, o setor privado contratado pelo Estado para prestação de serviços mantinha uma relação de interdependência, com participação marcante na prestação de serviços no Brasil, antes mesmo da criação do SUS. Os dados parecem apontar para uma transição do capital privado da relação complementar para a relação suplementar com o SUS, em um cenário econômico de favorecimento do setor privado e diminuição de orçamento público, a partir de políticas como a Emenda Constitucional 95, de 2016, que impôs teto orçamentário para macroáreas como educação e saúde, que pode colocar em risco os termos da universalidade em favor de uma saúde de mercado²².

Em uma forte tendência de crescimento e expansão da saúde privada suplementar e um crescimento inferior do setor público, aliada à retração da rede complementar, é possível que se observe, ainda, em médio prazo, uma contrarreforma sanitária, substituindo os princípios da universalidade e da integralidade por um sistema público voltado para as lacunas deixadas por segmentos que o setor privado não deseja explorar. Frequentemente, sistemas de saúde em países do capitalismo dependente ou chamados ‘em desenvolvimento’, que apontaram para desregulamentação estatal e favorecimento econômico privado, ampliaram desigualdades em acesso à cobertura de saúde²³⁻²⁵.

É preciso analisar com muita atenção, também, o que os dados apresentam como crescimento do SUS. Até 2015, dados de Organizações Sociais, chamados aqui de SUS agenciado, eram apresentados separadamente dos dados de serviços estatais. Após esse período, passaram a ser apresentados conjuntamente. Entretanto, a taxa de crescimento do SUS agenciado era quase o dobro do segmento estatal. Na prática, o crescimento do SUS pode estar ocorrendo majoritariamente por Organizações Sociais. Embora exista grande

discussão em torno das Organizações Sociais na relação com o SUS, como alternativa para expansão do sistema de saúde brasileiro, é marcante a expressão dessas organizações como entidades privadas, onde há diminuição do controle estatal e desregulamentação sobre as atividades de saúde pública. Associações do ‘terceiro setor’, também chamadas de *quasi-market* (quase mercado), apesar de representarem atividades sem fins lucrativos, de interesse público, na prática, reproduzem características de lucratividade, buscando mecanismos políticos de isenção fiscal e autorregulação. Para muitos autores, a expansão de Organizações Sociais representa transferência de recursos públicos para o setor privado¹⁶.

Quando se olha para o incremento de profissionais de saúde, a mesma tendência de crescimento superior do setor privado, em detrimento ao setor público da saúde, é reafirmada. Há alguns anos, esse fenômeno é abordado por pesquisas da área da saúde. Embora o setor público, muitas vezes, ofereça melhores remunerações, na prática, observa-se uma menor reposição de força de trabalho, além de expansão retraída do setor público com o setor privado²⁶.

Considerações finais

A marcante tendência de expansão do setor privado em atividades de saúde de alta complexidade e do setor público por Organizações Sociais privadas, sem fins lucrativos, apresenta uma importante tendência de setorização do sistema de saúde brasileiro, voltada aos interesses de mercado. A desregulamentação, aliada à limitação de acesso e cobertura, em função das limitações econômicas ligadas à relação de consumo, é uma possível consequência desse cenário.

O fortalecimento do mercado da doença, no sentido de exploração de setores lucrativos e de interesses de segmentos econômicos, sobressai-se a uma relação regulada e estratégica entre público e privado, se é possível

que ocorra. O setor privado relaciona-se com o SUS, estritamente, conforme seus interesses econômicos. No panorama de uma crescente no fortalecimento do SUS e dos princípios da Reforma Sanitária Brasileira, vê-se uma forte tendência à contrarreforma, tocada pela égide do setor privado.

Este estudo apresenta limitações diante dos dados que foram analisados, por se tratar de registros que se limitam às informações governamentais, sem uma leitura fina das relações econômicas que envolvem a rede de serviços de saúde no Brasil. Em se tratando de um país de grandes proporções territoriais, com inequidades regionais, é bem possível que os fenômenos aqui apresentados possam variar entre regiões com maior ou menor desenvolvimento econômico. A hipótese é de que o mercado procure janelas de oportunidade e desenvolvimento financeiro ante a frágil regulamentação pública no SUS e que, portanto, busque os mercados internos mais favoráveis. Evidentemente que a abordagem aqui trazida não explica, sozinha, o fenômeno identificado. Estudos que analisem os serviços de apoio diagnóstico, provavelmente, poderão colaborar em análises cada vez mais profundas acerca da relação do setor privado com o SUS.

A continuidade desse fenômeno deve ser acompanhada com estudos não só de análise de vínculos de serviços, como, também, de natureza econômica. As movimentações quanto à forma na prestação de serviços de saúde, no Brasil, poderão, inclusive, reinventar a forma de organizar o SUS. Além disso, estudos de análise de qualidade de serviços serão indispensáveis para avaliar se a tendência pró-mercado relacionar-se-á com maior ou menor qualidade na saúde brasileira.

Colaboradores

Melo RC (0000-0002-0525-0741)* e Miranda AS (0000-0001-8947-9676)* são responsáveis pela elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Akintoye A, Chinyio E. "Private Finance Initiative in the healthcare sector: trends and risk assessment", *Engineering, Const, Archit. Manag.* 2015 [acesso em 2021 jan 25]; 12(6):601-616. Disponível em: <https://doi.org/10.1108/09699980510634155>.
2. RameshM, Xun WU. Realigning public and private health care in southeast Asia. *The Pacif. Rev.* 2008 [acesso em 2021 jan 25]; (21). Disponível em: <https://www.tandfonline.com/toc/rpre20/current>.
3. Giovanella L, Stegmüller K. Crise financeira europeia e sistemas de saúde: universalidade ameaçada? Tendências das reformas de saúde na Alemanha, Reino Unido e Espanha. *Cad. Saúde Pública.* 2014; 30(11):1-19.
4. Marquis MS, Long SH. Trends In Managed Care And Managed Competition, 1993–1997. *Health Affairs.* 1993; (18):75-86.
5. Martin AB, Whittle LS, Levit KR. Trends in State Health Care Expenditures and Funding: 1980-1998. *Health Care Financ Rev.* 2011; 22(4):111-140.
6. Pessoa LR, Santos IS, Machado JP, et al. Realocar a oferta do SUS para atender problemas do futuro: o caso do trauma no Brasil. *Saúde debate.* 2016; 40(110):9-19.
7. Dubeux LS, Carvalho EF. Caracterização da oferta de serviços especializados em hospitais de referência regional: uma contribuição para a regionalização da assistência à saúde no SUS. *Rev. Bras. de Saúde Mat. Inf.* 2009; 9(4):467-476.
8. Castro MSM, Travassos C, Carvalho MS. Efeito da oferta de serviços de saúde no uso de internações hospitalares no Brasil. *Rev. Saúde Púb.* 2005; 39(2):277-284.
9. Oliveira EXG, Travassos C, Carvalho MS. Acesso à internação hospitalar nos municípios brasileiros em 2000: territórios do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública.* 2009; (20):S298-S309.
10. Cascaes AM, Dotto L, Bomfim RA. Tendências da força de trabalho de cirurgiões-dentistas no Brasil, no período de 2007 a 2014: estudo de séries temporais com dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. *Epid. Serv. Saúde.* 2018; 27(1).
11. Rocha TAH, Silva NCB, Barbosa ACQ, et al. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: evidências sobre a confiabilidade dos dados. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; 23(1):229-240 .
12. Machado JP, Martins M, Leite IC. Qualidade das bases de dados hospitalares no Brasil: alguns elementos. *Rev. Bras. Epid.* 2016; 19(3):567-581.
13. Serapioni M, Tesser CD. O sistema de saúde brasileiro ante a tipologia internacional: uma discussão prospectiva e inevitável. *Saúde debate.* 2019; 43(esp5):44-57.
14. Dain S, Ocké-Reis CO, Geiger F, et al. Regime fiscal dos estabelecimentos e empresas de planos e seguros privados de saúde: legislação fiscal, mensuração de gastos tributários, relações com a política fiscal, impacto sobre a equidade e relações com a regulação. Rio de Janeiro; Agência Nacional de Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Organização Pan-Americana de Saúde; 2015. [acesso em 2020 dez 17]. Disponível em: <https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/12/relatorio-final-0-Regime-Fiscal-Planos-Privados.pdf>.
15. 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):345-56.
16. Viavaca F, Oliveira RAD, Carvalho CC, et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; (23):1751-62.
17. Junquera V, Mendes A. The brazilian public health in contemporary capitalism. *Inter. J. Health Serv.* 2018; (48):760-75.
18. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

- (CNES). Datasus. [acesso em 2020 jan 20]. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/>.
19. Conselho Federal de Medicina. Demografia Médica no Brasil 2015. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina; 2015.
 20. Bahia L, Scheffer M, Dal Poz M, et al. Planos privados de saúde com coberturas restritas: atualização da agenda privatizante no contexto de crise política e econômica no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2016; (32):1-5.
 21. Santos MAB, Gerschman S. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil – arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. 2004. *Ciênc. Saúde Colet*. (9):795-806.
 22. Menezes APR, Moretti B, Reis AAC. The future of the SUS: impacts of neoliberal reforms on public health – austerity versus universality. *Saúde debate*. 2019; (43):58-70.
 23. Ademiluyi IA, Sunday O, Aluko-Arowolo SO. Infrastructural distribution of healthcare services in Nigeria: An overview. *J. Geo. Reg. Plann*. 2009; 2(5):104-110.
 24. Nwakeze NM, Kandala NB. The spatial distribution of health establishments in Nigeria. *Afri. Pop. Stud*. 2011; (25):680-96.
 25. Le DC, Kubo T, Fujino Y, et al. Health Care System in Vietnam: Current Situation and Challenges. *Asian Pacif. J. Diseases Manag*. 2010; (4):23-30.
 26. Morais HMM, Albuquerque MSV, Oliveira RS, et al. Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2018; 34(1):1-13.

Recebido em 11/09/2021

Aprovado em 10/03/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

O farmacêutico na Atenção Primária à Saúde no Brasil: análise comparativa 2014-2017

The pharmacist in the Brazilian Primary Health Care: comparative analysis between 2014 and 2017

Rafaela Tavares Peixoto¹, Mônica Rodrigues Campos¹, Vera Lucia Luiza¹, Luiz Villarinho Mendes¹

DOI: 10.1590/0103-1104202213308

RESUMO O farmacêutico tem importante papel nas unidades de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS). No entanto, ainda são escassos no Brasil estudos que abordem a influência do farmacêutico na rede assistencial de saúde. O artigo tem como objetivo verificar em que medida a inserção dos farmacêuticos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do País está associada à ampliação de aspectos estruturais das farmácias e à disponibilidade de medicamentos. Trata-se de estudo transversal, retrospectivo e analítico, que utilizou dados secundários do 2º (2014) e 3º (2017) ciclos da avaliação externa do Programa de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Os resultados mostraram importante centralização na dispensação de medicamentos ao longo do 2º e 3ºs ciclos PMAQ-AB. Em contrapartida, identificou-se melhora nos aspectos estruturais nas farmácias das UBS e incremento tanto na disponibilidade média de medicamentos como no total de UBS com disponibilidade de medicamentos $\geq 80\%$. Tais avanços foram ainda maiores na existência de farmacêutico cadastrado na UBS. Evidenciou-se a relevância do farmacêutico na APS no Sistema Único de Saúde, uma vez que sua presença potencializa tanto a disponibilidade de medicamentos como também propicia melhores condições estruturais dos serviços de farmácia da APS.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Assistência farmacêutica. Avaliação em saúde. Padrões de prática dos farmacêuticos.

ABSTRACT *The pharmacist play a vital role in PHC. However, studies addressing how pharmacists influence the health care network are still scarce. We aim to verify to what extent the inclusion of pharmacists in PHC Units (UBS) in the country is associated with the expanded structural aspects of pharmacies and drug availability in Brazil. This cross-sectional, retrospective, and analytical study employed secondary data from cycles 2 (2014) and 3 (2017) of the external evaluation of the Improvement of Access and Quality of Primary Care Program (PMAQ-AB) and the National Register of Health Facilities (CNES) databases. The results showed an essential centralization in drug dispensing over PMAQ-AB cycles 2 and 3. In contrast, we identified an improvement in the structural aspects of the UBS pharmaceutical services and an increase in the mean drug availability and the total UBS with drug availability $\geq 80\%$. Such advances were even more significant in the presence of registered pharmacists at the UBS. We conclude by stating that the presence of pharmacists in the PHC of the Unified Health System (SUS) enhances drug availability and provides better structural conditions for PHC pharmacy services.*

KEYWORDS *Primary Health Care. Pharmaceutical services. Health evaluation. Practice patterns, pharmacists'.*

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



Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde (SUS)¹. Ela exerce importante papel como coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede de atenção à saúde².

Desde 1994, a APS conta com a Estratégia Saúde da Família (ESF), inicialmente Programa, como principal método para sua expansão, qualificação e consolidação^{3,4}. Com vistas a apoiar a inserção da ESF na rede, bem como o processo de territorialização e regionalização, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). Visando ampliar a integralidade do cuidado, os Nasf passaram, entre outras iniciativas, a incluir o farmacêutico entre os profissionais que podem compor tal equipe⁵.

No âmbito da APS, o farmacêutico tem um importante papel tanto na gestão quanto na assistência. No que concerne à gestão, pode atuar na organização de ações de Assistência Farmacêutica (AF), promoção do uso racional de medicamentos, garantia da disponibilidade, qualidade e conservação dos medicamentos, realização de controle de estoque, entre outros. Já na assistência, essa atuação está relacionada à supervisão da farmacoterapia como um todo, avaliando a prescrição, orientando o paciente e sua família, além de difundir informações sobre medicamentos e saúde⁶. No entanto, as ações do farmacêutico são ainda centradas no medicamento e pouco direcionadas ao usuário⁷.

A legislação brasileira determina a obrigatoriedade de responsabilidade técnica do farmacêutico em todos os estabelecimentos de saúde (farmácias e drogarias) com dispensação de medicamentos⁸, com algumas poucas exceções aplicáveis a situações muito específicas, por exemplo dispensários e unidades volantes⁹. No entanto, estudo de Carvalho et al.¹⁰ aponta que a força de trabalho atuante nas unidades de dispensação de medicamentos, nos serviços da atenção básica do SUS, era

composta predominantemente por técnicos ou auxiliares de enfermagem, seguidos por farmacêuticos.

Diante do importante papel do farmacêutico na APS e da escassez de estudos disponíveis¹¹ que identifiquem quantas farmácias de Unidades Básicas de Saúde (UBS) contam com farmacêutico no Brasil e de que maneira esse profissional influencia nas ações de AF, faz-se relevante uma análise da distribuição desse profissional no País. Em outras palavras, é importante verificar se a descentralização de serviços na AF vem acompanhando a territorialização da atenção básica a fim de garantir a integralidade, princípio fundamental do SUS.

O presente estudo visa verificar, a partir de bases de dados secundárias de abrangência nacional, em que medida a inserção dos farmacêuticos nas UBS no Brasil está associada à ampliação de aspectos estruturais das farmácias e à disponibilidade de medicamentos.

Material e métodos

Trata-se de estudo transversal, retrospectivo e analítico, que utilizou dados secundários dos 2º (2014) e 3º (2017) ciclos da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e de cadastro de profissionais no banco do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

As variáveis utilizadas foram selecionadas de acordo com a equivalência entre as perguntas dos Módulos I e/ou Eletrônico nos 2º e 3º ciclos do PMAQ-AB, dado que tanto perguntas quanto opções de respostas foram alteradas de um ciclo para outro. Para compatibilização, pormenorizada em Peixoto, Campos, Luíza¹², foram utilizadas outras perguntas pré-existent no mesmo módulo (I) ou entre módulos (I e Eletrônico). Os dados de caracterização dos municípios (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDHM e dados populacionais) foram obtidos no *site* oficial do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹³.

A variável exposição, presença ou não do farmacêutico cadastrado na UBS, foi utilizada de acordo com os dados de cadastro do profissional no CNES (dezembro/2014 e dezembro/2017), devido ao baixo retorno de respostas dessa variável no PMAQ-AB (aproximadamente 30%). Foi realizada validação entre CNES e PMAQ-AB (2º ciclo – farmacêutico realiza dispensação) acerca da presença do farmacêutico, onde verificou-se concordância de 80%¹².

As características dos municípios e UBS (porte populacional e IDHM) foram as variáveis explicativas (de estratificação).

Foram consideradas as seguintes variáveis de análise:

1) Aspectos relacionados à AF: dispensação de medicamentos em geral na UBS e, se existente, a dispensação de psicotrópicos; características estruturais e de ambiência da unidade de saúde (apresentadas no *quadro 1*);

2) A disponibilidade de medicamentos: a) percentual médio de medicamentos disponíveis (variável contínua) e b) disponibilidade de medicamentos $\geq 80\%$ e disponibilidade total de medicamentos no grupo farmacológico (32 medicamentos divididos em 9 grupos) em quantidade suficiente (variáveis binárias). A seleção das variáveis relacionadas à disponibilidade de medicamentos foi feita com base no modelo lógico elaborado por Mendes et al.⁴.

Para essas variáveis, foram utilizados os seguintes critérios metodológicos:

a) A disponibilidade de medicamentos somente foi analisada para aquelas UBS que referiram realizar dispensação de medicamentos na unidade;

b) O medicamento foi considerado disponível quando indicada a sua presença em quantidade suficiente na unidade, ou seja, conforme procedimento definido pelo PMAQ-AB, o

medicamento era considerado disponível quando havia pelo menos uma unidade deste na UBS, verificado por observação direta do pesquisador de campo;

c) Quanto aos medicamentos psicotrópicos, a disponibilidade foi avaliada apenas para os municípios em que não havia centralização da dispensação desses medicamentos e quando havia pelo menos um medicamento desse grupo em quantidade suficiente;

i. O termo centralização será utilizado ao longo do artigo como sinônimo de concentração de ações e serviços de saúde. Em especial, quando se referia aos serviços de farmácia da APS. O oposto é válido, quando nos referimos à descentralização dos serviços.

d) Os medicamentos incluídos nesta análise foram aqueles presentes nos dois ciclos, sem que no 2º ciclo a pergunta tivesse sido passível de sorteio. Foi considerada ainda uma definição prévia por especialistas⁴, de medicamentos-chave constantes no elenco do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) e distribuídos em 9 (nove) grupos farmacológicos;

e) A disponibilidade média foi calculada considerando que, quando os 32 medicamentos selecionados neste estudo estivessem presentes na unidade em quantidade suficiente, esse valor seria igual a 100%;

f) A partir da variável acima ('e'), foi traçado o ponto de corte de 80%, onde foram agrupadas UBS com disponibilidade $< 80\%$ de medicamentos em quantidade suficiente e $\geq 80\%$ ¹⁴;

g) A disponibilidade por grupo farmacológico era considerada total quando todos os medicamentos do grupo estavam disponíveis em quantidade suficiente.

Quadro 1. Variáveis equivalentes selecionadas no 2º e 3º ciclos do PMAQ-AB, 2014 e 2017

Subdimensão	Descrição da Variável	Código da Variável 2º Ciclo (2014)	Código da Variável 3º Ciclo (2017)
Identificação Geral	Unidade da Federação	UF	ESTADO
	Código IBGE do município	IBGE	IBGE
	Nome do município	CIDADE	MUNICIPIO
	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde	CNES	CNES_FINAL
Profissionais da Unidade Básica de Saúde	Nº Profissionais Farmacêuticos na Unidade	I.3.5.6	I.3.2.6
Horário de funcionamento da unidade de saúde (2º Ciclo)/ Medicamentos Componentes da Farmácia Básica (3º Ciclo)	Realização de dispensação de medicamentos na unidade	I.8.6.6	I.15.1
Características estruturais e ambiental da unidade de saúde	Área de dispensação de medicamentos	I.10.1.8	I.6.2.1
	Área de/para fracionamento	I.10.1.9	I.6.2.2
	Sala de/para seguimento farmacoterapêutico	I.10.1.10	I.6.2.3
	Sala de/para estocagem de medicamentos	I.10.1.11	I.6.2.4
	Armazenamento e acondicionamento adequado de medicamentos (local limpo sem presença de mofo, fresco e arejado, as caixas estão em prateleiras afastadas da parede e do chão)	I.10.1.12	I.6.2.6
	Existência de computador na farmácia (2º Ciclo) / Nº de computadores, em condição de uso, na Farmácia (3º Ciclo)	I.10.1.13	I.6.2.7
Equipamentos e materiais	Geladeira para farmácia (2º Ciclo)/ Nº geladeiras exclusivas para medicamentos na farmácia em condições de uso(3º Ciclo)	I.12.12	I.8.22
Medicamentos componentes da Farmácia Básica (2º Ciclo)/ Assistência Farmacêutica (Módulo Eletrônico 3º Ciclo)	A dispensação de medicamentos no município é descentralizada? (2º Ciclo - Resposta por eSF)	I.18.1	8.1
	A dispensação de medicamentos no município é: Centralizada/Descentralizada (3º Ciclo - Módulo Eletrônico - Resposta por município)		
Medicamentos componentes da Farmácia Básica	Na unidade qual profissional faz a dispensação dos medicamentos? Farmacêutico	I.18.2.1	Sem equivalente
Medicamentos componentes da Farmácia Básica (2º Ciclo)/ Assistência Farmacêutica (Módulo Eletrônico 3º Ciclo)	A dispensação de medicamentos controlados é descentralizada? (2º Ciclo - Resposta por eSF) A dispensação de medicamentos controlados é centralizada? (3º Ciclo - Módulo Eletrônico - Resposta por município)	I.21.7	8.4
Medicamentos componentes da Farmácia Básica	Medicamentos antianêmicos/vitaminas/polivitamínicos/sais minerais (Em quantidade suficiente)		
	Sais para reidratação oral	I.18.3/1	I.15.2
	Sulfato ferroso	I.18.13/1	I.15.4.1
	Ácido fólico	I.18.14/1	I.15.4.2
	Medicamentos antiasmáticos (Em quantidade suficiente)		
	Sulfato de salbutamol	I.18.19/1	I.15.5.1
	Dipropionato de beclometasona	I.18.21/1	I.15.5.3
	Medicamentos contraceptivos hormonais/hormônios sexuais (Em quantidade suficiente)		
	Enantato de noretisterona + valerato de estradiol	I.18.26/1	I.15.6.1
	Etinilestradiol + levonorgestrel	I.18.27/1	I.15.6.2
	Acetato de medroxiprogesterona	I.18.29/1	I.15.6.4

Quadro 1. (cont.)

Subdimensão	Descrição da Variável	Código da Variável 2º Ciclo (2014)	Código da Variável 3º Ciclo (2017)
	Medicamentos anti-hipertensivos (Em quantidade suficiente)		
	Captopril	I.19.1/1	I.15.7.1
	Maleato de enalapril	I.19.2/1	I.15.7.2
	Atenolol	I.19.4/1	I.15.7.4
	Hidroclorotiazida	I.19.8/1	I.15.7.8
	Medicamentos cardiológicos (Em quantidade suficiente)		
	Cloridrato de propranolol	I.19.3/1	I.15.7.3
	Sinvastatina	I.19.11/1	I.15.7.11
	Medicamentos antidiabéticos (Em quantidade suficiente)		
	Glibenclamida	I.19.20/1	I.15.8.1
	Cloridrato de Metformina	I.19.21/1	I.15.8.2
	Insulina NPH	I.19.22/1	I.15.8.3
	Insulina regular	I.19.23/1	I.15.8.4
	Medicamentos antibióticos e antifúngicos (Em quantidade suficiente)		
	Amoxicilina	I.20.1/1	I.15.9.1
	Cloridrato de ciprofloxacino	I.20.2/1	I.15.9.2
	Benzilpenicilina benzatina	I.20.3/1	I.15.9.3
	Estearato de eritromicina	I.20.11/1	I.15.9.11
	Sulfato de gentamicina	I.20.12/1	I.15.9.12
	Sulfametoxazol + trimetoprima	I.20.14/1	I.15.9.14
	Sulfadiazina comprimido	I.20.15/1	I.15.9.15
	Fluconazol	I.20.17/1	I.15.9.17
	Nitrato de miconazol	I.20.19/1	I.15.9.19
	Nistatina	I.20.20/1	I.15.9.20
	Azitromicina	I.20.21/1	I.15.9.21
	Medicamentos analgésicos/antipiréticos (Em quantidade suficiente)		
	Ibuprofeno	I.20.23/1	I.15.10.2
	Paracetamol	I.20.24/1	I.15.10.3
	Medicamentos anticonvulsivantes / antidepressivos / antipsicóticos / ansiolíticos e hipnosedativos (Em quantidade suficiente)		
	Diazepam	I.21.10/1	I.15.19.4

Fonte: elaboração própria.

Foram realizados testes uni, bi e multivariados, ao nível de 5% de significância, com uso do Programa SPSS V.22.0.

Aplicou-se o teste T-Student para diferença de média das variáveis contínuas (ex.: disponibilidade de medicamentos) e o teste

Qui-quadrado e Razões de chance (OR bruto) para variáveis categóricas (ex.: infraestrutura – tem geladeira Sim/Não), para ambos os ciclos (2014/2017) e presença do farmacêutico segundo CNES (Sim/Não), com nível de significância 5%.

Realizou-se ainda regressão logística multivariada com o desfecho presença do farmacêutico Sim/Não, avaliando-se as razões de chance ajustadas (ORaj), quanto aos aspectos estruturais da assistência e disponibilidade de medicamentos por grupo farmacológico >80%.

Por se tratar de dados secundários de domínio público, o estudo foi dispensado de apreciação ética pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados

Das 38.812 UBS no território brasileiro cadastradas no 1º ciclo do PMAQ-AB (2012), 62,0% aderiram ao 2º ciclo (2014) e 78,2% ao 3º ciclo (2017). No que tange aos aspectos relacionados à AF, observou-se redução de 78,1% para 66,8%

na proporção de UBS com dispensação de medicamentos nos 2º e 3º ciclos. A tendência de redução no 3º ciclo em relação ao 2º ciclo foi também observada para UBS com dispensação de medicamentos psicotrópicos e para o armazenamento e acondicionamento adequado de medicamentos, respectivamente 16,1% e 67,6% no 2º ciclo e 13,1% e 56,9% no 3º ciclo, enquanto se observou melhora para UBS com geladeira para farmácia e UBS com sala de estocagem para medicamentos, respectivamente 24,0% e 42,8% no 2º ciclo e 32,3% e 50,8% no 3º ciclo. O indicador 'Na unidade o farmacêutico faz a dispensação dos medicamentos?' estava presente apenas no 2º ciclo, impossibilitando a comparação. Quanto à presença do farmacêutico na UBS, segundo dados do CNES, constatou-se a mesma proporção entre os dois ciclos (*tabela 1*).

Tabela 1. Caracterização das Unidades Básicas de Saúde (UBS) investigadas no 2º e 3º Ciclos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), 2014 e 2017

Variáveis	PMAQ 2 (2014)		PMAQ 3 (2017)	
	N	%	N	%
Características gerais				
UBS visitadas (proporção em relação às 38.812 que aderiram PMAQ1)	24.055	62,0	30.346	78,2
Aspectos relacionados à assistência farmacêutica				
UBS que dispensavam medicamentos *1	18.776	78,1	20.286	66,8
UBS que dispensavam psicotrópicos *1	3.882	16,1	3.976	13,1
Área de dispensação de medicamentos *	15.737	65,4	15.497	51,1
Área de fracionamento *	3.131	13,0	4.952	16,3
Sala de seguimento farmacoterapêutico *	2.063	8,6	3.221	10,6
Existe computador na farmácia? *	5.227	21,7	8.291	27,3
Na unidade o Farmacêutico faz a dispensação dos medicamentos? *	3.565	19,9	-	-
Há Farmacêutico na UBS (CNES)?	3.467	14,4	4.475	14,7
Medicamentos armazenados e acondicionados adequadamente (local limpo sem presença de mofo, fresco e arejado, as caixas estão em prateleiras afastadas da parede e do chão)? *	14.814	67,6	17.281	56,9
UBS com geladeira para farmácia*2	6.001	24,0	9.806	32,3
UBS com sala de estocagem para medicamentos*2	10.303	42,8	15.412	50,8

Fonte: elaboração própria.

*Para estas variáveis foi considerado o subconjunto amostral das UBS que dispensavam medicamentos.

1Correspondente à categoria 'medicamentos disponíveis' do modelo lógico proposto por Mendes et al. (2014)⁴.

2Correspondente à categoria 'Infraestrutura para armazenamento e dispensação de medicamentos' do modelo lógico. Mendes et al. (2014)⁴.

O IDHM médio foi bastante estável entre os diferentes estratos populacionais, com média de 0,7 no País. No entanto, o indicador UBS/10.000 habitantes, com média de 2,0, apresentou importante variação por porte populacional, decrescendo linearmente de 4,8 para municípios até 10.000 habitantes, a 0,6 para municípios com mais de 500.000 habitantes (tabela 2).

Em ambos os ciclos, o percentual de UBS que realizavam dispensação de medicamentos variou positivamente com o porte, de 68,8% a 90,1%, em 2014; e de 61,3% a 84,7%, em 2017, considerando do menor ao maior porte. Ainda no que tange à dispensação de medicamentos, em específico

para os psicotrópicos, as maiores taxas no 2º ciclo foram encontradas nos dois extremos de porte (até 10.000 habitantes – 33,7%; e maior que 500.000 habitantes – 38,2%). Já no 3º ciclo, houve um decréscimo importante no percentual de UBS com dispensação de psicotrópicos em municípios com até 10.000 habitantes (de 33,7% para 6,3%) e aumento naqueles com mais de 500.000 habitantes (de 38,2% para 57,2%), passando a ter o mesmo perfil de distribuição interna entre os portes populacionais verificados na dispensação dos demais tipos de medicamentos (gradiente linear) (tabela 2).

Tabela 2. Caracterização das Unidades Básicas de Saúde (UBS) investigadas no 2º e 3º ciclos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), segundo estrato populacional do município. Brasil, 2014 e 2017

Estrato populacional (habitantes)	Até10 mil	10 - 20 mil	20 - 50 mil	50 - 100 mil	100 - 500 mil	+500 mil	Geral
Total de municípios	2.493	1.400	1.042	325	245	38	5.543
Total de habitantes*	12.838.821	19.738.829	31.353.194	22.384.297	48.788.676	58.572.721	193.676.537
UBS	6.120	7.719	9.759	5.116	6.505	3.593	38.812
UBS /10.000 habitantes	4,8	3,9	3,1	2,3	1,3	0,6	2,0
IDH médio (2010)	0,7	0,6	0,7	0,7	0,7	0,8	0,7
PMAQ 2 (unidades que aderiram)							
UBS que aderiram	3.547	4.705	6.180	3.195	4.074	2.354	24.055
UBS que dispensam (N)	2.441	3.307	4.794	2.664	3.449	2121	18.776
UBS que dispensam (%)	68,8%	70,3%	77,6%	83,4%	84,7%	90,1%	78,1%
UBS que dispensam / 10.000 habitantes	1,9	1,7	1,5	1,2	0,7	0,4	1,0
UBS que dispensam psicotrópicos (N)	1.195	596	455	254	483	899	3.882
UBS que dispensam psicotrópicos (%)	33,7%	12,7%	7,4%	7,9%	11,9%	38,2%	16,1%
UBS com disponibilidade de medicamentos ≥80% (N)	784	569	647	405	693	774	3.868
UBS com disponibilidade de medicamentos ≥80% (%)	32,1%	17,2%	13,5%	15,2%	20,1%	36,5%	20,6%
% de UBS com farmacêutico (CNES)	32,4%	10,6%	6,6%	7,7%	12,2%	28,4%	14,4%
PMAQ 3 (unidades que aderiram)							
UBS que aderiram	4.152	5.840	7.595	3.978	4.804	2.570	2.8939
UBS que dispensam (N)	2.544	3.709	5.260	2.928	3.669	2.176	20.286
UBS que dispensam (%)	61,3%	63,5%	69,3%	73,6%	76,4%	84,7%	70,1%
UBS que dispensam / 10.000 habitantes	2,0	1,9	1,7	1,3	0,8	0,4	1,0
UBS que dispensam psicotrópicos (N)	263	492	522	265	964	1470	3.976
UBS que dispensam psicotrópicos (%)	6,3%	8,4%	6,9%	6,7%	20,1%	57,2%	13,7%
UBS com disponibilidade de medicamentos ≥80% (N)	1.096	983	1.226	717	1.090	883	6.005
UBS com disponibilidade de medicamentos ≥80% (%)	43,1%	26,5%	23,3%	24,5%	29,7%	40,6%	29,6%
% de UBS com farmacêutico (CNES)	31,7%	10,4%	6,8%	7,2%	14,1%	32,2%	14,7%

Fonte: elaboração própria.

*Estimativas populacionais divulgadas pelo IBGE para os anos de 2014 e 2017.

A proporção de UBS com disponibilidade de medicamentos maior ou igual a 80% também se mostrou maior nos dois extremos de porte populacional (≤ 10.000 e > 500.000 habitantes), em ambos os ciclos. Verificou-se um incremento de cerca de 10% na proporção de unidades que apresentavam disponibilidade de medicamentos maior que 80% (variando aproximadamente de 20,6% para 29,6%), entre os ciclos. A disponibilidade total de medicamentos-chave teve um aumento de 9,2% entre os dois ciclos (de 60,0% para 69,2%). Já a disponibilidade total de psicotrópicos reduziu de 84,5% (2014) para 49,9% (2017) (tabela 2).

No que se refere à presença do farmacêutico na UBS, não se observa variação importante entre os anos, sendo a média no Brasil de 14,4%, em 2014 e de 14,7% em 2017. Ao observar tal distribuição entre os estratos populacionais, identifica-se um baixo percentual de UBS (cerca de 7%) com farmacêutico nos estratos

centrais (20.000-100.000 habitantes), que aumenta (variando de 28,4 a 32,2%) à medida que se aproxima aos dois extremos (até 10.000 e mais que 500.000 habitantes), em ambos os ciclos.

Ao estratificar a disponibilidade total de medicamentos por grupo farmacológico e porte populacional (tabela 3), identifica-se os anti-infecciosos como os medicamentos com menor disponibilidade, tanto no 2º como no 3º ciclo (2,6 e 2,9%, respectivamente). Essa disponibilidade foi ainda menor em 2014, nas UBS de municípios com 50.000 a 100.000 habitantes (1,4%). No 2º ciclo, as maiores disponibilidades foram observadas para os psicotrópicos (84,5%), seguidos de analgésicos/antipiréticos (66,6%) e antianêmicos (61,5%). Já no 3º ciclo, analgésicos e antipiréticos (81,7%), seguidos dos antianêmicos (74,2%) e cardiológicos (62,3%) apresentaram as mais altas disponibilidades (tabela 3).

Tabela 3. Disponibilidade total de medicamentos segundo grupo farmacológico e disponibilidade média de medicamentos estratificados por estrato populacional de município, Brasil, 2014 e 2017

Disponibilidade total por grupo farmacológico	Estrato Populacional (milhares de habitantes)						Total (aderidos)	Presença do farmacêutico na UBS	OR (IC 95%)
	Até 10	10 - 20	20 - 50	50 - 100	100 - 500	+ de 500			
PMAQ 2º CICLO - 2014 (N=18.776)									
Grupo farmacológico	% UBS com disponibilidade total (em quantidade suficiente)								
Antianêmicos/vitaminas/sais minerais	62,3	62,2	58,7	58,7	64,6	64,0	61,5	70,5	1,6
Antiasmáticos	23,9	20,0	19,7	24,0	28,8	45,1	25,5	42,4	2,6
Contraceptivos/hormônios sexuais	37,5	30,4	30,3	37,7	44,9	61,9	38,5	55,7	2,3
Anti-hipertensivos	47,8	41,1	39,2	40,0	42,6	40,4	41,5	54,7	1,9
Antidiabéticos	43,4	26,3	21,0	24,2	33,4	49,5	30,8	54,6	3,4
Anti-infecciosos	3,9	3,2	2,2	1,4	1,6	4,3	2,6	5,7	3,0
Analgésicos/ antipiréticos	65,2	63,9	64,0	65,3	72,1	71,0	66,6	74,6	1,6
Cardiológicos	50,8	46,0	48,1	48,0	54,7	48,2	49,3	59,9	1,7
Psicotrópicos (N=3.882)	92,0	84,7	78,5	79,1	83,2	79,5	84,5	88,6	1,7
Disponibilidade percentual média de medicamentos-chave (PMAQ 2)	60,5	57,3	56,6	59,3	63,3	66,5	60,0	69,7	-

Tabela 3. (cont.)

Disponibilidade total por grupo farmacológico	Estrato Populacional (milhares de habitantes)						Total (aderidos)	Presença do farmacêutico na UBS	OR (IC 95%)
	Até 10	10 - 20	20 - 50	50 - 100	100 - 500	+ de 500			
PMAQ 3º CICLO - 2017 (N=20.286)									
Grupo farmacológico	% UBS com disponibilidade total (em quantidade suficiente)								
Antianêmicos/vitaminas/sais minerais*	75,7	73,1	74,3	75,1	73,1	74,5	74,2	79,7	1,5
Antiasmáticos	18,8	14,1	14,0	16,5	25,3	51,7	21,1	40,8	3,4
Contraceptivos/hormônios sexuais	64,3	59,2	60,8	63,6	63,3	59,5	61,6	65,2	1,2
Anti-hipertensivos	65,1	60,6	62,2	61,4	57,2	58,1	60,8	67,1	1,4
Antidiabéticos	58,4	39,9	35,9	37,7	43,7	61,0	43,8	61,9	2,4
Anti-infecciosos	4,0	3,2	2,5	2,8	1,7	3,9	2,9	5,5	2,5
Analgésicos/antipiréticos	84,3	81,6	81,3	83,0	79,5	81,8	81,7	87,2	1,6
Cardiológicos	64,5	59,5	62,5	62,6	61,7	64,7	62,3	69,8	1,5
Psicotrópicos (N=3.976)	63,9	49,0	41,6	52,1	39,6	57,0	49,9	73,7	4,5
Disponibilidade percentual média de medicamentos-chave (PMAQ3)	73,6	67,7	67,2	68,1	69,2	72,9	69,2	77,9	-

Fonte: elaboração própria.

*p-valor > 0,05 teste qui-quadrado. Para todos os demais grupos de medicamentos o p-valor < 0,05.

No tocante aos medicamentos para tratamento de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (Dant), os medicamentos anti-hipertensivos, antidiabéticos e cardiológicos apresentaram importante aumento na disponibilidade entre ciclos (variando de 41,5%, 30,8% e 49,3% para 60,8%, 43,8% e 62,3%, respectivamente) (tabela 3).

É possível notar importante variação na disponibilidade de antiasmáticos, contraceptivos e antidiabéticos no 2º ciclo, segundo o porte populacional, figurando da mesma forma no 3º ciclo, exceto para os contraceptivos, que se tornam igualmente distribuídos entre os diferentes portes populacionais (tabela 3).

É interessante observar que, nos dois ciclos, tanto para a média geral como para todos os grupos farmacológicos, a disponibilidade foi maior quando havia farmacêutico cadastrado na unidade. A disponibilidade média de medicamentos-chave, variou de 60,0% para

69,2%, entre o 2º e 3º ciclo, chegando a 69,7% e 77,9%, respectivamente, quando havia farmacêutico cadastrado na UBS. No 2º ciclo, a diferença chegou a quase 24% para os antidiabéticos (30,8%, a média geral, e 54,6%, a média quando havia farmacêutico cadastrado – OR: 3,4), sendo de cerca de 17% no grupo de contraceptivos e antiasmáticos (de 38,5% e 25,5%, chegou a 55,7% e 42,4% na presença do farmacêutico, respectivamente – OR: 2,3 e OR:2,6). No 3º ciclo, chama atenção o grupo de medicamentos psicotrópicos, que alcançou 73,7% quando havia farmacêutico cadastrado na UBS (cerca de 24% maior do que a média geral do grupo; OR: 4,5). Adicionalmente, destacam-se, em 2017, os grupos de antidiabéticos e antiasmáticos – que passaram de 43,8% e 21,1% para 61,9% e 40,8% (OR: 2,4 e 3,4, respectivamente) quando havia farmacêutico cadastrado na UBS (tabela 3 e tabela 4).

Tabela 4. Associação entre a presença do farmacêutico e aspectos estruturais da UBS que aderiram ao PMAQ 2 e 3 e disponibilidade de medicamentos. Brasil, 2014 e 2017

Indicadores	PMAQ-AB 2º CICLO - 2014					PMAQ-AB 3º CICLO - 2017			
	N de UBS com farmacêutico	Presença farmacêutico cadastrado na UBS - CNES			N de UBS com farmacêutico	Presença farmacêutico cadastrado na UBS - CNES			
		N (%)	OR ¹ (IC 95%)	ORaj ² (IC 95%)		N (%)	OR ¹ (IC 95%)	ORaj ² (IC 95%)	
Área de dispensação de medicamentos	2986	2767 (92,7%)	3,04 (2,63-3,51)	1,23 (1,09-1,38)	3548	3268 (92,1%)	4,59 (4,04-5,21)	2,02 (1,73-2,35)	
Área de fracionamento	2986	590 (19,8%)	1,35 (1,22-1,49)	1,06** (0,94-1,19)	3548	887 (25,0%)	1,08** (0,99-1,17)	1,40 (1,26-1,55)	
Sala de seguimento farmacoterapêutico	2986	528 (17,7%)	2,19 (1,96-2,44)	1,27 (1,12-1,44)	3548	960 (27,1%)	2,46 (2,25-2,68)	1,64 (1,47-1,82)	
UBS com sala de estocagem para medicamentos	2986	2070 (69,3%)	2,26 (2,08-2,46)	1,15 (1,05-1,26)	3548	2983 (84,1%)	2,03 (1,84-2,23)	1,29 (1,15-1,45)	
Os medicamentos estão armazenados e acondicionados adequadamente*?	2958	2501 (84,6%)	1,76 (1,58-1,96)	1,09** (0,98-1,21)	3469	3220 (92,8%)	1,61 (1,40-1,84)	1,11** (0,95-1,30)	
Existe computador na farmácia?	2986	2024 (67,8%)	8,49 (7,79-9,26)	4,07 (3,69-4,49)	3469	2883 (83,1%)	9,32 (8,48-10,25)	5,03 (4,55-5,57)	
UBS com geladeira para farmácia	2986	2003 (67,1%)	6,61 (6,07-7,19)	2,60 (2,36-2,87)	3548	2744 (77,3%)	6,17 (5,67-6,72)	2,71 (2,46-2,98)	
% UBS com Disponibilidade > 80%	2986	1377 (46,1%)	4,57 (4,20-4,98)	1,79 (1,62-1,97)	3548	1942 (54,7%)	3,79 (3,51-4,08)	1,86 (1,71-2,03)	

Fonte: elaboração própria.

*Local limpo sem presença de mofo, fresco e arejado, as caixas estão em prateleiras afastadas da parede e do chão.

¹Odds Ratio Bruto.

²Odds Ratio ajustado por regressão logística.

**p-valor > 0,05.

Considerando as que contavam com farmacêutico cadastrado, 92,7% das unidades no 2º ciclo, apresentavam área de dispensação de medicamentos – sem variação importante no 3º ciclo (92,1%). Já em relação às unidades que apresentavam medicamentos armazenados e acondicionados adequadamente e sala de estocagem para medicamentos, houve um aumento, entre os ciclos, de 84,6% para 92,8% e de 69,3% para 84,1%, respectivamente.

A chance ($p \geq 0,05$) de a disponibilidade de medicamentos ser maior que 80% foi de 4,57 vezes, em 2014, quando havia farmacêutico nas unidades (ORaj=1,79) e de 3,79 em 2017 (ORaj=1,86). Efeito semelhante foi observado para os demais indicadores, onde a presença do farmacêutico mostrou-se associada, por exemplo, à existência de computador (ORaj=

4,07, em 2014; ORaj =5,03, em 2017) e de geladeira na farmácia (ORaj= 2,60 – em 2014; ORaj= 2,71 - em 2017) (tabela 4). No entanto, a associação entre a presença de farmacêutico na UBS e o armazenamento e o acondicionamento adequados de medicamentos, nos dois ciclos, não se mostrou estatisticamente significativa ($\alpha=0,05$) quando realizada a regressão logística multivariada.

Discussão

Em termos gerais, observou-se tendência de centralização na dispensação de medicamentos ao longo do 2º e 3º ciclos, com destaque especial aos psicotrópicos. Por outro lado, houve melhora no perfil estrutural dos serviços

de farmácia das UBS e incremento tanto na disponibilidade média de medicamentos como no total de UBS com disponibilidade de medicamentos $\geq 80\%$. Estes avanços se mostraram ainda maiores na presença do farmacêutico cadastrado na UBS.

A centralização na dispensação de medicamentos observada no 3º ciclo foi ainda mais marcada do que nos ciclos anteriores, tanto no 2º ciclo, abordado neste trabalho, quanto no 1º ciclo, no qual encontrou-se 24,7% das UBS sem dispensação de medicamentos⁴.

Este fato traz consigo importante impacto potencial aos usuários, caso não se faça acompanhar de estratégias que garantam a acessibilidade geográfica e a interação da AF com as demais ações de saúde da APS. Na ausência desses cuidados, estará prejudicado o acesso do paciente ao cuidado integral, tal como preconizado pela APS¹⁵.

Diversos são os fatores que podem levar à concentração da dispensação de medicamentos em uma ou mais unidades de saúde específicas, ou até mesmo em local isolado (edificação própria). Aspectos normativos, acompanhados da baixa percepção dos gestores quanto ao papel do farmacêutico tanto na gestão adequada do medicamento como no processo de cuidado do usuário, podem ser importantes fatores limitadores para a efetivação da descentralização dos serviços de farmácia e de dispensação de medicamentos.

Em contrapartida, há de se considerar que, em alguns contextos, a centralização pode sim estar ligada à adequação do serviço e gestão racional dos medicamentos e insumos (e da própria AF), com melhoria da estrutura física para armazenamento, dispensação de medicamento⁴, garantia da disponibilidade de medicamentos e de profissional qualificado. Este é o caso, por exemplo, do Programa Rede Farmácia de Minas (RFM) onde foi aplicada a concentração da dispensação, conseguindo-se com isso auferir vantagens organizacionais¹⁶.

De fato, o Programa RFM, implementado em 2008 na rede pública de farmácias no estado de Minas Gerais, ademais de centralizar a oferta,

manteve o foco na concentração de investimentos para estruturação das unidades, capacitação dos profissionais farmacêuticos, otimização de seu sistema informatizado de gerenciamento da AF, garantia do abastecimento contínuo e regular de medicamentos e promoção do uso racional^{16,17}. Adicionalmente, Leite et al.¹⁵, identificaram um melhor perfil estrutural, com maior espaço físico, carga horária de atendimento ampliada e maior disponibilidade de profissionais, quando exclusivos para o serviço em modelos de farmácia isolada.

No que tange a oferta dos medicamentos psicotrópicos (sujeitos ao controle especial), essa centralização foi ainda mais pronunciada em relação aos demais medicamentos. Merece destaque o fato de o número de UBS com dispensação de psicotrópicos acompanhar o da presença de farmacêutico cadastrado na unidade, de acordo com o porte populacional. Isso se deve, possivelmente, aos requisitos regulatórios vigentes que, além de exigências quanto à área física segregada para armazenamento desses medicamentos, determinam que tais itens somente podem ser dispensados em unidades que possuam farmacêutico responsável técnico. Assim, a centralização poderia estar relacionada à pressão pela presença do farmacêutico realizada pelos Conselhos de Farmácia, visando cumprimento das normativas vigentes.

No entanto, foram identificados medicamentos sujeitos ao controle especial em unidades que não contavam com farmacêutico. Isso acende um alerta, uma vez que este requisito legal visa, entre outros aspectos, conter o uso indiscriminado e abusivo de medicamentos com alto risco de dependência. Destaca-se que esse aspecto poderia estar relacionado à presença de tais medicamentos em carrinhos de emergências, o que, ainda assim, é insuficiente para justificar a discrepância do comportamento desse indicador entre as unidades estudadas.

Em diagnóstico realizado pelo Conselho Regional de Farmácia do Rio de Janeiro (CRF-RJ) e pelas Secretarias Municipais de Saúde

do RJ (Conselhos Municipais de Secretarias de Saúde do Rio de Janeiro – Cosems-RJ), foi apontada a dificuldade de acesso a medicamentos na perspectiva do usuário, devido à centralização de sua dispensação em razão de multas do CRF-RJ. Por outro lado, sob a ótica da gestão municipal, apresenta-se a dificuldade/impedimento de novas contratações em razão do limite imposto pela Lei de Responsabilidade Fiscal, restringindo assim a possibilidade de ampliação do quadro de farmacêuticos nos municípios¹⁸.

Cabe destacar que o farmacêutico no âmbito da APS tem importante atuação tanto nas atividades técnico-gereciais para garantia do abastecimento regular, acondicionamento adequado e disponibilidade de medicamentos essenciais; bem como atividades clínicas, voltadas para o paciente, familiares e integração com a equipe multiprofissional, visando a promoção do uso apropriado de medicamentos, adesão medicamentosa e prevenção de problemas relacionados a medicamentos¹⁹⁻²². Nesse sentido, Lima et al.²³ apontaram que em unidades que contam com farmacêutico em período integral, os profissionais que realizam a dispensação apresentaram 1,82 mais chance de transmitir orientações sobre a forma de usar os medicamentos.

Ainda assim, observou-se, tanto em 2014 quanto em 2017, reduzido percentual de farmacêuticos atuando na APS, além de distribuição desigual por estrato populacional. Resultados similares foram encontrados também por Carvalho et al.¹⁰ quando avaliada a força de trabalho nas unidades de dispensação de medicamentos por regiões do País.

Em análise da AF nos 30 anos do SUS, Bermudez et al.²⁴ destacaram que, mesmo com todos os esforços realizados ao longo das últimas três décadas, ainda existem situações críticas no âmbito de recursos humanos da AF, como a concentração de farmacêuticos nas capitais e estruturas inadequadas dos serviços de farmácia e a falta de pessoal adequado.

Nossos achados, convergentes com estudos anteriores^{4,25}, evidenciaram deficiências nos aspectos estruturais, em especial a

infraestrutura. Este é um fato extremamente preocupante e que reflete diretamente no armazenamento adequado e, por conseguinte, na garantia da qualidade, segurança e eficácia dos medicamentos dispensados. É importante destacar que, por exemplo, as insulinas humanas, medicamentos imprescindíveis no manejo da diabetes tipo 1 e tipo 2 (insulinodependentes) e que devem estar disponíveis na APS, são termolábeis e exigem, para manutenção de suas propriedades farmacêuticas, armazenamento em refrigeração²⁵.

Apesar de não-satisfatórios de forma geral, os aspectos estruturais se mostraram consideravelmente melhores em unidades com farmacêuticos cadastrados, reforçando a importância de sua atuação nos serviços de farmácia (ORaj variando de 1,06 a 4,07).

Em relação à disponibilidade média de medicamentos, o resultado encontrado no 2º ciclo (60%) foi similar ao observado no 1º ciclo (58,5%)⁴ e na Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM) (62,5%)²⁶. Já o 3º ciclo mostrou importante melhora em relação aos ciclos anteriores (69,2%), ainda que inferior aos achados de países como Nicarágua (73,7%) e Honduras (79,2%)²⁷ e ao preconizado pela OMS na APS ($\geq 80\%$)²⁸.

Embora caiba destaque o incremento de quase 10 pontos percentuais (pp) (de 20,6 para 29,6%) no total de UBS com disponibilidade de medicamentos $\geq 80\%$, o Brasil ainda precisa avançar em estratégias para alcançar tal meta. Ressalta-se mais uma vez a influência positiva do farmacêutico, uma vez que na presença desse profissional o número de UBS com disponibilidade de medicamentos $\geq 80\%$ saltou de 20,6% para 46,1% em 2014 e de 29,6% para 54,7% em 2017.

As melhorias encontradas nos grupos de medicamentos para Dant, bem como os resultados da baixa disponibilidade de anti-infecciosos, vêm ao encontro dos dados apresentados na PNAUM²⁹. Segundo a pesquisa, foram encontradas maiores proporções de obtenção no SUS para medicamentos destinados a condições

crônicas, como hipertensão e diabetes, enquanto medicamentos para eventos agudos como infecções, dor e febre encontravam-se no grupo cuja obtenção prioritária se deu através de pagamento do próprio bolso²⁹. Entretanto, diferente dos resultados da PNAUM²⁹, nosso estudo mostrou alta disponibilidade de analgésicos/antipiréticos.

O aumento na disponibilidade de medicamentos, tanto em termos gerais, como para os medicamentos destinados às Dant, somado à melhoria no acompanhamento das condições crônicas e avanço na cobertura da ESF, podem estar associados à redução de internações por condições sensíveis à APS³⁰.

Se observam interessantes resultados quanto ao porte populacional. Em relação à disponibilidade média de medicamentos-chave (sem fitoterápicos), os resultados do 2º ciclo-2 foram similares aos encontrados por Mendes et al.⁴: maior disponibilidade nos estratos com mais de 100.000 e 500.000 habitantes⁴, o que pode ser justificado pela maior economia de escala em razão do porte populacional e à melhor eficiência dos grandes centros, frente aos municípios de pequeno porte³¹.

Entretanto, a despeito das dificuldades esperadas para municípios de pequeno porte, em razão de aspectos como a alta rotatividade de profissionais e baixa arrecadação tributária³¹, no 3º ciclo observou-se melhora importante da disponibilidade de medicamentos-chave em municípios com até 10.000 habitantes (passando de 59,9% no 1º ciclo para 73,6% no 3º ciclo). Talvez, a centralização na dispensação de medicamentos nesses municípios possa ter influenciado positivamente na concentração de esforços para garantia da disponibilidade desses. Ademais, este fato pode estar associado ainda aos incentivos financeiros federais destinados a municípios pobres ou extremamente pobres com menores densidades demográficas, como por exemplo o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (Qualifar-SUS), criado com o propósito de contribuir para o processo de aprimoramento, implementação e integração das atividades da AF nas redes de atenção à saúde³².

A capacidade arrecadatária dos municípios e seus respectivos gastos em saúde também podem estar refletidos nos resultados aqui encontrados. Araújo et al.³³ identificaram que municípios com até 20.000 habitantes apresentaram maiores gastos per capita para a maior parte dos componentes por eles estudados, inclusive em despesas com medicamentos; se aproximando à mediana de gastos de municípios com mais de 100.000 habitantes, que concentram uma rede de serviço mais especializada em saúde. Em consonância, Vieira e Zucchi³⁴ também observaram relação inversa entre o gasto per capita com medicamentos e a população do município. Dentre as hipóteses levantadas, os autores apontam que a mais plausível de fato seria aquela relacionada ao poder e escala de compras distintos³⁴.

No tocante à disponibilidade total de medicamentos por grupo farmacológico no 2º e 3º ciclos, similarmente ao 1º⁴ em alguns aspectos, observa-se uma maior disponibilidade de anti-hipertensivos em municípios com até 10.000 habitantes; enquanto os antidiabéticos e anti-infecciosos mantiveram maior disponibilidade nos extremos populacionais e menor nos estratos centrais, indo de encontro aos achados de Miclos, Calvo e Colussi³¹.

Salazar, Campos e Luiza³⁵ apontam um alto percentual de equipes de Saúde da Família (eSF) que desenvolvem ações de planejamento familiar (variando de 88,3% a 96,3%, do menor para o maior estrato populacional, respectivamente). No entanto, encontrou-se em nosso estudo que a disponibilidade de contraceptivos não acompanha essa oferta de serviços, podendo prejudicar a consolidação das estratégias traçadas. Observou-se importante melhora na disponibilidade de tal grupo de medicamentos no 3º ciclo, quando comparado ao 2º ciclo e ao 1º ciclo⁴. O estudo de Mattos et al.³⁶ apresenta o relato de um gestor municipal que aponta as dificuldades de abastecimento de contraceptivos ao longo de 2013, corroborando com nossos achados do 2º ciclo. Sabendo que se trata de medicamentos cuja aquisição é realizada pelo Ministério da Saúde, supõe-se

que a melhora na disponibilidade ao longo do 3º ciclo possa estar associada à melhora no processo de compras pelo referido órgão.

Considerações finais

O presente estudo apresentou algumas limitações, em especial pelo fato de o PMAQ-AB ter sido um programa de adesão voluntária. Dessa forma, embora tenha atingido uma ampla cobertura de municípios com equipes contratualizadas, respectivamente 93,5% e 95,6% em 2014 e em 2017, não cobriu todas as UBS do Brasil. Cabe ressaltar também a quantidade de perdas no preenchimento da variável do PMAQ-AB relacionada ao número de farmacêuticos na unidade (*quadro 1*), motivo pelo qual foi necessária a combinação com o CNES, que também possui inúmeras fragilidades, como a possibilidade de desatualização dos dados. Outras limitações identificadas foram o aspecto subjetivo no termo utilizado para a variável sobre a disponibilidade de medicamentos em quantidade suficiente, onde não foi encontrado critério explícito para o que seria considerado como quantidade suficiente; e o sorteio para avaliar a disponibilidade de alguns medicamentos, no 2º ciclo do PMAQ-AB, impossibilitando assim a análise de toda a lista de medicamentos e implicando também a desproporcionalidade entre a quantidade de medicamentos por grupo farmacológico, especialmente para o grupo dos psicotrópicos. A quebra no aspecto longitudinal da aferição sobre qual profissional faz a dispensação dos medicamentos na unidade, também foi uma importante limitação encontrada, uma vez que a variável estava presente apenas no 2º ciclo do PMAQ-AB. Destaca-se ainda que o instrumento não permitia diferenciar farmácias e dispensários, não havendo para esse último a exigência legal do farmacêutico.

Como fortalezas do estudo, temos sua abrangência nacional, a possibilidade de análise segundo o porte municipal e da combinação de diversas dimensões (disponibilidade, estrutura

de serviço e presença do farmacêutico).

Por meio da combinação dos dados do PMAQ-AB com os do CNES, foi possível trazer para o debate a relevância do farmacêutico como componente das equipes de saúde que atuam na APS no SUS. A presença deste profissional nas unidades de saúde potencializa tanto a disponibilidade de medicamentos como também propicia o atendimento de questões estruturais favoráveis dos serviços de farmácia da APS. Entretanto, ainda é necessário evidenciar melhor no nível nacional a inserção do farmacêutico no processo de cuidado e sua associação com resultados em saúde.

É importante transcender a lógica de se garantir a presença do farmacêutico como mero requisito legal destituído de sentido prático, direcionado os esforços no sentido de contribuir para resultados em saúde para indivíduos, famílias e comunidade. É fundamental promover a inserção do farmacêutico como parte integrante da equipe de saúde. Defende-se que o papel do farmacêutico na APS extrapole os muros do serviço, envolvendo-se em atividades como o apoio matricial à equipe, ações na comunidade e visitas domiciliares²¹. Tais aspectos não são contemplados pela legislação que prevê ações apenas no espaço físico da farmácia. A obtenção de tais avanços requer a ampliação da discussão envolvendo atores como as instâncias gestoras do SUS, órgãos de classe e sociedade.

Por fim, cabe ressaltar o importante papel do PMAQ-AB para a utilização de inúmeros indicadores no âmbito da APS. A lamentável descontinuidade do programa em 2019, sem uma proposta substitutiva equivalente, interrompeu a possibilidade de análises longitudinais futuras, com indicadores de abrangência nacional que abordavam tanto aspectos da gestão como do cuidado em saúde na APS.

Agradecimentos

Agradecemos o Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde Pública da Escola

Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (PPG-SP/ENSP) pelo apoio à publicação e à tradução do presente artigo.

Colaboradores

Peixoto RT (0000-0002-9362-3770)* e Campos MR (0000-0002-7443-5977)* contribuíram

para concepção, cálculos, análise dos dados, escrita e aprovação final da versão a ser publicada. Luiza VL (0000-0001-6245-7522)* contribuiu para concepção, análise dos dados, participação na redação do artigo e aprovação do texto final. Mendes LV (0000-0002-9027-0287)* contribuiu para análise dos dados e revisão do texto final. ■

Referências

1. Campos RTO, Ferrer AL, Gama CAP, et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saúde debate*. [acesso em 2019 nov 12]; 38(esp):252-264. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/JC63pCCBWxw8kfdRKTqfsgH/abstract/?lang=pt>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 22 Set 2017.
3. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev. Panam. Salud Pública*. 2007 [acesso em 2019 nov 12]; (21):164-176. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/9334>.
4. Mendes LV, Campos MR, Chaves GC, et al. Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. *Saúde debate*. 2014 [acesso em 2019 nov 12]; 38(esp):109-123. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/n4Nwv8hcvy7MLNsXTFDC8hr/abstract/?lang=pt#>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. *Diário Oficial da União*. 25 Jan 2008.
6. Barberato LC, Scherer MDA, Lacourt RMC. O farmacêutico na atenção primária no Brasil: uma inserção em construção. *Ciênc. Saúde Colet*. 2018 [acesso em 2019 nov 12]; (24):3717-3726. Disponível em: <https://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/o-farmacutico-na-atencao-primaria-no-brasil-uma-insercao-em-construcao/16679?id=16679#:~:text=H%C3%A1%20predom%C3%ADnio%20do%20isolamento%20>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- [do,e%20normativas%20no%20cen%C3%A1rio%20nacional.](#)
7. Araújo PS, Costa EA, Guerra Junior AA, et al. Pharmaceutical care in Brazil's primary health care. *Rev. Saúde Pública.* 2017 [acesso em 2020 set 24]; 51(supl2):6s. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/139748>.
 8. Brasil. Lei nº 13.021, de 08 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. *Diário Oficial da União – Edição Extra.* 11 Ago 2014.
 9. Brasil. Lei nº 5991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos, e dá outras Providências. *Diário Oficial da União.* 19 Dez 1973.
 10. Carvalho MN, Álvares J, Costa KS, et al. Workforce in the pharmaceutical services of the primary health care of SUS, Brazil. *Rev. Saúde Pública.* 2017 [acesso em 2019 nov 12]; 51(supl2):16s. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/139750>.
 11. Melo DO, Castro LLC. A contribuição do farmacêutico para a promoção do acesso e uso racional de medicamentos essenciais no SUS. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017 [acesso em 2019 nov 12]; (22):235-244. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/a-contribuicao-do-farmacutico-para-a-promocao-do-acesso-e-uso-racional-de-medicamentos-essenciais-no-sus/15351>.
 12. Peixoto RT. Influência do Farmacêutico nos Serviços de Farmácia da Atenção Primária à Saúde no Brasil: análise comparativa entre ciclos do PMAQ-AB (2014-2017). Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2021.
 13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Panorama das cidades. [acesso em 2021 abr 1]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/panorama>.
 14. World Health Organization. WHO Medicines Strategy 2008-2013. [acesso em 2020 dez 7]. Disponível em: https://www.who.int/medicines/publications/Medicines_Strategy_draft08-13.pdf.
 15. Leite SN, Bernardo NLM C, Álvares J, et al. Medicine dispensing service in primary health care of SUS. *Rev. Saúde Pública.* 2017 [acesso em 2020 nov 16]; 51(supl2):11s. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/139757>.
 16. Faleiros DR, Silva GD. Gestão Racional da Assistência Farmacêutica: Farmácia de Minas. In: *Assistência Farmacêutica: Gestão e prática para profissionais da saúde.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014.
 17. Pereira VOM, Acurcio FA, Guerra Júnior AA, et al. Perfil de utilização de medicamentos por indivíduos com hipertensão arterial e diabetes mellitus em municípios da Rede Farmácia de Minas. *Cad. Saúde Pública.* 2012 [acesso em 2020 nov 16]; 28:1546-1558. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/rRH-h6dm4ydk8d5hpqXqRmmg/abstract/?lang=pt>.
 18. Conselho Regional de Farmácia do Estado do Rio de Janeiro; Conselhos Municipais de Secretarias de Saúde do Rio de Janeiro. Relatório Final dos Seminários Regionais de Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: CRF-RJ; Cosems-RJ; 2020.
 19. Federación Internacional Farmacéutica; Organización Mundial de la Salud. Directrices conjuntas FIP/OMS sobre Buenas Prácticas en Farmacia: Estándares para la calidad de los servicios farmacéuticos. La Haya, Holanda: FIP; 2011.
 20. Organización Panamericana de la Salud. Propuesta de Plan Básico de Educación Farmacéutica y Competencias del Farmacéutico para la Práctica Profesional. Washington, DC: OPS; 2017.
 21. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. *Gestão do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica.* 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019.
 22. Organización Panamericana de la Salud. *Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de*

- salud. Documento de posición de la OPS/OMS. Washington, DC: OPS; 2013.
23. Lima MG, Álvares J, Guerra Junior AA, et al. Indicators related to the rational use of medicines and its associated factors. *Rev. saúde pública.* 2017 [acesso em 2020 nov 16]; 51(supl2):23s. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/139771>.
 24. 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 2019 nov 12]; (23):1937-1949. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/assistencia-farmacutica-nos-30-anos-do-sus-na-perspectiva-da-integralidade/16732>.
 25. Leite SN, Manzini F, Álvares J, et al. Infrastructure of pharmacies of the primary health care in the Brazilian Unified Health System: Analysis of PNAUM – Services data. *Rev. saúde pública.* 2017 [acesso em 2020 nov 16]; 51(supl2):13s. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/139755>.
 26. Nascimento RCRM, Álvares J, Guerra Junior AA, et al. Availability of essential medicines in primary health care of the Brazilian Unified Health System. *Rev. saúde pública.* 2017 [acesso em 2020 nov 16]; 51(supl2):10s. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/139736>.
 27. Emmerick ICM, Luiza VL, Camacho LAB, et al. Access to medicines for acute illness in middle income countries in Central America. *Rev. saúde pública.* 2013 [acesso em 2020 nov 16]; (47):1069-1079. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rsp/2013.v47n6/1069-1079/en/>.
 28. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2014: Attaining the nine global noncommunicable diseases targets; a shared responsibility. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2014.
 29. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. PNAUM - Pesquisa Nacional sobre o Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil. Componente populacional: Resultados. Brasília, DF: MS; 2016.
 30. Pinto LF, Giovanella L, Pinto LF, et al. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciênc. Saúde Colet.* 2018 [acesso em 2020 nov 16]; (23):1903-1914. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/do-programa-a-estrategia-saude-da-familia-expansao-do-acesso-e-reducao-das-internacoes-por-condicoes-sensiveis-a-atencao-basica-icsab/16697>.
 31. Miclos PV, Calvo MCM, Colussi CF. Evaluation of the performance of actions and outcomes in primary health care. *Rev. saúde pública.* 2017 [acesso em 2020 nov 16]; (51):86. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/138344>.
 32. Costa KS, Tavares NUL, Nascimento Júnior JM, et al. Assistência farmacêutica na atenção primária: a pactuação interfederativa no desenvolvimento das políticas farmacêuticas no Sistema Único de Saúde (SUS). *Rev. saúde pública.* 2017 [acesso em 2020 nov 16]; (51):2s. Disponível em: <http://www.rsp.fsp.usp.br/artigo/assistencia-farmacutica-na-atencao-primaria-a-pactuacao-interfederativa-no-desenvolvimento-das-politicas-farmacuticas-no-sistema-unico-de-saude-sus/>.
 33. Araújo CEL, Gonçalves GQ, Machado JA. Os municípios brasileiros e os gastos próprios com saúde: algumas associações. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017 [acesso em 2020 nov 16]; (22):953-963. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/os-municipios-brasileiros-e-os-gastos-proprios-com-saude-algumas-associacoes/15858>.
 34. Vieira FS, Zucchi P. Aplicações diretas para aquisição de medicamentos no Sistema Único de Saúde. *Rev. saúde pública.* 2011 [acesso em 2020 nov 16]; (45):906-913. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rsp/a/Zs_mvWsnCFvKr8gDfb44Y5kK/?lang=pt.
 35. Salazar BA, Campos MR, Luiza VL. A Carteira de Serviços de Saúde do Município do Rio de Janeiro

e as ações em saúde na Atenção Primária no Brasil. Ciênc. Saúde Colet. 2017 [acesso em 2021 fev 27]; (22):783-796. Disponível em: <http://www.cienciae-saudecoletiva.com.br/artigos/a-carteira-de-servicos-de-saude-do-municipio-do-rio-de-janeiro-e-as-acoes-em-saude-na-atencao-primaria-no-brasil/16038>.

36. Mattos L, Silva R, Chaves G, et al. Assistência farmacêutica na atenção básica e Programa Farmácia Popular: a visão de gestores de esferas subnacionais

do Sistema Único de Saúde. Saúde Soc. 2019 [acesso em 2021 fev 27]; (28):287-298. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/rFhswFTjTgG694bpSTbw4Gb/?lang=pt>.

Recebido em 25/07/2021

Aprovado em 23/12/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Desigualdades macrorregionais na atenção primária ao Diabetes Mellitus: comparação dos três ciclos do PMAQ-AB

Diabetes Mellitus macro-regional inequalities in PHC: comparing the three PMAQ-AB cycles

Clarissa Galvão da Silva Lopes¹, Thiago Augusto Hernandes Rocha², Érika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz³, Aline Sampieri Tonello³, Núbia Cristina da Silva Rocha², Karlinne Maria Martins Duarte³, Rejane Christine de Sousa Queiroz³

DOI: 10.1590/0103-1104202213309

RESUMO O objetivo do estudo foi identificar desigualdades macrorregionais relacionadas à estrutura e ao processo de trabalho para o atendimento do Diabetes Mellitus (DM) na Atenção Primária à Saúde (APS) ao longo dos três ciclos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) no Brasil. Trata-se de um estudo ecológico, longitudinal, de abrangência nacional, com dados secundários dos três ciclos do PMAQ-AB. Os dados foram comparados entre as macrorregiões brasileiras utilizando o teste t com a correção de Bonferroni. As regiões Norte e Nordeste apresentaram os menores percentuais de adequação nos itens de estrutura: dependências da unidade (<74%), acessibilidade ao cadeirante (<63%), horário especial de funcionamento (<16%), equipe ampliada (<12%) e insumos (<89%) em todos os ciclos do PMAQ-AB, quando comparadas às demais regiões. Já os itens relacionados ao processo de trabalho apresentaram pouca variação entre as regiões, e os que apresentaram percentuais médios $\leq 75\%$ de adequação foram: agenda especializada (41%, 33%, 41%), apoio matricial (58%, 72%, 70%), oferta e resolubilidade de ações (62%, 64%, 75%) e educação permanente (35%, 42%, 58%). Ainda existe a necessidade de investimentos na estrutura e em melhorias no processo de trabalho das equipes, principalmente nas macrorregiões Norte e Nordeste.

PALAVRAS-CHAVE Diabetes Mellitus. Avaliação em saúde. Estrutura dos serviços. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT *This study aimed to identify macro-regional structure and work process inequalities for Diabetes Mellitus (DM) treatment in Primary Health Care (PHC) throughout the three cycles of the National Program for Access and Quality Improvement of Primary Care (PMAQ-AB) in Brazil. This ecological, longitudinal, nationwide study employed secondary data from the three PMAQ-AB cycles. The data were compared between the Brazilian macro-regions using the t-test with Bonferroni correction. The North and Northeast had the lowest percentages of adequacy in the structure items: unit premises (<74%), wheelchair user accessibility (<63%), special opening hours (<16%), expanded teams (<12%), and supplies (<89%) in all PMAQ-AB cycles when compared to other regions. The items related to the work process barely varied between regions, and those with mean adequacy percentages $\leq 75\%$ were specialized agenda (41%, 33%, 41%), matrix support (58%, 72%, 70%), offer and resolution of actions (62%, 64%, 75%) and continuing education (35%, 42%, 58%). Investments are still required in the structure and improvement in the teams' work process, especially in the North and Northeast macro-regions.*

KEYWORDS *Diabetes Mellitus. Health evaluation. Structure of services. Primary Health Care.*

¹Universidade Federal do Maranhão (UFMA) – São Luís (MA), Brasil.
lissa_galvao@hotmail.com

²Methods Analytics and Technology for Health (Math Consortium) – Belo Horizonte (MG), Brasil.

³Universidade Federal do Maranhão (UFMA) – São Luís (MA), Brasil.



Introdução

O Diabetes Mellitus (DM) é considerado um grave problema de saúde pública. A sua prevalência tem aumentado devido a uma combinação de vários fatores, entre eles, a mudança no estilo de vida, com predominância de dietas hipercalóricas, e o processo de envelhecimento acelerado da população, principalmente nos países em desenvolvimento¹. O aumento da morbidade e a elevação das taxas de mortalidade relacionados ao DM fizeram com que essa Doença Crônica Não Transmissível (DCNT) fosse incluída como um dos eixos prioritários na Atenção Primária à Saúde (APS)².

A APS exerce um papel fundamental na prevenção das complicações agudas e crônicas ocasionadas pela doença e na diminuição do número de hospitalizações e óbitos². Dessa forma, o Sistema Único de Saúde (SUS) deve priorizar políticas e diretrizes voltadas para o cuidado e o controle da doença, levando em consideração as características regionais do País e as necessidades de saúde de suas populações³. Nesse contexto, a organização brasileira em regiões e em redes de saúde ganhou destaque frente à complexidade na prestação de serviços de saúde, tendo em vista as desigualdades regionais e sociais, as competências federal, estadual e municipal e, ainda, a participação de setores privados e não governamentais na elaboração e entrega dos serviços para a sociedade⁴.

Assim, a avaliação dos serviços de saúde se torna imprescindível para o monitoramento e a organização das políticas de saúde. Nesse contexto, o Ministério da Saúde implantou, em 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), a fim de monitorar e avaliar os resultados alcançados pela APS no território brasileiro, com o objetivo de melhorar o acesso e a qualidade desses serviços⁵. Até o momento, já foram realizados 3 ciclos do programa. O 1º ciclo em 2011/12, o 2º ciclo em 2013/14 e o 3º ciclo em 2015/17.

Estudos utilizando os dados do PMAQ-AB vêm sendo desenvolvidos com temas como o

rastreamento do câncer de colo uterino⁶, a qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde⁷ e relativos à organização do cuidado em saúde para as condições crônicas, tais como diabetes, hipertensão, tuberculose e hanseníase⁸. Especificamente com relação ao DM, destacam-se o estudo de Neves et al.⁹, que descreveu a estrutura necessária às pessoas com DM atendidas na APS com dados dos dois primeiros ciclos do PMAQ-AB, e o de Tomasi et al.¹⁰, que buscou descrever a adequação da estrutura da APS e do processo de trabalho, bem como aspectos do cuidado percebidos pelos usuários com DM. Com relação ao 3º ciclo do PMAQ-AB, ainda não foi conduzido nenhum estudo com os dados referentes à avaliação da estrutura e do processo de trabalho voltados para o enfrentamento do DM dentro da APS.

Sabendo que o custeio da APS foi modificado pela Portaria nº 2.979/2019¹¹ e que a Emenda Constitucional (EC) 95/2016¹² diminuiu o financiamento da saúde, as desigualdades regionais na saúde podem se tornar ainda mais evidentes. As regiões Norte e Nordeste são as mais afetadas no atendimento da APS, dadas as fortes desigualdades regionais nas condições de vida e de oferta de serviços de saúde, como a elevada concentração de profissionais e de ações de saúde nos espaços urbanos; insuficiência de recursos, barreiras geográficas e dificuldade de integração entre os serviços^{3,13}.

Nesse contexto, reconhecendo que o território brasileiro possui profundas desigualdades regionais decorrentes de heranças históricas, de estrutura política e econômica³, faz-se necessária a condução de estudos longitudinais e de abrangência nacional que possibilitem a análise da evolução da situação da APS no atendimento ao portador de DM nas macrorregiões geopolíticas do Brasil. Dessa forma, o presente estudo teve como objetivo identificar as desigualdades macrorregionais relacionadas à estrutura e ao processo de trabalho para o atendimento do DM na APS ao longo dos três ciclos do PMAQ-AB no Brasil.

Material e métodos

Trata-se de um estudo ecológico, longitudinal, de abrangência nacional, baseado em dados secundários da avaliação externa dos três ciclos do PMAQ-AB (2012, 2014 e 2017)¹⁴ relacionados à estrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e ao processo de trabalho das equipes de Atenção Básica (eAB). Os dados foram adquiridos no banco de dados do Ministério da Saúde, com os microdados de cada ciclo avaliativo, disponíveis gratuitamente em meio eletrônico no endereço: <http://aps.saude.gov.br/ape/pmaq>.

Este estudo fez parte da pesquisa 'Avaliação externa e censo das Unidades Básicas de Saúde – PMAQ-AB', realizada pelo Ministério da Saúde sob coordenação dos seguintes consórcios institucionais: Universidade Federal da Bahia (UFBA), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Universidade Federal do Piauí (UFPI), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e Universidade Federal de Sergipe (UFS).

Os dados utilizados foram referentes aos dois módulos da avaliação externa do

PMAQ-AB: o módulo I, com dados sobre a estrutura das UBS, e o módulo II, relacionado ao processo de trabalho das eAB. As informações foram coletadas por entrevistadores treinados através de entrevista, com auxílio de *tablets* para o armazenamento dos dados, em visita à UBS, acompanhados por um profissional da eAB para observação *in loco* da existência de vários itens na UBS. As questões relativas ao processo de trabalho foram respondidas por um profissional das equipes que aderiram ao PMAQ-AB¹⁴.

No 1º Ciclo, a avaliação externa ocorreu no período de maio de 2012 a abril de 2013, com dados obtidos de 13.919 UBS e 17.202 eAB. O 2º Ciclo aconteceu no período de dezembro de 2013 a março de 2014, com dados de 24.055 UBS e de 29.778 eAB. E, por fim, o 3º Ciclo, que se deu no período de maio a setembro de 2018, com 38.865 eAB distribuídas em 30.346 UBS.

Para o presente estudo, as variáveis foram selecionadas em razão de suas relações com o atendimento às pessoas com DM coletadas nos três ciclos avaliativos. Posteriormente, foi realizada a agregação de variáveis para a construção de cada indicador, sumarizado no *quadro 1*, referente à estrutura da UBS e ao processo de trabalho das eAB.

Quadro 1. Variáveis de estrutura da UBS e de processo de trabalho das eAB para o atendimento ao DM na APS

Indicador (%)	Descrição
Dependências da unidade	Proporção das UBS que apresentaram consultório clínico, consultório odontológico, sala de curativo, farmácia, sala de estocagem de medicamentos, sala de esterilização e estocagem de material esterilizado, sala de lavagem/descontaminação, sala de procedimento, sala de reunião e atividades educativas.
Acessibilidade cadeirante	Proporção das UBS que apresentaram cadeira de rodas e condições estruturais disponíveis para deslocamento do usuário.
Sinalização das ações e dos serviços	Proporção das UBS que apresentaram a divulgação e a sinalização das ações e dos serviços na unidade.
Dias de funcionamento	Proporção das UBS com funcionamento em, pelo menos, 5 dias da semana.
Horário especial	Proporção das UBS com funcionamento em horário especial (finais de semana e almoço).
Hora de funcionamento	Proporção das UBS com atendimento de 8 horas por dia ou mais.

Quadro 1. (cont.)

Indicador (%)	Descrição
Equipamentos e materiais	Proporção das UBS que apresentaram as seguintes variáveis para o atendimento do DM disponíveis: antropômetro, aparelho de pressão adulto, autoclave, balança antropométrica de 150 kg, balança antropométrica de 200 kg, régua antropométrica, estetoscópio adulto, geladeira para farmácia, glicosímetro, oftalmoscópio e kit de monofilamentos para teste de sensibilidade (estesiômetro).
Insumos	Proporção das UBS que apresentaram as seguintes variáveis para o atendimento do DM disponíveis: agulhas descartáveis de diversos tamanhos, ataduras, fita métrica, EPI – luvas, óculos, máscaras, aventais, tocas, equipo de soro macrogotas e microgotas, esparadrapo/fita micropore e outras, gazes, tiras reagentes de medida de glicemia capilar; seringas descartáveis de diversos tamanhos, seringas descartáveis com agulha acoplada e recipientes duros para descarte de perfurocortantes.
Existência de ACS	Proporção das UBS que apresentaram a existência de, pelo menos, um Agente Comunitário de Saúde (ACS) na equipe.
Equipe ampliada	Proporção das UBS que apresentaram os seguintes profissionais que não fazem parte da equipe mínima disponíveis: médico especialista, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, assistente social, farmacêutico, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, profissional de educação física e outro(s) profissionais de nível superior.
Planejamento da equipe	Percentual médio das UBS que possuem equipes que realizam planejamento das atividades.
Apoio institucional	Percentual médio das UBS que possuem equipes que recebem apoio institucional.
Apoio matricial	Percentual médio das UBS que possuem equipes que recebem apoio matricial.
Organização dos prontuários	Percentual médio das UBS que organizam os prontuários dos usuários da equipe por núcleos familiares e em fichas em papel ou prontuário eletrônico.
Atendimento de urgência	Percentual médio das UBS em que as equipes implantaram atendimento de urgência.
Agenda especializada	Percentual médio das UBS que possuem equipes em que, quando um usuário necessita ser encaminhado para consulta especializada, a consulta é marcada pela unidade de saúde e informada na hora para o usuário; a consulta é marcada pela unidade de saúde, e a data posteriormente informada ao usuário; a consulta é marcada pelo próprio usuário junto à central de marcação de consultas especializadas; o usuário recebe uma ficha de encaminhamento/referência e deve dirigir-se a um serviço indicado pela sua equipe; e o usuário recebe uma ficha de encaminhamento/referência, mas não tem um serviço ou um profissional determinado.
Oferta e resolubilidade de ações	Percentual médio das UBS que possuem equipes que coletam exames na unidade, como exames de sangue e de urina, e realizam sutura de ferimentos, curativos, medicações injetáveis intramusculares e medicações injetáveis endovenosas.
Atenção à pessoa com DM	Percentual médio das UBS que possuem equipes que agendam as consultas para pessoas com DM, que possuem alguma ficha de cadastro ou acompanhamento dessas pessoas, que utilizam protocolos para estratificação de risco dos usuários com diabetes, além de possuírem o registro e programarem consultas e exames de pessoas com DM, como exame do pé diabético e exame de fundo de olho.
Ações educativas	Percentual médio das UBS que possuem equipes que realizam atividades educativas, voltadas à promoção da saúde e ações de apoio ao autocuidado.
Educação permanente	Percentual médio das UBS que possuem equipes que participam de ações de educação permanente organizadas pela gestão municipal, cursos presenciais, Telessaúde, Rute – Rede Universitária de Telemedicina, Unasus, troca de experiência, tutoria/preceptorial e outro(s), além de contemplarem as demandas e necessidades da equipe.

Fonte: elaboração própria.

A unidade de análise foi a UBS. Para aquelas que possuíam mais de uma equipe, foi utilizada a média percentual das variáveis do processo de trabalho de todas as equipes. Para a análise estatística dos dados, foi utilizado o *software* IBM SPSS Statistics 21. Na análise, foram agregados os indicadores de estrutura e processo de trabalho de cada ciclo, para o nível da UBS, a partir do código do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES). Em seguida, realizou-se o empilhamento dos dados dos três ciclos em um único banco de dados, para o nível da unidade da federação, e foram apresentadas as médias e os Desvios-Padrão (DP) por macrorregiões geográficas do País.

Para as comparações das médias entre as macrorregiões, ao longo dos três ciclos, utilizou-se o teste t com a correção de Bonferroni, com nível de significância de 5%. Na interpretação das tabelas, as diferenças entre as proporções entre as macrorregiões brasileiras Norte (N), Nordeste (NE), Centro-Oeste (CO), Sudeste (SE) e Sul (S) foram apresentadas através do uso de diferentes letras alfabéticas sobrescritas por linhas, logo após cada média. Assim, letras iguais indicam a ausência de diferença estatisticamente relevante entre as médias das macrorregiões geográficas, e letras diferentes indicam diferenças estatisticamente significantes entre elas¹⁵.

Para a elaboração do material cartográfico, utilizou-se o *software* Quantum Gis versão 3.10, disponibilizado de forma gratuita pelos seus servidores. A distribuição espacial dos dados foi realizada a partir da classificação de adaptação de Hartz¹⁶, categorizada em:

adequada, quando verificada a presença de 80 a 100% dos itens na UBS; parcialmente adequada (60 a 79% dos itens); pouco adequada (40 a 59% dos itens); e inadequada (menos de 40% dos itens). As macrorregiões brasileiras foram apresentadas segundo as variáveis de estrutura da UBS e de processo de trabalho das eAB em cada um dos ciclos do PMAQ-AB.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pelotas sob o parecer número 38/12, em 10 de maio de 2012, e seguiu integralmente os preceitos éticos preconizados pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

Dos dez itens analisados referentes à estrutura da UBS, os indicadores sobre a oferta de horário especial e equipe ampliada apresentaram os menores percentuais de adequação nos três ciclos do PMAQ-AB, e em todas as macrorregiões.

Observou-se que 50% das UBS do Brasil encontravam-se com dependências adequadas no 1º ciclo, sendo as menores proporções nas regiões Norte (38%) e Nordeste (42%), enquanto as regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste apresentaram-se estatisticamente semelhantes (55%, 54%, 54%, respectivamente). No 2º ciclo, as UBS brasileiras alcançaram 75% de adequação, destacando-se a macrorregião Sul (82%), que também se manteve no 3º ciclo, com maior percentual de adequação (72%) entre as macrorregiões (*tabela 1*).

Tabela 1. Média (%) e Desvio-Padrão (DP) das variáveis de estrutura das UBS para o atendimento ao DM, agregadas por macrorregião. Brasil, 2012, 2014 e 2017

Variáveis	N	Ne	S	Se	CO	BR
	X (DP)	X (DP)	X (DP)	X (DP)	X (DP)	X (DP)
PMAQ-AB 2012						
Dependências da unidade	38 ^a (23)	42 ^b (21)	55 ^c (24)	54 ^c (25)	54 ^c (26)	50(25)
Acessibilidade cadeirante	18 ^a (25)	22 ^b (27)	43 ^d (34)	40 ^c (34)	31 ^e (31)	34(33)
Sinalização das ações e dos serviços	29 ^a (35)	41 ^b (39)	43 ^b (39)	43 ^b (40)	31 ^a (37)	41(39)
Dias de funcionamento	99 ^a (07)	89 ^b (31)	93 ^d (26)	97 ^c (18)	95 ^{c,d} (21)	95(22)
Horário especial	23 ^a (42)	12 ^b (33)	15 ^{b,d} (35)	33 ^c (47)	17 ^d (38)	24(43)
Hora de funcionamento	62 ^a (34)	52 ^b (34)	58 ^d (33)	82 ^c (29)	63 ^a (31)	69(34)
Equipamentos e materiais	40 ^a (18)	41 ^a (18)	46 ^b (15)	45 ^b (15)	46 ^b (17)	44(16)
Insumos	83 ^a (22)	84 ^a (25)	92 ^b (18)	92 ^b (18)	90 ^c (21)	90(20)
Existência de ACS	84 ^a (36)	88 ^b (32)	76 ^c (43)	75 ^c (43)	87 ^{a,b} (33)	79(40)
Equipe ampliada	12 ^a (23)	10 ^a (23)	31 ^c (32)	29 ^b (31)	23 ^d (32)	23(30)
PMAQ-AB 2014						
Dependências da unidade	69 ^a (20)	74 ^{b,d} (18)	82 ^c (16)	73 ^b (18)	75 ^d (17)	75(18)
Acessibilidade cadeirante	41 ^a (38)	46 ^b (39)	71 ^d (35)	60 ^c (39)	52 ^e (39)	54(39)
Sinalização das ações e dos serviços	55 ^a (37)	69 ^b (34)	71 ^c (36)	73 ^c (34)	58 ^a (39)	69(35)
Dias de funcionamento	99 ^a (06)	98 ^b (09)	99 ^a (06)	99 ^a (06)	99 ^a (06)	99(07)
Horário especial	15 ^a (19)	10 ^b (14)	12 ^d (19)	23 ^c (16)	11 ^b (17)	15(17)
Hora de funcionamento	73 ^a (26)	66 ^b (24)	66 ^b (24)	89 ^c (21)	65 ^b (24)	73(26)
Equipamentos e materiais	62 ^a (13)	63 ^b (11)	70 ^c (11)	70 ^c (13)	68 ^d (12)	67(12)
Insumos	84 ^a (20)	89 ^b (16)	95 ^d (10)	91 ^c (14)	90 ^{b,c} (15)	90(15)
Existência de ACS	99 ^{a,b} (11)	99 ^a (09)	99 ^{a,b} (11)	98 ^b (12)	99 ^{a,b} (09)	99(11)
Equipe ampliada	08 ^a (17)	07 ^a (18)	21 ^c (25)	24 ^b (27)	08 ^a (18)	14(24)
PMAQ-AB 2017						
Dependências da unidade	68 ^a (11)	70 ^b (11)	72 ^c (11)	68 ^a (12)	68 ^a (11)	69(11)
Acessibilidade cadeirante	53 ^a (37)	63 ^b (36)	81 ^d (29)	71 ^c (34)	72 ^c (34)	68(35)
Sinalização das ações e dos serviços	72 ^a (34)	87 ^b (24)	83 ^d (28)	85 ^c (25)	81 ^e (31)	84(27)
Dias de funcionamento	100 ^{a,b} (04)	99 ^a (05)	99 ^{a,b} (06)	100 ^b (05)	99 ^a (06)	99(05)
Horário especial	16 ^a (19)	13 ^b (17)	11 ^d (17)	25 ^c (17)	09 ^e (17)	16(18)
Hora de funcionamento	95 ^a (23)	98(15)	99 ^c (11)	99 ^c (10)	97 ^b (17)	98(14)
Equipamentos e materiais	70 ^a (12)	72 ^b (12)	81 ^d (12)	78 ^c (12)	77 ^e (13)	75(13)
Insumos	79 ^a (14)	83 ^b (11)	84 ^c (09)	84 ^{b,c} (12)	86 ^d (11)	84(12)
Existência de ACS	98 ^a (12)	97 ^{b,c} (15)	97 ^b (16)	98 ^a (13)	98 ^{a,c} (13)	98(14)
Equipe ampliada	04 ^{a,d} (11)	04 ^a (11)	14 ^b (20)	12 ^c (18)	05 ^d (13)	08(16)

Fonte: elaboração própria.

N (Norte); NE (Nordeste); SE (Sudeste); S (Sul); CO (Centro-Oeste); BRA (Brasil); X (Percentual Médio); DP (Desvio-Padrão).

Notas: Somente equipes com processo de trabalho avaliado no PMAQ-AB.

Os testes são ajustados para todas as comparações entre as regiões de cada ciclo, com o uso da correção Bonferroni.

Quando as letras sobrescritas (a, b, c, d, e) estão repetidas significa que não houve diferenças estatisticamente significantes entre as regiões dentro daquele ciclo do PMAQ-AB.

No 1º ciclo do PMAQ-AB, apenas um terço (34%) das UBS tinha estrutura adequada para acessibilidade ao cadeirante. Esse item, no entanto, apresentou melhores médias nos dois ciclos seguintes, alcançando no 3º ciclo 68% de adequação das UBS brasileiras (tabela 1). Quando se analisa por macrorregiões, percebe-se que os menores percentuais aparecem no Norte (18%, 41% e 53%) e no Nordeste, nos três ciclos (22%, 46% e 63%), respectivamente; enquanto a região Sul apresentou os maiores percentuais (43%; 71% e 81%) (tabela 1).

Os itens com percentuais médios mais baixos em todos os ciclos do PMAQ-AB no Brasil foram: oferta de horário especial, com diferenças estatisticamente significantes entre todas as macrorregiões, especialmente no 3º ciclo (SE, 25%; N, 16%; NE, 13%; S, 11% e CO, 9%), e equipe ampliada, que apresentou, no 3º ciclo, médias semelhantes para as regiões N e NE (4%), e estatisticamente diferentes para as regiões CO (5%), SE (12%) e S (14%) (tabela 1).

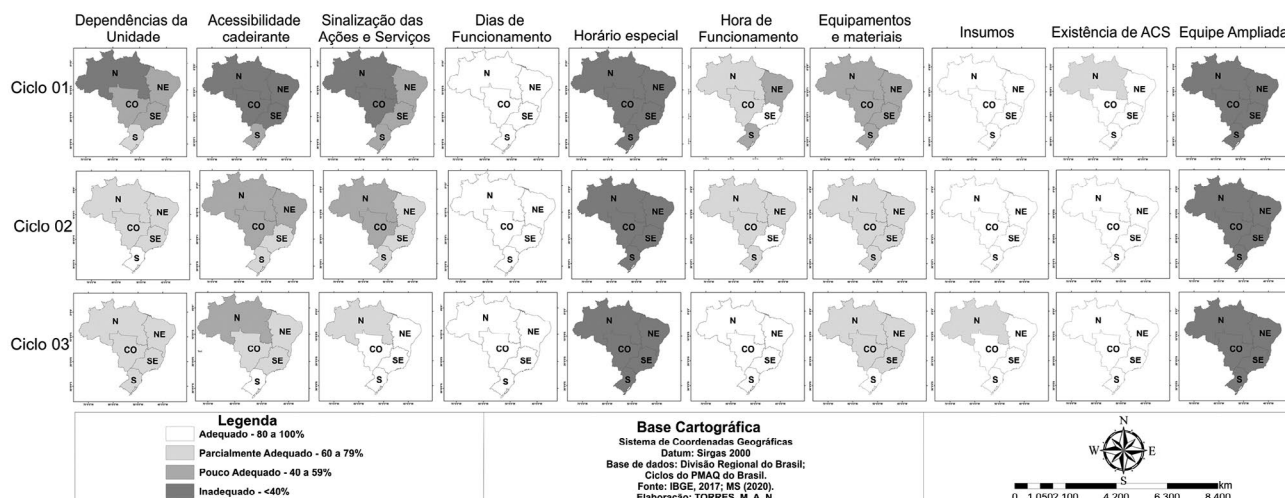
Nos três ciclos do PMAQ-AB, a maior oferta de UBS com 8 horas de funcionamento por dia foi encontrada na região Sudeste (82%, 89% e 99%), assemelhando-se, apenas no 3º ciclo, à região Sul. Enquanto isso, a região Nordeste apresentou as menores médias (52%, 66% e 98%),

assemelhando-se às regiões Sul e CO, no 2º ciclo. Com relação aos insumos para o atendimento ao paciente com DM, destacaram-se, positivamente, as regiões S e SE no 1º ciclo (92%), Sul no 2º ciclo (95%) e Centro-Oeste, com apenas 86% de adequação, no 3º ciclo. Para essa variável, a região Norte apresentou as piores médias (83%, 84% e 79%) (tabela 1).

Na variável equipamentos e materiais para o atendimento à pessoa com DM, houve um aumento no percentual médio ao longo dos três ciclos (44%, 67% e 75%), porém, as regiões Norte (70%) e Nordeste (72%) não alcançaram a média nacional no último ciclo. A variável existência de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) apresentou percentuais elevados em todas as macrorregiões, nos três ciclos do PMAQ-AB (tabela 1).

A figura 1 apresentou a distribuição espacial das variáveis de estrutura das UBS, nos 3 ciclos. Apenas a variável dias de funcionamento se manteve adequada para todos os ciclos, em todas as regiões. Em contrapartida, as variáveis horário especial e equipe ampliada permaneceram inadequadas para todas as regiões, em todos os ciclos. Ressalta-se a melhoria da classificação das variáveis acessibilidade ao cadeirante, sinalização das ações e dos serviços e hora de funcionamento no decorrer dos três ciclos.

Figura 1. Distribuição espacial das variáveis de estrutura das Unidades Básicas de Saúde. Brasil, 2012, 2014 e 2017



As variáveis de processo de trabalho avaliadas foram apresentadas na *tabela 2*. Os indicadores planejamento da equipe e oferta e resolubilidade de ações apresentaram pouca variação de percentuais médios entre as regiões

nos três ciclos. Destacaram-se os indicadores agenda especializada e educação permanente com percentuais que se mantiveram abaixo de 60% em todas as regiões ao longo dos ciclos.

Tabela 2. Média (%) e Desvio-Padrão (DP) das variáveis de processo de trabalho das eAB para o atendimento ao DM, agregadas por macrorregião. Brasil, 2012, 2014 e 2017

Variáveis	N	Ne	S	Se	CO	BR
	X (DP)	X (DP)	X (DP)	X (DP)	X (DP)	X (DP)
PMAQ-AB 2012						
Planejamento da equipe	85 ^a (20)	87 ^a (19)	87 ^a (19)	87 ^a (19)	87 ^a (19)	87(19)
Apoio institucional	64 ^a (22)	65 ^a (22)	63 ^a (22)	64 ^a (22)	63 ^a (22)	64(22)
Apoio matricial	60 ^a (28)	59 ^a (28)	58 ^{a,b} (29)	56 ^b (29)	60 ^a (27)	58(29)
Organização dos prontuários	88 ^a (32)	82 ^b (37)	79 ^c (40)	81 ^{b,c} (39)	73 ^d (43)	81(39)
Atendimento de urgência	75 ^{a,b} (32)	73 ^a (33)	75 ^{a,b} (32)	76 ^b (31)	77 ^{b,c} (31)	75(32)
Agenda especializada	42 ^a (19)	42 ^a (19)	38 ^c (19)	40 ^b (19)	41 ^{a,b} (18)	41(19)
Oferta e resolubilidade de ações	62 ^a (37)	62 ^a (37)	62 ^a (36)	63 ^a (38)	65 ^a (36)	62(37)
Atenção à pessoa com DM	67 ^a (23)	66 ^{a,b} (23)	65 ^b (23)	65 ^{a,b} (23)	67 ^{a,b} (22)	66(23)
Ações educativas	76 ^a (28)	74 ^{a,b} (28)	73 ^b (29)	74 ^{a,b} (28)	72 ^{b,c} (30)	74(29)
Educação permanente	36 ^{a,c,e} (22)	37 ^{a,b} (21)	34 ^{c,d} (22)	35 ^{c,e} (22)	37 ^{b,e} (22)	35(22)
PMAQ-AB 2014						
Planejamento da equipe	89 ^a (17)	89 ^a (17)	89 ^{a,b} (16)	89 ^{a,b} (17)	91 ^b (15)	89(17)
Apoio institucional	85 ^a (28)	88 ^b (26)	89 ^b (25)	88 ^b (26)	89 ^b (25)	88(26)
Apoio matricial	66 ^a (31)	72 ^{b,c} (26)	73 ^c (26)	72 ^b (27)	73 ^{b,c} (26)	72(27)
Organização dos prontuários	81 ^a (38)	83 ^a (37)	86 ^{b,c} (35)	84 ^{a,b} (37)	87 ^c (34)	84(37)
Atendimento de urgência	85 ^a (27)	92 ^b (20)	91 ^{b,c} (22)	90 ^c (22)	89 ^c (23)	90(22)
Agenda especializada	31 ^a (16)	32 ^{a,b} (16)	34 ^c (17)	33 ^{b,c,d} (17)	32 ^{a,d} (16)	33(16)
Oferta e resolubilidade de ações	63 ^a (22)	66 ^b (22)	64 ^a (22)	64 ^a (21)	61 ^c (21)	64(22)
Atenção à pessoa com DM	74 ^a (24)	75 ^a (25)	75 ^a (24)	75 ^a (25)	75 ^a (23)	75(25)
Ações educativas	69 ^{a,b} (30)	70 ^a (31)	71 ^a (30)	71 ^a (31)	67 ^b (32)	70(31)
Educação permanente	40 ^{a,d} (19)	42 ^{b,c} (18)	43 ^c (18)	41 ^{a,b} (18)	40 ^d (18)	42(18)
PMAQ-AB 2017						
Planejamento da equipe	91 ^a (15)	90 ^a (16)	89 ^b (17)	91 ^a (15)	91 ^a (15)	90(16)
Apoio institucional	93 ^a (21)	91 ^{b,c} (23)	90 ^c (24)	92 ^{a,b} (22)	91 ^{a,b,c} (23)	91(23)
Apoio matricial	72 ^a (23)	70 ^{b,c} (24)	69 ^c (25)	71 ^{a,b} (24)	69 ^{b,c} (24)	70(24)
Organização dos prontuários	71 ^{a,b} (19)	70 ^a (20)	70 ^{a,b} (21)	71 ^{a,b} (20)	72 ^b (20)	70(20)
Atendimento de urgência	94 ^a (18)	93 ^b (21)	92 ^c (22)	93 ^{a,b} (19)	94 ^{a,b} (19)	93(20)
Agenda especializada	41 ^a (21)	42 ^a (21)	41 ^a (21)	41 ^a (21)	42 ^a (20)	41(21)
Oferta e resolubilidade de ações	77 ^a (19)	75 ^b (21)	73 ^c (21)	75 ^{a,b} (20)	75 ^{a,b} (20)	75(20)
Atenção à pessoa com DM	80 ^a (20)	78 ^b (22)	77 ^c (23)	78 ^b (21)	78 ^b (22)	78(22)
Ações educativas	96 ^a (15)	95 ^b (19)	95 ^b (20)	96 ^a (17)	96 ^{a,b} (17)	95(18)
Educação permanente	59 ^a (20)	58 ^{a,b} (21)	58 ^b (21)	59 ^{a,b} (20)	59 ^{a,b} (21)	58(20)

Fonte: elaboração própria.

N (Norte); NE (Nordeste); SE (Sudeste); S (Sul); CO (Centro-Oeste); BRA (Brasil); X (Percentual Médio); DP (Desvio-Padrão).

Notas: Somente equipes com processo de trabalho avaliado no PMAQ-AB.

Os testes são ajustados para todas as comparações entre as regiões de cada ciclo, com o uso da correção Bonferroni.

Quando as letras sobrescritas (a, b, c, d, e) estão repetidas significa que não houve diferenças estatisticamente significantes entre as regiões dentro daquele ciclo do PMAQ-AB.

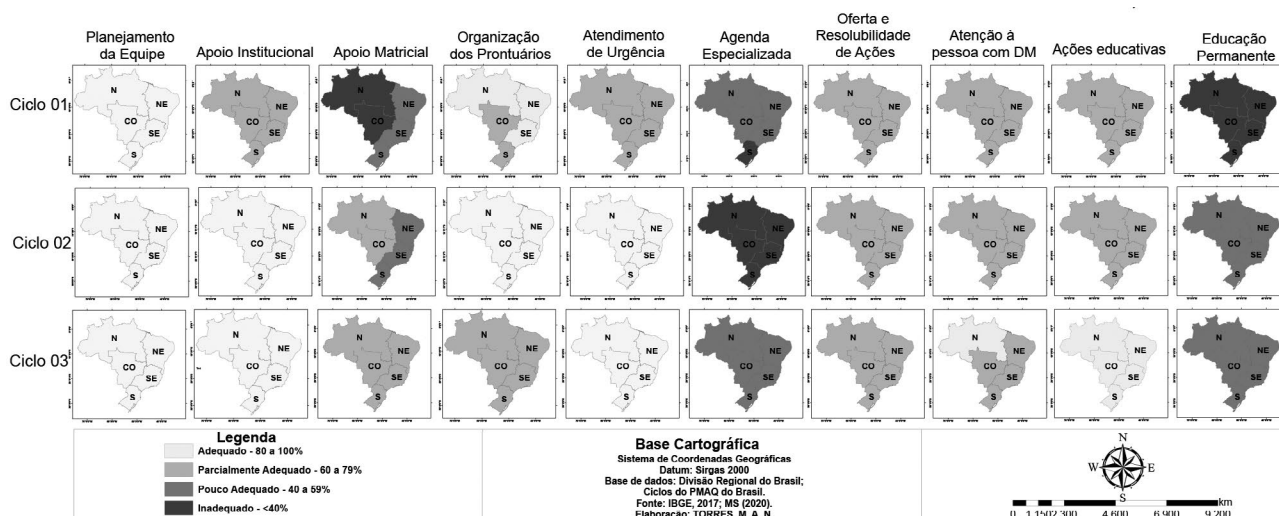
As variáveis planejamento e apoio institucional se comportaram de forma bastante similar em todas as macrorregiões do Brasil, sem diferenças estatisticamente significantes nos três ciclos PMAQ-AB (tabela 2), o que também pode ser observado com relação a: agenda especializada, no 3º ciclo; oferta e resolubilidade de ações, no 1º ciclo; e atenção à pessoa com DM, no 1º e no 2º ciclos.

Com relação ao indicador ações educativas, no 1º ciclo, as regiões Norte, Nordeste e Sudeste apresentaram os maiores valores percentuais (76%, 74% e 74%, respectivamente), sem diferenças estatísticas entre elas. Já no

3º ciclo, foram observados valores próximos entre todas as regiões, variando de 95% a 96% (tabela 2).

Esta pesquisa demonstrou que a variável planejamento da equipe teve o melhor desempenho em todas as regiões, nos três ciclos PMAQ-AB, atingindo o nível adequado. Apoio institucional e atendimento de urgência saíram de parcialmente adequados, no 1º ciclo, em todo o País, para adequados, no 2º ciclo, e mantiveram-se assim no 3º ciclo. As ações educativas também evoluíram em todo o País, atingindo o patamar adequado no 3º ciclo (figura 2).

Figura 2. Distribuição espacial das variáveis de processo de trabalho das Unidades Básicas de Saúde. Brasil, 2012, 2014 e 2017



A variável apoio matricial evoluiu de pouco adequado ou inadequado no 1º ciclo para parcialmente adequado no 3º ciclo. O mesmo não aconteceu com as variáveis Educação permanente e Agenda especializada, que se mantiveram pouco adequadas no 3º ciclo (figura 2). Destaca-se, ainda, que a variável organização dos prontuários foi a única que piorou ao longo dos três ciclos, antes, com a presença de 80% a 100%, e, em 2017, atingiu de 60% a 79% dos itens, em todas as regiões (figura 2).

Discussão

Os achados mostraram que os indicadores de estrutura das UBS para o atendimento às pessoas com DM foram heterogêneos na comparação entre as macrorregiões brasileiras. As variáveis de estrutura se apresentaram, mais frequentemente, inadequadas ou pouco adequadas, especialmente no 1º ciclo PMAQ-AB, quando comparadas às de processo de trabalho. As variáveis 'horário especial' e 'equipe especializada' permaneceram inadequadas

ao longo dos três ciclos em todo o território nacional, enquanto a variável 'dias de funcionamento' apresentou os melhores resultados e se manteve adequada em todos os períodos e em todas as regiões. A variável 'hora de funcionamento' foi a que apresentou a maior divergência no 1º ciclo do PMAQ-AB, com diferenças estatisticamente significantes, mas alcançando adequação em todas as regiões no 3º ciclo.

A maioria das variáveis relativas ao processo de trabalho das equipes para o atendimento de pessoas com DM apresentou percentuais médios acima de 60%, principalmente no 3º ciclo, com poucas diferenças entre as regiões. Apenas 'apoio matricial', 'agenda especializada' e 'educação permanente' apresentaram resultados inadequados ou pouco adequados no decorrer dos ciclos. Ressaltam-se, ainda, maiores percentuais de adequação para o atendimento às pessoas portadoras de DM nas regiões Sul e/ou Sudeste, e menores nas regiões Norte e/ou Nordeste.

Esses achados demonstram que a incorporação das recomendações normativas^{1,17}, associadas ou não a uma estrutura inadequada, ainda permanecem distantes no trabalho das eAB. Descobertas semelhantes foram encontradas, também, em estudo com dados do PMAQ-AB entre 2012 e 2018, que avaliou a estrutura e o processo de trabalho no cuidado à criança, assinalando maiores percentuais de adequação ao processo de trabalho e maiores deficiências estruturais, com heterogeneidade entre as regiões¹⁸.

Os pontos fortes da pesquisa incluíram o número amostral elevado, com grande poder estatístico, visto que, a cada ciclo, houve maior adesão das eAB ao processo avaliativo e, conseqüentemente, maior número de UBS avaliadas. Trata-se, ainda, de um estudo ecológico envolvendo todo o território brasileiro, que permitiu a comparação das condições estruturais e de processo de trabalho das UBS entre as macrorregiões brasileiras e em diferentes momentos das condições de saúde brasileiras.

As limitações do estudo incluem a utilização

de dados secundários com a possibilidade de registro inadequado dos dados nos diversos bancos (viés de aferição), mudanças nas formulações das perguntas nos instrumentos ao longo dos três ciclos do PMAQ-AB, indução das equipes e superestimação dos resultados, visto que a adesão ao PMAQ-AB era voluntária e pode ter sido influenciada pela adesão seletiva de equipes e unidades de saúde mais bem organizadas. Outra limitação foi o uso apenas dos indicadores de estrutura e processo de trabalho, sem análise dos indicadores dos resultados, que refletem a avaliação da assistência prestada pela APS aos usuários.

Como o DM exige uma organização de políticas públicas que atuem de forma efetiva na atenção aos seus portadores e familiares e que facilitem o acesso aos serviços de saúde, a necessidade de avaliação dos serviços torna-se imprescindível. Assim, a avaliação da qualidade deve ser realizada a partir da utilização de indicadores representativos dos aspectos estrutura, processo e resultado¹⁹, o que condiz com as prerrogativas do PMAQ-AB, programa considerado uma das estratégias do governo federal para a melhoria do atendimento aos usuários da APS e como importante ferramenta de gestão.

As maiores barreiras de acesso ao cuidado de pessoas com DM estão nas regiões Norte e Nordeste, como foi observado para a maioria dos indicadores estruturais, com exceção do indicador 'dias de funcionamento'. O estudo que buscou analisar como transformações socioeconômicas, de oferta e complexidade de serviços de saúde expressam-se nas regiões também destacou as regiões Norte e Nordeste como as mais atingidas, tanto pelas fortes desigualdades nas condições de vida quanto na oferta de serviços de saúde³.

As dependências da UBS nos dois primeiros ciclos mostraram-se 50% e 75% adequadas. No mesmo período, um estudo demonstrou aumento na proporção de UBS com materiais (3,9% para 7,8%) e estrutura física (15,3% para 23,3%) adequados para a atenção às pessoas com diabetes, porém, ainda considerados insuficientes¹⁰.

Em geral, a estrutura das UBS e o processo de trabalho apresentam maior adequação em municípios de grande porte populacional, dotados com maiores investimentos, resultando em maior capacidade de manutenção e sustentabilidade²⁰. Discute-se aqui a necessidade de se analisar melhor a distribuição do conjunto dos recursos públicos aplicados no SUS, visto que os diferentes estados e municípios possuem níveis de receitas próprias bem distintos e apresentam valores bem diferenciados nas aplicações per capita com recursos próprios, o que acaba influenciando a distribuição das transferências federais para a saúde entre as diferentes macrorregiões brasileiras²¹.

Segundo relatórios do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, em 2014, os recursos das transferências para AB cujas regiões Norte e Nordeste contam com 36,3% da população brasileira e receberam, em 2014, quase 46% das transferências do MS para esse bloco²¹. Apesar disso, a região Norte apresentou os menores percentuais médios de insumos em todos os ciclos, enquanto as regiões Sul e Sudeste apresentaram os maiores percentuais. Resultado similar demonstrou que apenas 9,4% das UBS foram consideradas com estrutura adequada ao DM, com maiores proporções também na região Sudeste (15,9%)¹⁰. Nessa análise, os autores consideraram os seguintes insumos como essenciais no atendimento às pessoas com DM: balança de 150 kg; esfigmomanômetro; estetoscópio adulto; fita métrica; glicosímetro; *kit* de monofilamentos, oftalmoscópio e tiras de glicemia capilar.

Em contrapartida, no presente estudo, foram apresentados percentuais de adequação superiores ao estudo de Neves et al.¹⁰. Tal diferença pode ser atribuída pela composição diferente do indicador 'insumos', pois os itens balança antropométrica de 150 kg; esfigmomanômetro; estetoscópio adulto; glicosímetro; *kit* de monofilamentos e oftalmoscópio fizeram parte do indicador 'equipamentos e materiais', que apresentaram percentuais menores de adequação quando comparados aos insumos.

Portanto, a presença desses insumos impacta no cuidado às pessoas portadoras do DM, pois eles auxiliam os profissionais da saúde no exame físico, na avaliação laboratorial e na estratificação do risco cardiovascular do paciente, através das medidas antropométricas, da medição da pressão arterial, do exame dos pés e do exame de fundo do olho¹⁷. Outro achado relativo ao cuidado com os pacientes com DM foi encontrado em estudo de Muzy et al.²², segundo o qual a realização incipiente do exame de fundo de olho teve os menores índices para a região Norte, o que explica as altas taxas de retinopatia diabética e cegueira no Brasil.

Estudo realizado com dados do 1º ciclo do PMAQ-AB, também para analisar a estrutura das UBS brasileiras, demonstrou pior escore médio (0,524) relacionado à subdimensão 'instalações e insumos' e melhor pontuação para 'turnos de funcionamento', com 0,865²², utilizando análise fatorial e calculado escore padronizado, sendo 1 o melhor escore. Os melhores escores também estiveram nas regiões de maior desenvolvimento socioeconômico (Sudeste e Sul), destacando-se a região Sul (9,3%), enquanto a região Nordeste tinha o maior número de UBS (14.638) classificadas como regulares (55,7%) e apenas 2,8% na classificação referência²².

A acessibilidade ao cadeirante apresentou proporções baixas nos três ciclos do PMAQ-AB, situação que se mostra preocupante, visto que o DM pode levar a amputações de membros e até cegueira, o que requer espaços adaptados para elas dentro das UBS, como, por exemplo, banheiros adaptados, barras de apoio, corrimão, rampas, larguras das portas, sinalizações e piso antiderrapante²³. As proporções mais elevadas nos três ciclos na região Sul podem ser explicadas pelo Plano Diretor de Acessibilidade de Porto Alegre, que instituiu normas gerais e critérios básicos destinados a promover a acessibilidade das pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida, em 2011²⁴.

No ano de 2012, embora tenha sido lançado o 'Manual de Identidade Visual'²⁵ com aplicações na rede do SUS, não foi observada maior

efetividade quanto à sinalização, principalmente na região Norte. Estudo desenvolvido no estado do Paraná verificou que a sinalização na UBS, para orientar os pacientes, era insuficiente, cabendo maiores investimentos em tecnologia dura: placas, cartazes, painéis, informativos e outros, já que são condições favorecedoras da acessibilidade, principalmente com uma linguagem acessível aos usuários²⁶.

As elevadas proporções de dias de funcionamento se encontraram de acordo com a atual Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que recomenda o funcionamento da UBS com carga horária mínima de 40 horas/semanais, no mínimo, cinco dias da semana²⁷. Estudo utilizando dados do 2º ciclo do PMAQ-AB encontrou que 84,2% dos profissionais referem atendimento nos cinco dias ou mais por semana, indicando que essas UBS podem ser consideradas como as mais acessíveis, e, ainda, 84,9% dos usuários entrevistados afirmaram que esse horário supre as suas necessidades de saúde²⁸.

As regiões Sudeste e Norte tiveram maiores percentuais no atendimento em horários especiais, porém, ainda baixos em todos os ciclos. Estudo que avaliou a APS na perspectiva dos usuários revelou que estes gostariam de horários que facilitassem seus atendimentos, como no período da noite, aos sábados ou nos finais da semana, principalmente por fazerem parte da população trabalhadora e que tem a maior prevalência de DM²⁹. Na tentativa de apoiar a implantação do horário estendido de funcionamento nas UBS, o Ministério da Saúde lançou o programa Saúde na Hora, em 2019, em todo o território brasileiro, viabilizando o custeio aos municípios e Distrito Federal com o objetivo de ofertar ações de saúde em horários mais flexíveis para a população³⁰.

Nos dois últimos ciclos, a existência de pelo menos um ACS nas UBS apresentou percentuais médios elevados em todas as regiões (com valores acima de 97%), nos dois últimos ciclos. A presença do ACS nas equipes é fundamental para o cuidado continuado dos usuários diagnosticados com DM, pois realiza visitas domiciliares, informa aos usuários sobre as

datas e horários de consultas e exames agendados, entre outras atribuições. Ainda, sob treinamento específico de um profissional de nível superior da saúde e com equipamentos adequados, pode realizar a medição da pressão arterial e da glicemia capilar, bem como realizar técnicas limpas de curativo, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência sempre que necessário³¹.

Assim, percebe-se que a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) e a Estratégia Saúde da Família foram preponderantes na organização da atenção à saúde, justificando os elevados percentuais de ACS em todas as regiões, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, onde se começou a inserção do ACS nas práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças, desenvolvidas no âmbito domiciliar e em nível local, tendo em vista a vulnerabilidade e os riscos dessa população³².

Apesar da relevância das atividades do ACS, com as modificações estabelecidas na PNAB, esse profissional foi considerado dispensável na composição das equipes, devido à não obrigatoriedade de cobertura com ACS para 100% da população, restrita a áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, com um máximo de 750 pessoas por ACS, considerando, ainda, critérios epidemiológicos e socioeconômicos³¹.

O planejamento das atividades apresentou resultados satisfatórios em todas as regiões e nos três ciclos do PMAQ-AB, corroborando estudo realizado no ano de 2012, cujos achados revelaram que a maior parte das equipes avaliadas em todas as regiões do País declarou realizar atividades de planejamento, destacando os municípios com mais de 100.000 habitantes, com 88,3% na região Centro-Oeste e 95,8% na região Sul³³. Assim, o planejamento do atendimento às pessoas portadoras de DM precisa compreender tanto a programação de determinadas atividades quanto a sua resolutividade sobre a saúde dessas pessoas e o impacto das ações planejadas sobre os indicadores de saúde da população³⁴.

Acredita-se que a gestão municipal é responsável pelas ações voltadas ao controle do DM na APS. Assim, os aspectos estruturais e organizacionais necessários ao funcionamento das UBS, bem como a garantia das condições adequadas ao provimento das ações por parte dos profissionais de saúde, devem ser considerados prioritários para a prevenção e o controle do DM, além da redução da morbimortalidade e dos custos associados à doença³⁵.

A proposta do Apoio Institucional (AI) e do Apoio Matricial (AM) está baseada no princípio da educação permanente e contribui para a troca de conhecimento e atendimento compartilhado entre os diferentes profissionais das eAB e especialistas, ampliando o acesso da população aos cuidados em saúde²⁰. Dessa forma, são estratégias fundamentais no processo de cuidar do portador de DM, principalmente no processo terapêutico.

No presente estudo, observou-se que os percentuais de AI e AM foram muito baixos, diferindo de um estudo também utilizando os dados do 1º ciclo, no qual foram analisados os dados relativos às equipes brasileiras que receberam alguma atividade de AI, correspondendo a 14.306 equipes (84%), e de AM, correspondendo a 14.489 equipes (85%)³⁶. No 2º ciclo, a região Norte foi a que obteve menor apoio, possivelmente por ser uma região que apresenta grandes distâncias, com acesso dificultado aos vários municípios, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) baixo e número insuficiente de profissionais, estrutura e recursos³⁷.

Problemas relativos à 'organização dos prontuários' se mostraram evidentes, principalmente no 3º ciclo, corroborando estudo realizado na região Nordeste, mostrando que acúmulo de prontuários, extravio, prontuários avulsos por paciente e dificuldades para conservação podem estar associados a um acréscimo significativo no número de usuários atendidos nas UBS³⁸.

O 'atendimento de urgência' apresentou percentuais acima de 90% para todas as regiões no 3º ciclo, sugerindo adesão e consonância com

a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), que destaca o primeiro cuidado às urgências e emergências como um dos objetivos da AB, em ambiente adequado, até a transferência a outros pontos de atenção, quando necessário³⁹.

Baixos percentuais de 'agenda especializada' e de 'oferta e resolubilidade de ações' foram observados nas UBS, nos três ciclos e em todas as regiões. Nesse sentido, o usuário diagnosticado com DM deve ser encaminhado para diversas especialidades quando o profissional julgar necessário, mediante o risco de desenvolvimento de complicações crônicas⁴⁰.

A variável 'atenção à pessoa com DM' teve percentuais melhores no último ciclo, revelando melhorias no cadastramento e na vinculação dos usuários às UBS. Ademais, destaca-se o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022, que pode ter contribuído para melhorar o processo de trabalho frente aos usuários com DM, para a prevenção e para o controle das DCNT⁴¹.

De forma geral, verificou-se um panorama de avanços favoráveis ao atendimento de pessoas com DM no decorrer dos três ciclos do PMAQ-AB. Cabe indagar como serão os próximos anos frente à contenção de gastos imposta pela Emenda Constitucional nº 95¹², que pode acarretar a redução do acesso a bens e serviços de saúde por parte das populações mais empobrecidas, podendo aumentar essas disparidades regionais evidenciadas no presente estudo.

Conclusões

O estudo evidenciou que houve diferenças na estrutura e no processo de trabalho para o atendimento ao DM na APS entre as macrorregiões brasileiras e que, apesar dos avanços ao longo dos três ciclos do PMAQ-AB, as desigualdades foram persistentemente desfavoráveis nas macrorregiões Norte e Nordeste.

Colaboradores

Lopes CGS (0000-0002-5561-8997)* contribuiu para redação do trabalho, concepção e desenho da obra e análise dos dados. Queiroz RCS (0000-0003-4019-2011)*, Rocha NCS (0000-0002-0809-2152)*, Rocha TAH (0000-0002-6262-3276)* e Thomaz EBAF

(0000-0003-4156-4067)* contribuíram para concepção e desenho da obra, aquisição dos dados e aprovação final da versão a ser publicada. Tonello AS (0000-0002-8402-9112)* e Duarte KMM (0000-0002-2539-1189)* contribuíram para revisão crítica do conteúdo intelectual importante e aprovação final da versão a ser publicada. ■

Referências

1. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018. São Paulo: Editora Clannad; 2017.
2. Arruda GO, Schmidt DB, Marcon SS. Internações por diabetes mellitus e a Estratégia Saúde da Família, Paraná, Brasil, 2000 a 2012. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; 23(2):543-55.
3. Albuquerque MV, Viana ALD, Lima LD, et al. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017 [acesso em 2020 jul 27]; 22(4):1055-1064. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401055&lng=en.
4. Bousquat A, Giovanella L, Campos EMS, et al. Primary health care and the coordination of care in health regions: Managers' and users' perspective. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 22(4):1141-54.
5. Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ. Brasília, DF: MS; 2015.
6. Barcelos MRB, Lima RCD, Tomasi E, et al. Qualidade do rastreamento do câncer de colo uterino no Brasil: avaliação externa do PMAQ. *Rev. Saúde Pública.* 2017; (51):1-13.
7. Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T, et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: Indicadores e desigualdades sociais. *Cad. Saúde Pública.* 2017. [acesso em 2020 nov 20]; 33(3):1-11. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000305001&lng=es&nrn=iso&tlng=pt.
8. Garnelo L, Lucas ACS, Parente RCP, et al. Organização do cuidado às condições crônicas por equipes de Saúde da Família na Amazônia. *Saúde debate.* 2014; 38(esp):158-72.
9. Neves RG, Duro SMS, Muñiz J, et al. Estrutura das unidades básicas de saúde para atenção às pessoas com diabetes: Ciclos I e II do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade. *Cad. Saúde Pública.* 2018 [acesso em 2020 set 20]; 34(4):e00072317. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000405003&lng=pt.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

10. Tomasi E, Cesar MADC, Neves RG, et al. Diabetes care in Brazil program to improve primary care access and quality-PMAQ. *J. ambul. care manage.* 2017; 40(2):S12-23.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação no 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União.* 12 Nov 2019.
12. Brasil. Constituição, 1988. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 15 Nov 2016.
13. Garnelo L, Lima JG, Rocha ESC, et al. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. *Saúde debate.* 2018 [acesso em 2021 jan. 21]; 42(esp1):81-99. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500081&lng=en&rm=iso&tlng=pt.
14. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília, DF: MS; 2012.
15. Rocha TAH. Gestão de recursos humanos e resultados em saúde: um estudo da atenção primária à saúde brasileira entre 2012-2014. [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2019. 219 p.
16. Hartz ZMA. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.
17. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. v. 36. Brasília, DF: MS; 2013.
18. Santos DMAD, Alves CMC, Rocha TAH, et al. Estrutura e processo de trabalho referente ao cuidado à criança na Atenção Primária à Saúde no Brasil: estudo ecológico com dados do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica 2012-2018. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2021; 30(1).
19. Donabedian A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: *Explorations in Quality Assessment and Monitoring.* Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press. 1980; (1):77-125.
20. Machado PMDO, Lacerda JTD, 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; 30(2):e2020635.
21. Piola SF. Transferências de Recursos Federais do Sistema Único de Saúde para Estados, Distrito Federal e Municípios: os desafios para a implementação dos critérios da Lei Complementar no 141/2012. Texto para Discussão. Brasília, DF: Ipea; 2017.
22. Muzy J, Campos MR, Emmerick I, et al. Prevalência de diabetes mellitus e suas complicações e caracterização das lacunas na atenção à saúde a partir da triangulação de pesquisas. *Cad. Saúde Pública.* 2021; 37(5):e00076120.
23. Bousquat A, Giovanella L, Fausto MCR, et al. Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 r. *Cad. Saúde Pública.* 2017; 33(8):1-15.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. 2. ed. Brasília, DF: MS, 2008.
25. Porto Alegre. Lei Complementar nº 678, de 22 de agosto de 2011. Institui o plano diretor de acessibilidade de Porto Alegre. Prefeitura municipal de Porto Alegre, 2011 ago 22; Seção 1:18.
26. Brasil. Ministério da Saúde, Força Nacional do SUS. Manual de Identidade Visual. versão 1.0. Brasília, DF: MS; 2012.

27. Rocha NB, Franchin AT, Gasparetto A, et al. Conhecimento sobre acolhimento com classificação de risco pela equipe da Atenção Básica. *Espaç. saúde*. 2017; 18(1):72.
28. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica. *Diário Oficial da União*. 21 Set 2017.
29. Silva LAN, Harayama RM, Fernandes FDP, et al. Acesso e acolhimento na Atenção Básica da região Oeste do Pará. *Saúde debate*. 2019; 43(122):742-54.
30. Figueiredo DCMM, Shimizu HE, Ramalho WM. A Acessibilidade da Atenção Básica no Brasil na avaliação dos usuários. *Cad. Saúde Coletiva*. 2020; 28(2):288-301.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 930, de 15 de maio de 2019. Institui o Programa “Saúde na Hora”, que dispõe sobre o horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família, altera a Portaria nº 2.436/GM/MS, de 2017, a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 2017. *Diário Oficial da União*. 15 Maio 2019.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 21 Set 2017.
33. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Programa de Agentes Comunitário de Saúde (PACS). Brasília, DF: MS; 2001.
34. Cruz MM, Souza RBC, Torres RMC, et al. Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. *Saúde debate*. 2014; 38(esp):124-39.
35. Silocchi C, Junges JR. Equipes de atenção primária: dificuldades no cuidado de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. *Trab. Educ. Saúde*. 2017; 15(2):599-615.
36. Borges DDB, Lacerda JTD. Ações voltadas ao controle do Diabetes Mellitus na Atenção Básica: proposta de modelo avaliativo. *Saúde debate*. 2018; 42(116):162-178.
37. Santos AF, Machado ATGM, Reis CMR, et al. Institutional and matrix support and its relationship with primary healthcare. *Rev. Saúde Pública*. 2015. [acesso em 2020 abr 18]; 49:54. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102015000100241&script=sci_Arttext.
38. Sobrinho DF, Machado ATGM, Lima AMLD, et al. Compreendendo o Apoio Matricial e o resultado da certificação de qualidade nas áreas de atenção à criança, mulher, diabetes/hipertensão e saúde mental. *Saúde debate*. 2014; 38(esp):83-93.
39. Mendes MAL, Santos ES. Organização dos prontuários dos pacientes em uma unidade básica de saúde de Maceió. *Rev. Portal Saúde e Soc*. 2018; 3(1):710-20.
40. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 7 Jul 2011.
41. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. v. 36. Brasília, DF: MS; 2013.
42. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília, DF: MS; 2011.

Recebido em 22/05/2021

Aprovado em 23/12/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Vulneração social e problemas ético-políticos transversais à saúde bucal na Atenção Primária à Saúde

Social vulnerability and ethical-political problems across oral health in Primary Health Care

Doris Gomes¹, Leandro Ribeiro Molina¹, Mirelle Finkler¹

DOI: 10.1590/0103-1104202213310

RESUMO A partir de um levantamento de problemas éticos, base para a construção e validação de um Inventário de Problemas Éticos na Atenção Primária à Saúde Bucal, objetivou-se aprofundar a análise daqueles problemas considerados transversais à assistência e relacionados ao contexto de vulneração social. O levantamento foi resultado de uma pesquisa qualitativa, com participação de 14 profissionais de equipes de saúde bucal no contexto da Atenção Primária à Saúde na região metropolitana de Florianópolis-SC, com dados coletados por meio de entrevistas, submetidos à análise de conteúdo e interpretados à luz da bioética clínica amplificada e outros referenciais da bioética social. Dentre os diferentes problemas ético-políticos desvelados, os relacionados à compreensão/comunicação com usuários e à violência estrutural e narcodependência são discutidos sob olhar sócio-histórico da realidade brasileira, buscando ampliar sua compreensão para a qualificação da atuação profissional. Tal análise conclui pela necessidade de uma mudança cultural em direção a uma clínica ampliada que busque problematizações interdisciplinares voltadas ao enfrentamento dos contextos de vulneração social e programática, construindo vínculos potencializadores de empoderamento e diálogo, sensibilizados por valores solidaristas e pela reflexividade ética do trabalhador da saúde.

PALAVRAS-CHAVE Ética. Bioética. Saúde bucal. Atenção Primária à Saúde. Vulnerabilidade social.

ABSTRACT From a base survey of ethical problems for construction and validation of an Inventory of Ethical Problems in Primary Care for Oral Health, the objective was to deepen the analysis of those problems that are transversal to care and related to the context of social vulnerability. The survey was the result of qualitative research, with participation of 14 oral health professionals in the context of Primary Health Care in the metropolitan region of Florianópolis-SC, Brazil, and the data collected through interviews were submitted to content analysis and interpreted in the light of amplified clinical bioethics and other references of social bioethics. Among the different ethical-political problems unveiled, those related to understanding/communication with patients and the structural violence and narco-dependence are discussed under a socio-historical perspective of Brazilian reality, seeking to broaden their understanding for the qualification of the professional performance. This analysis concludes by the need for a cultural change towards an expanded clinic that seeks interdisciplinary problematizations aimed at coping with social and programmatic vulnerability contexts, building empowerment and dialogue potentiating links, sensitized by solidarity values and the ethical reflexivity of the health worker.

KEYWORDS Ethics. Bioethics. Oral health. Primary Health Care. Social vulnerability.

¹Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) - Florianópolis (SC), Brasil. dorisgomesodonto@gmail.com



Introdução

Distinta do campo biomédico hospitalocêntrico, a Atenção Primária à Saúde (APS) caracteriza-se pela predominância de tecnologias relacionais (não-materiais), com mudanças nos processos de trabalho em busca da qualificação e humanização da assistência. Pela importância que adquire na estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), conflitos persistentes entre trabalhadores, gestores, usuários, famílias e comunidades geram problemas éticos importantes, muitas vezes invisibilizados por estarem emaranhados ao cotidiano da clínica e da gestão. Desperta-se, então, a necessidade de desvelamento destes problemas e de construção de espaços coletivos de reflexividade ética, voltados ao reposicionamento ético-político dos trabalhadores, corresponsabilizando-os pela defesa dos direitos humanos e sociais enquanto cidadãos, usuários e trabalhadores^{1,2}.

A construção de uma ética aplicada aos problemas concretos e cotidianos do SUS dá origem a um ramo da bioética social denominado bioética clínica amplificada¹ – ancorada teoricamente na bioética deliberativa de Diego Gracia e na ética do cuidado, tanto quanto em preceitos epistemológicos da saúde coletiva³. Partindo desse referencial, um grupo de pesquisadores tem se empenhado em traçar perfis confiáveis das questões éticas que permeiam a APS, através da construção e validação de um Inventário de Problemas Éticos na Atenção Primária à Saúde (IPE-APS)^{4,5}. Seguindo diversos estudos de validação do IPE-APS que já foram desenvolvidos em diferentes realidades de trabalho, buscou-se construir um IPE-APS específico dos problemas éticos vivenciados na Saúde Bucal (SB). Como primeira etapa desta construção, foi desenvolvido um levantamento de problemas éticos junto aos profissionais da SB, incluindo Cirurgiões-Dentistas (CD), Auxiliares de Saúde Bucal (ASB) e Técnicos de Saúde Bucal (TSB) em uma região metropolitana do sul do Brasil, dando origem ao IPE-APS-SB⁶.

O levantamento apontou 32 problemas éticos, corroborando as assertivas de que:

1. A constituição dos problemas éticos na clínica de SB está naturalizada nas relações e circunstâncias comuns e cotidianas da atenção à saúde, não pautadas em situações limite, emergenciais ou dilemáticas^{1,6};
2. Os problemas éticos na SB, estando entrelaçados a questões organizacionais, estruturais e de poder, assumem características de problemas ético-políticos⁶;
3. O aparato institucional, bem como a estrutura dos serviços de saúde, não potencializa apoio aos trabalhadores nas situações de conflitos éticos, no âmbito legal, institucional, nem na construção de espaços voltados à percepção, análise e solução de tais problemas no cotidiano^{1,6};
4. Esses problemas não desvelados ou não sendo trabalhados coletivamente no serviço, transformam-se em sofrimento moral e precarização subjetiva do trabalhador da saúde^{2,7};
5. A deliberação coletiva precisa ser mais bem compreendida no conjunto dos mecanismos de controle social, como participação democrática e cogestão em equipe, confluindo para um novo patamar deliberativo ético-político junto ao planejamento estratégico situacional;
6. No processo de desvelamento dos problemas éticos na clínica de SB, foram identificados problemas transversais à assistência odontológica, distintos dos problemas estruturais ou administrativos do sistema de saúde^{6,8}.

A identificação de problemas transversais, não restritos ou circunscritos ao campo da SB, percebidos pelos profissionais como causadores importantes de falhas na produção do diálogo e do vínculo com o usuário, foi marcadamente relacionada a territórios-comunidades específicos. Atribui-se uma vulneração

de comunidades como uma vulnerabilidade concreta a sujeitos, consubstanciada em desigualdades socioeconômicas e culturais, que caracterizam indivíduos e grupos vulnerados⁹. Além disso, somam-se as falhas encontradas na concretização das políticas públicas voltadas à equidade e no predomínio de uma racionalidade instrumental que inviabiliza ou dificulta a comunicação.

Considerando os problemas ético-políticos transversais apontados pelos profissionais no referido levantamento de problemas éticos, este manuscrito tem por objetivo aprofundar um debate acerca da vulneração social suscitada no desvelamento destes problemas, buscando ampliar sua compreensão para a qualificação da atuação profissional.

Material e métodos

A primeira etapa para construção de um IPE-APS voltado à SB consistiu em um levantamento de problemas éticos⁶. Esta pesquisa descritiva foi de abordagem qualitativa, feita na região metropolitana de Florianópolis-SC. Iniciou-se com a autorização da Secretaria Municipal de Saúde de todos os quatro municípios envolvidos e a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, com parecer número 1.789.872. A coleta dos dados foi conduzida entre dezembro de 2016 e 2017 pela pesquisadora principal que é cirurgiã-dentista, profissional há 19 anos da APS, doutora em Filosofia da Enfermagem e em Odontologia. As entrevistas semiestruturadas foram guiadas por um roteiro previamente elaborado a partir dos problemas éticos do IPE-APS referencial, gravadas e, posteriormente, transcritas. A seleção dos participantes deu-se a partir da indicação das coordenações de SB dos municípios, seguindo o método bola de neve, no qual os participantes iniciais foram solicitados a indicar novos participantes, até atingir o critério de saturação ou repetição dos dados.

Foram entrevistados 14 profissionais da APS (12 mulheres e 2 homens), dos quais nove

atuam no modelo Estratégia Saúde da Família (ESF) (4 CD, 2 TSB, 3 ASB) e cinco no modelo tradicional (3 CD e 2 ASB). Os participantes foram convidados via contato telefônico ou pessoalmente, sem nenhuma recusa, manifestando consentimento livre e esclarecido após conversa acerca dos objetivos e procedimentos de pesquisa. Tinham idades variadas e atuavam há mais de um ano na função. Cada profissional foi entrevistado uma única vez, em ambiente reservado, com duração média de 30 minutos. As entrevistas foram submetidas à Análise de Conteúdo¹⁰. Desvelou-se uma importante dimensão política nos problemas éticos levantados, reconfigurados em 32 problemas e seis categorias, já apresentados e discutidos⁶.

Na configuração dos problemas éticos, alguns foram considerados transversais à assistência odontológica, não contidos nas questões de funcionamento, estrutura e organização do sistema de saúde. Por essa característica de transversalidade, buscou-se um aprofundamento na sua análise à luz da bioética clínica ampliada e outros referenciais da bioética social, bem como sob olhar sócio-histórico da realidade brasileira, agrupando-os em duas categorias interconectadas: 1. Problemas relacionados à cognição de usuários socialmente vulnerados; 2. Problemas relacionados à violência estrutural e narcod dependência.

Resultados e discussão

Problemas relacionados à cognição/compreensão e comunicação com usuários socialmente vulnerados

Não sei se chega a ser um problema ético, mas é da comunidade, da compreensão sabe, o paciente não entender, no entendimento e na comunicação, complica bastante. (CD6).

A população desse Centro de Saúde entende as orientações, alguma dificuldade, mas menos do que

noutra experiência que eu tive... Lá tinha problema cognitivo mesmo, sabe quando você fala e a pessoa te olha, parece que você está falando inglês. (CD5).

Uma determinada área de fragilidade social, ela é vista dessa forma, e naturalmente até como uma forma de agir, de que forma que a gente vai abordar essa área já que ela tem uma vulnerabilidade social maior, não como uma forma de preconceito, mas como uma forma de enfrentamento. (CD1).

Os problemas percebidos por alguns profissionais como cognitivos – que assumem a forma de baixa compreensão, entendimento e comunicação na relação trabalhador-usuário – caracterizam-se como problemas transversais à assistência, em indivíduos pertencentes a determinados territórios considerados socioeconômico e culturalmente vulnerados ou segregados, subsumidos à escassez de valores humanizadores que passam por acesso à cultura, educação, informação, capacidade de pensamento prospectivo e reflexividade crítica. São entendidos não como de responsabilidade ou culpa individualizada, mas como parte de uma realidade específica, resultado de importantes desigualdades socioeconômicas e culturais, demandando retrabalho e causando sofrimento ao profissional, especialmente pela dificuldade de uma comunicação ativa. Busca-se compreender o problema, considerando a persistência no atendimento público, de uma escuta profissional classista, que se interessa pelo que quer ouvir, onde o usuário ‘SUS-dependente-pobre’ teria menos estudo, menor conhecimento dos seus direitos, não precisaria ser ouvido ou ter sua vontade respeitada, devendo ‘obedecer’ sob a coação da urgência, da falta de opção e da fila de espera. Sob o signo da humanização em saúde voltada à excelência clínica profissional, especialmente incorporada nos novos processos de trabalho da ESF, aponta-se como desafio a corresponsabilização do trabalhador com o usuário-família-comunidade, com compartilhamento de saberes e fazeres, eliminação de práticas discriminatórias, construção do vínculo, autonomia e escuta às singularidades.

Assim, a dificuldade detectada de compreensão e entendimento do sujeito-usuário que obstaculiza a comunicação, suscita a formulação de estratégias de enfrentamento para além das relações contratuais instrumentais ainda hegemônicas no modelo biomédico. A profunda desigualdade socioeconômica e cultural brasileira fazem com que a dialogicidade e o senso de comunidade (solidariedade) formadores da identidade cidadã, percam força para uma cultura hegemônica (ideologia da modernidade), que inferioriza e violenta silenciosamente grupos subjugados, ocasionando um abismo social e ético que leva à necessidade do seu desvelamento, bem como de uma discriminação positiva que garanta uma cidadania jurídica e política.

A noção de calculabilidade, raciocínio prospectivo, autocontrole e trabalho produtivo que fundamentam modernamente o reconhecimento social e a autoestima – tendo por base o *self* pontual construtor desta concepção contingente e historicamente específica de ser humano –, precisa ser superada por novos valores e novas escalas valorativas, colocando na pauta bioética a necessária compreensão deste fenômeno. A internalização de valores socialmente dados funciona como uma forma mascarada de dominação e faz parte de um condicionamento pré-reflexivo automático, emotivo, espontâneo, ‘inscrito no corpo’, de ações, escolhas (gosto ou estética) e disposições (vontades ou desejos) hierarquizantes (classificadores). A interrogação sobre a valorização hierárquica naturalizada nos pactos democráticos liberais do capitalismo avançado e periférico, acompanhada da construção de novos valores e valorização, passa pelo desmascaramento da ‘ideologia da igualdade de oportunidades’ ou ‘ideologia do desempenho’ – pautada na tríade meritocrática da qualificação, posição e salário –, desvelando o abismo existente entre classes e estamentos sociais, na busca de uma real universalidade inclusiva¹¹.

Segundo Jessé Souza¹², o cerne da questão encontra-se na necessidade de superação do *modus operandi* escravista do Brasil-colônia,

responsável pela coisificação ou animalização de pessoas, não ultrapassado por ações afirmativas e inclusivas no modelo capitalista realizado no País. Além da negação do capital econômico desde o princípio da vida, o capital cultural é também cotidianamente negado às classes empobrecidas. Manteve-se como pilar da sociedade brasileira um racismo e uma inferiorização pré-reflexivos, invisibilizados por rígida hierarquização valorativa que atua como dominação simbólica subpolítica.

A fraca reação da sociedade a esta realidade segregadora, hegemonizada pela concepção racista de mundo, atua nestas populações retirando sua autoconfiança e autoestima, transformada em carência cognitiva e afetiva, e inaptidão para a competição social, acompanhadas de alta taxa de analfabetismo funcional e cultural. A própria culpabilização do indivíduo por seu fracasso social, partindo-se de uma autopercepção da ignorância e da preguiça como adjetivos individuais, acompanhada do desprezo social, conforma uma gama de indivíduos considerados menos dignos, representantes do que há de mais vazio e mais baixo na escala valorativa do ocidente, colocados numa posição em relação a qual todas as outras classes e estamentos sociais podem diferenciar-se positivamente¹².

Sob o discurso do acesso universal ao conhecimento e, por conseguinte, à ascensão socioeconômica por meio de mérito pessoal, oculta-se o monopólio que as classes dominantes têm sobre a aquisição destes requisitos culturais. Estímulos da capacidade intelectual e da autoestima desde a infância, ou sua negação, favorecem indivíduos ao sucesso ou insucesso na escola e na carreira. A falácia da meritocracia esbarra na necessidade de esforço, concentração, disciplinamento, autocontrole e tempo disponível para a construção de conhecimentos, além de investimento para o desenvolvimento do interesse em um futuro bem-sucedido (capacidade de formulação de um pensamento prospectivo), não pautado no esforço próprio, mas no privilégio herdado de

quem pode comprar tempo livre e tem prestígio social desde o berço, investidos nesta conquista¹².

A revolução burguesa brasileira, amalgamada a forças retrógradas, foi incapaz de fomentar a democracia liberal, condenando o país ao subdesenvolvimento interno e a uma subserviência cega ao capital externo, permitindo às elites nacionais manterem seus privilégios excludentes¹³. O antigo ódio devotado aos escravos é, na sociedade moderna, transformado em ódio ao pobre, considerado um sub-cidadão. Um fenômeno denominado por Adela Cortina como ‘aporofobia’, uma herança histórica que se mantém à custa da desumanização, camada considerável de seres humanos não tratados como pessoas concretas, mas identificados a um grupo: um refugiado, um mendigo¹⁴.

Justifica-se, assim, uma violência institucional, estrutural e policial intimidadora: matar pobre e preto não é socialmente percebido como um ato criminoso, mas naturalizado, como direito de classe, para manutenção do patrimônio e livre consumo. Desnuda-se a face estruturalmente violenta da sociedade brasileira, tornando a meritocracia ficção, e as leis, junto com o conhecimento para o desempenho produtivo, inacessíveis aos pobres. O aprendizado social e moral em direção a uma sociedade inclusiva é transformado em uma ânsia competitiva por ascensão social, especialmente ampliada nas sociedades hedonistas contemporâneas, onde o conhecimento (especialmente técnico e hiper especializado) é buscado como competência necessária ao desempenho produtivo e ao poder, além de fator de ‘embranquecimento’. Assim, cresce o preconceito que marginaliza e oprime, junto com os ressentimentos de classe, construídos sobre perdas de direitos constitucionais e humanos, conformando uma violência simbólica que se concretiza quotidianamente nas estatísticas oficiais¹².

Na mesma mão da invisibilidade desta realidade segregadora, um processo massivo e contundente de (des)informação assume

cada vez mais seu viés de parcialidade a favor dos interesses econômicos da elite financeira nacional/internacional (mercado), especialmente desenvolvido através da grande mídia jornalística, televisiva e de conglomerados na internet, associada, também, a um movimento religioso neopentecostal. Seu poder ideológico-político realiza-se na intimidação, docilização e alienação social, política e cultural, onde o discurso da competência determina quem tem o direito de comunicar (especialista) e quem tem a obrigação de ouvir por nada saber. Esta indústria cultural, base da sociedade do espetáculo, construída sobre clichês, estereótipos, vantagens pessoais e chavões, evita qualquer tipo de racionalidade plural que permita a união entre verdade e justiça, prevalecendo interesses individuais narcisistas, em relações contratuais de comercialização de todos os aspectos da vida, inclusive da saúde^{12,15}.

A ideologia da competência (cada um por si e por seu mérito), somada à alienação sociopolítica e à indiferença ao outro e ao social, inviabiliza a democracia participativa e a cidadania, asseguradas pela efetivação real de direitos sociais¹⁵. A ideia de comunidade e espaço comum (público), acesso a conhecimento, emancipação e transformação dos sujeitos, que tornam os membros da sociedade com poder equivalente, é sopesada pela neocolonização da esfera pública pelo dinheiro. A alienação de si mesmo na relação com o todo é sustentada subjetivamente pelo medo, insegurança e pânico; criminalização de protestos e movimentos sociais organizados; e ‘normalização’ de hierarquias e obediências voltadas à docilização e segregação social de parcela ‘indesejada’ da população. Biopolíticas segregadoras de populações estigmatizadas como marginais e violentas se constroem associadas a um racismo de Estado ou tanatopolítica, potencializadores da morte física ou cidadã do indivíduo pertencente a uma raça inferior, com uma cultura de menor valor – onde encaixam-se os usuários e traficantes de drogas ilícitas, jovens em conflito com a

lei, moradores de rua, crianças abandonadas, indígenas, negros e pobres de periferia, entre outros convexos da população ‘normal’ ou ‘de bem’, produtiva e sadia^{12,16}. Mantém-se a aparência de direitos garantidos na lei, enquanto são negados na prática.

Na saúde, quando se trata o usuário de forma desigual, não inclusiva e desumana, naturalizam-se modos racistas e aporofóbicos de agir. Análoga à categoria de vulneração social, delinea-se a vulneração programática da rede de saúde que envolve os coparticipes do cuidado, o usuário e o profissional. Esta vulneração se refere às consequências estruturais no âmbito do próprio sistema de saúde que leva uma automatização no cuidado; fragmentação no acesso às redes de atenção, causando descontinuidade do atendimento e falta de motivação do usuário; além de uma forte sensação de fragilização nos profissionais, derivada da impotência para solucionar casos e da falta de protagonismo no atendimento². Os problemas de cognição do usuário vulnerado diminuem o potencial de clínica ampliada, planejamento estratégico e deliberação ético-política na atenção à saúde. Estimular mudanças relacionais potencializadoras de autonomia, sensibilizadas pela capacidade de reflexividade ética do trabalhador e pautadas em novos valores de libertação, solidariedade crítica e empreendedorismo social⁹ para além das relações contratuais instrumentais do modelo biomédico, coloca na pauta bioética a necessária compreensão deste fenômeno.

Compreendendo essas dificuldades funcionais de comunicação com indivíduos e grupos em vulneração, vincula-se a necessidade de uma mudança cultural. Para romper muros invisíveis de alienação que dificultam ou impossibilitam a comunicação do profissional que não tem tempo ou vontade para construir uma escuta levando em conta o indivíduo em seu contexto de vida e suas singularidades; do usuário que tem entendimento simplificado de algo prescrito por uma linguagem técnica; ou do usuário portador de um analfabetismo funcional e cultural, faz-se necessário romper com:

1. O *modus operandi* contratual do tipo liberal apoiado na racionalidade instrumental da biomedicina no ambiente da atenção público-estatal – mesmo que o contrato apareça ao mundo moderno como única relação possível entre indivíduos, mantendo o interesse econômico acima da cooperação, solidariedade e competência comunicativa;

2. A culpabilização do usuário como construtor de barreiras à comunicação dialogada, onde predominam valores de hierarquização entre dominador e dominado, sábio e não sábio, com mera prescrição e manipulação da decisão;

3. O descompromisso e a indiferença com o outro vulnerado como meio de evitar re-trabalho e sofrimento moral⁹.

Problemas ético-políticos relacionados à violência estrutural e narco dependência

Infelizmente a violência bate na nossa porta vez ou outra. Recentemente a gente teve um problema com um paciente usuário de droga. Estava sob efeito psicoativo. Eu estava sem auxiliar, então não existiu acolhimento. Quando fui buscar o prontuário de papel, virei as costas, ele veio com bastante agressividade pra cima de mim. Pegou uma caneta Bic que estava na minha mesa e falou: 'eu podia te matar com isso', e botou para perto do meu pescoço, eu falei: 'calma, vou te atender, cê vai sair daqui sem dor'. [...] ele saiu dali sem dor, mas a polícia veio e eu tive que tomar outra decisão: vou fazer o boletim de ocorrência? Contra essa pessoa que entrou aí vulnerável, com dor? (CD2).

A gente também atende presidiários em final de pena, muitos deles fazem trabalho aqui na UBS, nas creches... mas olha que coisa estranha: na hora que eles vão ser atendidos por nós, a comunidade solicita que eles sejam algemados. (CD2).

Às vezes até o paciente vem mais agressivo ou faltando o respeito, mas mesmo assim, a gente

sempre tenta baixar a poeira. Às vezes vem alterado, sobre o efeito de drogas. (CD6).

A criança não queria ser atendida, daí a dentista falou: 'eu só vou fazer se tu deixar'. Daí o pai achou ruim., se alterou bastante... é uma pessoa que a gente conhece, ele é drogado. (ASB4).

Apesar de ainda haver demanda por maior produção técnico-científica sobre a temática da violência e políticas públicas relacionadas, há muitos anos esse tema tem ganhado considerável visibilidade no Brasil, especialmente devido aos seus impactos socioeconômicos, inclusive no setor saúde. Mesmo ainda subnotificado, o fenômeno já é reconhecido como questão de saúde coletiva, além de importante indicador de qualidade de vida e Índice de Desenvolvimento Humano^{17,18}. A Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), assinala mudanças no perfil da violência, destacando grupos sociais mais vulneráveis como: pessoas com deficiências, crianças e adolescentes, idosos e mulheres^{19,20}.

Segundo relatório da Organização das Nações Unidas (ONU), o País ocupa o quinto lugar global em feminicídios resultantes da discriminação, violência sexual e machismo. Nos adolescentes, associa-se ao atraso escolar e antecedentes criminais, tráfico e uso de drogas, abuso de álcool, gravidez em meninas adolescentes, e praticada por familiares²¹. Cita-se também a presença de conflitos em áreas de fronteiras agrícolas e disputas de terra. Além de preocupante seletividade racial nos homicídios por arma de fogo, com aumento entre negros mais que em brancos, manifestando estereótipos, preconceitos e racismo institucional²², onde prevalece a masculinidade violenta, disponibilidade de armas, coerção e domínio de territórios na disputa pelo comércio ilegal de drogas, associado à impunidade²². Essa violência afeta diretamente a qualidade de vida e as condições de saúde das pessoas, quando do convívio cotidiano com assaltos, tiroteios, assassinatos e agressões, fazendo

emergir, também, a capacidade de resiliência do trabalhador da saúde diante dos desafios de promover o cuidado^{23,24}.

Processos de trabalho em condições materiais e humanas negativas na saúde podem gerar situações degradantes e humilhantes, com reflexos sobre a saúde do trabalhador e a relação profissional-usuário²⁵. Com *locus* nas atitudes de trabalhadores para com usuários, a violência é potencializada pela sobrecarga de trabalho, dificuldade e demora no acesso e falhas no acolhimento e escuta profissional^{20,25}, corroborando os achados desse levantamento na SB. Ainda, constata-se que a violência praticada por usuários e acompanhantes aos trabalhadores acontece principalmente nos ambientes de urgência e emergência, predominando a agressão verbal, seguida de assédio moral, agressão física, assédio sexual e discriminação racial. A agressão verbal pode ocasionar sofrimento significativo e sentimentos como tristeza e raiva, problemas de saúde, diminuição do desempenho e satisfação no trabalho, entre outros.

Os trabalhadores da saúde acabam encarando a violência de maneira reduzida ou simbólica, localizada na esfera domiciliar e no foro íntimo das pessoas violentadas, levando a um julgamento de culpabilização do violentado e a uma atuação restrita, enquadrando-se aqui, também, os profissionais de saúde que sofrem violência²⁰. Para além dessa explicação localizada nos temperamentos e ações individuais ou no uso privado de substâncias como álcool e drogas, a complexidade da violência e de sujeitos caracterizados como ‘potenciais’ pode apontar uma profunda relação com a estrutura socioeconômica, política e ideológica, além de fenômeno histórico e cultural. Oriunda de mecanismos de controle social que ‘coisificam’ o outro, prevalece na sociedade moderna, especialmente na brasileira, a cultura de poderes autoritários construídos sobre o medo, a obediência e a legitimação, gerando silêncios que diminuem a cidadania²⁶.

Já no início do século XX, a vida foi recebendo um embasamento jurídico voltado a transformá-la em mercadoria econômica. A

saúde adquire contorno de um gigantesco, rentoso e narcísico mercado consumidor. A noção jurídica de responsabilidade vinculada ao livre-arbítrio é substituída pelo grau de perigo que os indivíduos representam à sociedade: os sujeitos antes considerados loucos ou anormais passam a representar um risco¹⁵. Com o assenso das políticas neoliberais, em sequência à reestruturação produtiva e financeira do capital iniciados na década de 1960, subsume-se ainda mais a organização da sociedade à supremacia do mercado financeiro, sob a pecha da globalização, e intensifica-se a judicialização das relações sociais. A padronização das vidas exige que todo cidadão seja tratado como empresa, com base nas relações – ‘transações’ – contratuais. As novas subjetividades capitalísticas naturalizam a estratégia Biopolítica de poder sobre o corpo, as ideias e a vida, atingindo espaços cada vez mais amplos de normalização, chegando às categorias de exclusão-inclusão²⁷. A discriminação negativa e segregacionista de indivíduos e grupos vulnerados é camuflada pelo caráter formal e abstrato do Direito que confere cidadania ‘para todos’.

As profundas desigualdades sociais que refletem situações de vulneração associadas ao desemprego; terceirizações e perda de direitos trabalhistas; privação de condições materiais de vida; infraestrutura precária como a ausência de saneamento básico; privatização de espaços públicos; e diminuição de acesso a bens e serviços; entre outros, caracterizam os territórios de risco, estereotipados por preconceitos de cunho racista e invisibilizados pela ideologia ‘universalizante’ do empreendedorismo e da meritocracia, orientadora de sucesso para poucos. O risco social apontado pela etnia, classe, escolaridade, gênero, faixa etária e território²⁸, concretiza-se por separações territoriais e no aparato tecnológico de hiper proteção aos ‘homens de bem’ (com incremento da segurança privada e estratégias de proteção espacial, como condomínios fechados). O Estado como *locus* legitimamente aceito da violência física e simbólica, volta-se à

garantia de uma violência socialmente permitida e consentida aos ‘anormais’, improdutivos, sub-humanos ou sub-cidadãos (pobres, ‘bandidos’, ‘drogados’, ‘vagabundos’, ‘diferentes’, ‘vermelhos’, ‘terroristas’), que permanecem em ‘estado de exceção’^{15,29}.

A ‘guerra às drogas’ adquire *status* de ameaça, desumaniza cidadãos e legitima a política de extermínio e violências²⁹. A juventude, especialmente de periferia, negra e ‘drogada’, caracterizada como irrecuperável, justifica o racismo estatal que usa comumente da violência e técnicas psicológicas, médicas e policiais para ‘defender’ a sociedade. Vincula-se a drogadição à culpa dos ‘desviados’ nas classes mais abastadas, enquanto criminalizam-se os excluídos²⁹, ampliando a retirada de direitos ou negando atributos que possibilitam sua participação no jogo social³⁰. Ampliam-se as diferenças entre os que consomem e os que vendem, tipo de consumo (por preço, qualidade ou acesso à receita) e tratamento do Estado, quanto ao amparo legal de constituição jurídica de defesa ou eliminação. A abstinência às drogas transforma-se em obediência e alienação. A família tornada objeto de intervenção do mercado com seus valores insere os indivíduos no movimento do rebanho, unindo-os na cultura do consumo desenfreado, hiper-produtividade e colaboração^{15,31}. A indústria da fé, da educação e da comunicação de massas, tornam-os adeptos de verdades absolutas que impossibilitam a reflexividade ética e/ou política.

A bioética, para não se tornar ela mesma uma forma de biopolítica, não pode limitar-se exclusivamente ao campo da consciência e reflexão individualizados e neutros, sem conexão com a dimensão macro de âmbito ético-político. Em oposição ao ideário neoliberal de eficiência produtiva e competitividade, subsumido ao imperativo absoluto do consumo narcísico-lucratividade, a bioética segue o desvelamento dos macroproblemas e conflitos coletivos. Uma bioética da resistência e atuante, deve propor alterações estruturais que envolvam a constituição socioeconômica

da vida, portanto, a partir de sujeitos reflexivos da práxis coletiva e individual³². Para desmistificar o cenário de produção e legitimação da violência como fenômeno natural, deslegitimando e desconstruindo as categorias violentas da biopolítica, significa ações concretas de ‘empoderamento’ e ‘libertação’ para o exercício da cidadania, possível pela e para a vida democrática³⁰.

Assim, abre-se caminho às formas de resistência pautadas no imperativo moral e social da justiça, da solidariedade e da participação. Sobretudo para construção de um mínimo moral indispensável à vida social organizada, seguindo em direção à consideração aos máximos morais (felicidade), por sua relevância singular e social³³. A disputa pelo poder entre classes – intrinsecamente ligada à questão da hegemonia – significa acesso à direção política, na arena das instituições políticas mediadas pela força, e ideológica, buscando consenso e consentimento na sociedade civil. Nesta disputa, a forma de quebrar ou diminuir a hegemonia está no potencial de participação consciente das pessoas em espaços democráticos de poder³⁴. O empreendedorismo meritocrático no sentido do acenso socioeconômico individual proclamado como única via ao sucesso, precisa estar subsumido a um empreendedorismo social, consciente, participativo, crítico e solidário, especialmente na produção no setor público da saúde.

Para o enfrentamento ao problema da violência, suscitam-se questões: Como se pode desencadear problematizações interdisciplinares para o enfrentamento da violência associada a diferenças de classe, empobrecimento e uso de drogas no cotidiano da atenção à saúde? Como os profissionais lidam com a exclusão social ou estigmatização dos usuários e suas famílias?

Na prática, o trabalho desenvolvido por profissionais da saúde em algumas áreas de vulneração social e na periferia torna-se inseguro, desmotivando a promoção de ações dentro da comunidade e restringindo o atendimento ao espaço físico da unidade de saúde²⁴. Mesmo fugindo do paradigma biomédico tradicional

e voltando-se à construção de estratégias de convivência com os agentes e situações de violência (criminal, policial etc.), aparecem como subprodutos desta realidade sofrimentos e sentimentos de medo, angústia, surpresa, amor, pena, ódio, amizade e solidariedade, podendo acarretar transtornos mentais e até mesmo físicos aos profissionais^{35,36}. As situações concretas de contato com a violência sinalizam a importância de ir além dos conhecimentos clínicos, voltando-se, também, a outros conhecimentos para: acolhimento destas pessoas ‘estigmatizadas’, ampliando vínculo, laços sociais e relações de confiança; consciência sobre falhas no sistema de saúde que dificultam a real necessidade de atendimento deste usuário (vulneração programática²); e conhecimento sobre o ambiente macro-estrutural de vulneração social, evidências epidemiológicas, condições de vida e trabalho das pessoas, para maior comprometimento do trabalhador, da gerência e da equipe de saúde.

A formação deve proporcionar a compreensão dos transtornos biológicos, psicológicos e sociais envolvidos no consumo de drogas lícitas e ilícitas e nos processos sociais e individuais da medicalização, fazendo um debate que possibilite uma compreensão global do problema, tanto na perspectiva epidemiológica, quanto clínica³⁷. O desvelamento de conflitos socioeconômicos, culturais e morais, depende de uma capacidade reflexiva sobre a realidade instituída, com engajamento deliberativo-participativo voltado, também, ao planejamento situacional. Na SB, o domínio das manifestações da ingestão oral, pulmonar e nasal constante das drogas, exige conhecimentos diferenciados e cuidado clínico ampliado, demandando uma desalienação do próprio profissional³⁸.

Um modelo de educação problematizador, sem redução dos saberes ao conhecimento estritamente biomédico, que não prepara o profissional para a identificação e notificação de violências, deve investir em capacitação diferenciada para o manejo dessas situações. A desconstrução de estereótipos culturalmente

apreendidos, passa pelo reconhecimento das especificidades de cada pessoa ou grupo, onde a violência do ‘outro’ é percebida como ‘meu’ problema; pela importância das políticas públicas e posicionamentos ético-políticos de comprometimento com a coletividade; e pela construção de habilidades de negociação interpessoal (usuário e equipe de saúde)²¹. Pauta-se, assim, a necessidade de políticas e intervenções intersetoriais e interdisciplinares, a partir de uma atuação na saúde em equipe e redes e de um debate bioético para além da biopolítica³³. Neste caso, o pertencimento identitário a um coletivo de trabalho, tanto quanto a uma comunidade-território, respaldado em ações institucionais voltadas à remoção do sujeito de sua alienação e da precarização subjetiva, tendo em conta sua vulneração programática, pode ser o caminho para lidar com o sofrimento imputado pela violência no trabalho, em espaços reflexivos coletivos de pensar os problemas ético-políticos e o fazer emancipado.

Considerações finais

A busca por cidadania efetiva e o enfrentamento dos problemas de violência sociocultural, bem como o entendimento/compreensão do usuário fugindo de sua culpabilização, inferiorização ou estereotipação como subcidadão, localiza-o em contextos de vulneração social e programática que não afeta apenas usuários, mas também trabalhadores da saúde. Para além da configuração como problemas transversais à SB, os problemas ético-políticos discutidos nesse artigo, podem ser considerados transversais à atenção à saúde, corroborando resultados de outros estudos. Nesse sentido, sugere-se que mais pesquisas ampliem as análises e compreensão destes problemas, considerando as múltiplas perspectivas vivenciadas e compartilhadas por todos os integrantes das equipes multiprofissionais na APS, incluindo os profissionais dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica.

Para lidar com os problemas ético-políticos abordados é imprescindível apoio institucional para suporte aos profissionais de saúde, com ações direcionadas à educação permanente, dado que também é um dever ético dos profissionais de saúde se comprometer com a resolução destes problemas. O cuidado à saúde dos trabalhadores também é de extrema importância – a dimensão do sofrimento moral no cotidiano da atenção à saúde, bem como problemas relativos às condições e relações de trabalho não devem ser ignorados.

A análise destes dois fenômenos socioeconômicos e culturais, conclui pela necessidade de uma mudança substancial no serviço em direção a uma clínica ampliada, que busque problematizações interdisciplinares e interprofissionais, sensibilizadoras da reflexividade ética do trabalhador da saúde, embasados em valores solidaristas e comunitaristas.

Reforça-se, por fim, a responsabilidade do Estado na promoção dos direitos humanos, bem como a necessidade de se considerar referências crítico-socias da bioética como subsídio para o planejamento das políticas públicas de saúde, lembrando a urgência de se constituir um Conselho Nacional de Bioética – projeto engavetado há quase duas décadas na Câmara Federal.

Em tempos de avanço de políticas neoliberais, com múltiplos retrocessos e retirada de direitos, além do aumento alarmante das iniquidades sociais, sobretudo agravadas pelo contexto da pandemia da Covid-19, o enfrentamento aos desafios discutidos passam necessariamente pela defesa dos valores democráticos e dos princípios constitucionais que determinam o dever do Estado em garantir acesso universal a serviços de saúde públicos e de qualidade, prioritariamente se comprometendo com a promoção da qualidade de vida das populações vulneradas.

Colaboradores

Gomes D (0000-0003-2445-8318)* contribuiu para a concepção e delineamento da pesquisa, coleta e análise dos dados, redação do manuscrito e aprovação de sua versão final. Molina LR (0000-0001-9885-4095)* contribuiu para a revisão crítica do manuscrito e aprovação de sua versão final. Finkler M (0000-0001-5764-9183)* contribuiu para o delineamento da pesquisa, análise dos dados, revisão crítica do manuscrito e aprovação de sua versão final. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Zoboli ELCP. Bioética e atenção básica: para uma clínica ampliada, uma Bioética clínica ampliada. *Mundo saúde*. 2009; 33(2):195-204.
2. Junges JR, Barbiani R, Zoboli ELCP. Vulneração programática como categoria explicativa dos problemas éticos na atenção primária à saúde. *Trab. educ. saúde*. 2018; 16(3):935-53.
3. Junges JR, Zoboli ELCP. Bioética e saúde coletiva: convergências epistemológicas. *Ciênc. Saúde Colet*. 2012; 17(4):1049-60.
4. Junges JR, Zoboli ELCP, Schaefer R, et al. Validação da compreensibilidade de um instrumento sobre problemas éticos na atenção primária. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2014; 35(1):148-56.
5. Junges JR, Zoboli ELCP, Patussi MP, et al. Construção e validação do instrumento “Inventário de problemas éticos na atenção primária em saúde”. *Rev. Bioét*. 2014; 22(2):309-17.
6. Gomes D, Zoboli ELCP, Finkler M. Problemas éticos na saúde bucal no contexto da atenção primária à saúde. *Physis*. 2019 [acesso em 2021 set 1]; 29(2):e290208. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290208>.
7. Gomes D, Ramos FRS. Solidariedade, aliança e comprometimento do profissional da saúde nas práticas do Sistema Único de Saúde (SUS): um debate bioético. *Interface*. 2015; 19(52):9-20.
8. Vidal SV, Motta LCS, Gomes AP, et al. Problemas bioéticos na Estratégia Saúde da Família: reflexões necessárias. *Rev. Bioét*. 2014; 22(2):347-57.
9. Sotero M. Vulnerabilidade e vulneração: população de rua, uma questão ética. *Rev. Bioét*. 2011; 19(3):799-817.
10. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2016.
11. Souza J. *Subcidadania brasileira: para entender o país além do jeitinho brasileiro*. Rio de Janeiro: LeYa; 2018.
12. Souza J. *A elite do atraso: da escravidão à lava-jato*. Lisboa/Portugal: Leya; 2017.
13. Fernandes F. *A revolução burguesa no Brasil: ensaio de interpretação sociológica*. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar; 1981.
14. Soares FJP. Aporofobia e a ética da corresponsabilidade e da hospitalidade cosmopolita em Adela Cortina. *RBB, Rev. Bras. Bioét*. 2018 [acesso em 2021 set 1]; 14(e10):1-13. Disponível em: <https://doi.org/10.26512/rbb.v14i0.16729>.
15. Chauí M. *A ideologia da competência*. Belo Horizonte: Autêntica Editora; São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo; 2014.
16. Caponi SN. Dispositivos de segurança, psiquiatria e prevenção da criminalidade: o TOD e a noção de criança perigosa. *Saude soc*. 2018; 27(2):298-310.
17. Minayo MCS. *Violência e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.
18. Minayo MCS, Souza ER, Silva MMA, et al. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. *Ciênc. Saúde Colet*. 2018; 23(6):2007-16.
19. Waiselfisz JJ. *Mapa da Violência: homicídios por armas de fogo, 2016*. Brasília, DF: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPPIR); Secretaria de Governo da Presidência da República, Secretaria Nacional de Juventude (SNJ); Flacso Brasil; 2016.
20. Budó MLD, Silva SO, Schimith MD, et al. Violência e vulnerabilidade: um panorama da produção científica. *Saúde (Sta Maria)*. 2010; 36(1):15-22.
21. Silva Filho CC. *Educação para a paz na formação*

- em saúde: diálogos e utopias em Paulo Freire. [tese]. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 2017. 297 p.
22. Malta DC, Minayo MCS, Soares Filho AM, et al. Mortalidade e anos de vida perdidos por violências interpessoais e autoprovocadas no Brasil e Estados: análise das estimativas do Estudo Carga Global de Doença, 1990 e 2015. *Rev. bras. epidemiol.* 2017; 20(supl1):142-56.
 23. Santos MS, Silva JG, Branco JGO. O Enfrentamento à violência no âmbito da estratégia de saúde da família: desafios para a atenção em saúde. *Rev Bras Promoç Saúde.* 2017; 30(2):229-38.
 24. Marinho F, Passos VMA, França EB. Novo século, novos desafios: mudança no perfil da carga de doença no Brasil de 1990 a 2010. *Epidemiol. Serv Saúde.* 2016; 25(4):713-24.
 25. Almeida NR, Bezerra Filho JG, Marques LA. Análise da produção científica sobre a violência no trabalho em serviços hospitalares. *Rev. bras. med. trab.* 2017; 15(1):101-12.
 26. Lazari AH, Hungaro AA, Okamoto ARC, et al. Famílias em território vulnerável e motivos para o não uso de drogas. *Rev. eletrônica enferm.* 2017 [acesso em 2021 set 1]; (19):a11. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v19.38380>.
 27. Schramm FR. Dialética entre liberalismo, paternalismo de Estado e biopolítica. Análise conceitual, implicações bioéticas e democráticas. *Rev. Bioét.* 2014; 22(1):10-7.
 28. Lemos FCS, Bicalho PPG, Alvarez MC, et al. Governamentalidades neoliberais e dispositivos de segurança. *Psicologia & Sociedade.* 2015; 27(2):331-39.
 29. Reishoffer JC, Bicalho PPG. Insegurança e produção de subjetividade no Brasil contemporâneo. *Fractal rev. psicol.* 2009; 21(2):425-44.
 30. Castel R. La discriminación negativa: ciudadanos o indígenas? Barcelona: Hacer SL; 2010.
 31. Souza TPS. O nascimento da biopolítica das drogas e a arte liberal de governar. *Fractal rev. psicol.* 2014; 26(3):979-97.
 32. Junges JR. O nascimento da bioética e a constituição do biopoder. *Acta bioeth.* 2011; 17(2):171-78.
 33. Schramm FR. A bioética como forma de resistência à biopolítica e ao biopoder. *Rev. Bioét.* 2010; 18(3):519-35.
 34. Chaves SCL, Moysés S. Política e saúde: conceitos básicos e abordagens teórico-metodológicas para análise política em saúde bucal. In: Chaves SCL, organizadora. *Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática.* Salvador: EDUFBA; 2016. p. 13-46.
 35. Kebian LVA, Cecchetto F. Violência urbana, saúde e “sentimento”: percepção dos profissionais da estratégia saúde da família. *Rev. baiana saúde pública.* 2017; 41(1):224-35.
 36. Peixoto ALA, Vieira MLF, Costa ACS, et al. Dependência química pelo crack: vivências e percepções dos discentes do internato de um curso médico. *Medicina (Ribeirão Preto).* 2016; 49(1):35-44.
 37. Barros JPP, Benício LFS. Eles nasceram para morrer: uma análise psicossocial da problemática. *Rev. psicol. (Fortaleza, Online).* 2017 [acesso em 2021 set 1]; 8(2):34-43. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/psicologiaufc/article/view/19313>.
 38. Di Fabio C, Cosso AA. Efectos de las adicciones en la práctica odontológica: un problema de salud pública. *Rev. Fundac. Juan Jose Carraro.* 2015; 20(40):20-28.

Recebido em 06/10/2021
Aprovado em 23/12/2021
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Disponibilidade de estrutura e das atividades profissionais da Atenção Primária à Saúde correspondentes à Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade no estado do Piauí

Availability of structure and professional activities in Primary Health Care corresponding to the Overweight and Obesity Care Line in the state of Piauí

Norma Sueli Marques da Costa Alberto¹, Denise Cavalcante de Barros², Santuzza Arreguy Silva Vitorino², Osmar de Oliveira Cardoso³

DOI: 10.1590/0103-1104202213311

RESUMO O objetivo deste trabalho é apresentar a disponibilidade de estrutura e das atividades profissionais da Atenção Primária à Saúde correspondentes à Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade no estado do Piauí. Estudo transversal descritivo que utilizou dados relacionados à linha de cuidado da obesidade dos Módulos I e II do Ciclo III do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Participaram municípios com $\geq 70\%$ das equipes contratualizadas. A disponibilidade foi classificada em ‘crítica, incipiente, intermediária e suficiente’, a partir das unidades de análise: ‘unidades de saúde e equipes’. Os dados foram estratificados por municípios e macrorregiões. Considerou-se ‘satisfatória’ a unidade de análise que dispunha de 70% ou mais dos itens. Calculou-se prevalência e razão de prevalência bruta e ajustada. Avaliaram-se 213 municípios, 964 unidades e 1.033 equipes. Encontravam-se com disponibilidade ‘satisfatória’ 71,3%, 84,0% e 97,6%, respectivamente. A disponibilidade ‘satisfatória’ estava mais concentrada entre os municípios com mais de 20.000 hab. A Macrorregião Semiárido apresentou 1,26 vez maior probabilidade de disponibilidade da estrutura e 1,03 de realização das atividades. A maioria dos municípios apresentou disponibilidade ‘satisfatória’ para a linha de cuidado. Os achados podem subsidiar outras práticas avaliativas e de planejamento da intervenção.

PALAVRAS-CHAVE Avaliação em saúde. Saúde da família. Obesidade. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT *The aim of this paper is to present the availability of structure and professional activities of Primary Health Care corresponding to the Overweight and Obesity Care Line in the state of Piauí. Descriptive cross-sectional study that used data related to the obesity care line from Modules I and II of Cycle III of the Program for Improving Primary Health Care Access and Quality. Municipalities with $\geq 70\%$ of the contracted teams participated. The availability was classified as critical, incipient, intermediate and sufficient, based on the units of analysis: health units and teams. The data were stratified by municipalities and macro-regions. The units of analysis were considered satisfactory when they had greater than or equal to 70% of the items. Prevalence and gross and adjusted prevalence ratio were calculated. 213 municipalities, 964 units and 1.033 teams were evaluated. Satisfactory availability was 71.3%, 84.0%, and 97.6%, respectively. Satisfactory availability was more concentrated among municipalities greater than 2.000 inhabitants. The semi-arid macro-region presented 1.26 times greater probability of availability of the structure and 1.03 times of carrying out the activities. Most municipalities presented satisfactory availability for the care line. The findings may support assessment and intervention planning practices.*

KEYWORDS *Health evaluation. Family health. Obesity. Primary Health Care.*

¹Centro Universitário Uninovafapi - Teresina (PI), Brasil.
normaalberto@yahoo.com.br

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

³Universidade Federal do Piauí (UFPI) - Teresina (PI), Brasil.



Introdução

A obesidade é a mais importante desordem nutricional no mundo, revelada pelo aumento constante da prevalência em diferentes faixas etárias e condições socioeconômicas¹. Do ponto de vista da saúde pública, a obesidade tem sido defendida por alguns organismos tanto como doença quanto como fator de risco para outras doenças crônicas, a exemplo de diabetes, hipertensão e câncer²⁻⁴. Como condição complexa, crônica e recorrente, expressa-se em redução da qualidade de vida, maior carga de doenças e limitações sociais para indivíduos com obesidade e seus familiares⁵.

Definida como o acúmulo excessivo de gordura corporal, a obesidade é consequência do desbalanço energético positivo causado pelo consumo de energia superior ao gasto, condição que prejudica a saúde, eleva os riscos de complicações em médio e longo prazos e reduz a vida ativa^{1,2}. Tem-se evidência científica de que a obesidade é multicausal, estando relacionada à interação de fatores genéticos, metabólicos, comportamentais e ambientais, com este último considerado a causa substancial do aumento da prevalência⁶.

A obesidade é reflexo de sistemas alimentares e humanos complexos que estimulam o consumo excessivo de alimentos e bebidas nutricionalmente pobres, baixa ingestão de cereais, frutas e hortaliças e a inatividade física, condutas impulsionadas pela pandemia^{5,2}. Esse cenário impõe articular o cuidado individual com ações que impactem o ambiente obesogênico⁷.

Apesar desse reconhecimento, pessoas com obesidade enfrentam preconceito e estigma substanciais, que contribuem para o aumento da morbidade e mortalidade independentemente do seu peso ou do Índice de Massa Corporal (IMC)⁶. É comum culpabilizar o indivíduo com obesidade por seu estado de saúde, atribuindo-lhe rótulos como ‘resistentes’ ou ‘indisciplinados’, com hipervalorização das causas pessoais entre os condicionantes da obesidade⁷, desconsiderando diversos outros aspectos envolvidos nessa condição.

Assim como outras Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), a obesidade, em especial, a mórbida, contribui para o aumento dos gastos do Sistema Único de Saúde (SUS) e da economia nacional, por meio da mortalidade e das aposentadorias precoces, do absenteísmo e do presenteísmo⁸. No contexto da pandemia de Covid-19, a obesidade tem sido apontada como a principal comorbidade associada aos óbitos em pessoas com menos de 60 anos no Brasil⁹.

Para diagnosticar e monitorar a obesidade, a Organização Mundial da Saúde e *guidelines* de diversos países consideram o IMC a medida mais adequada a ser aplicada no âmbito populacional, servindo para avaliar ambos os sexos e as diversas faixas etárias. O IMC é obtido pela divisão do peso em quilogramas pela altura em metros ao quadrado, sendo o ponto de corte para a obesidade um índice igual ou maior que 30,0 Kg/m² corporal^{1,2,10}.

A Pesquisa Nacional de Saúde, de 2019, o mais recente inquérito populacional brasileiro representativo que apresenta dados de antropometria, revelou que a obesidade atingiu 21,8% dos homens e 29,5% das mulheres¹¹. Verifica-se ascensão do sobrepeso e da obesidade entre crianças e adolescentes, independentemente do sexo e da classe social. Muitos deles se tornarão adultos com obesidade³.

O monitoramento anual da obesidade pela Pesquisa Vigitel demonstra aumento contínuo entre os adultos desde 2006, com maior predominância entre os menos escolarizados. Atualmente, a média nacional é de 20,3%, com similaridade entre os gêneros. Em Teresina-PI, a obesidade acomete 17,6% dos maiores de 18 anos, com leve predominância entre as mulheres¹². Apesar dos esforços dos países em pactuar uma agenda para enfrentamento da obesidade, nenhum tem conseguido reverter a epidemia, e ainda existe um longo caminho a percorrer para reorientar práticas de saúde no País^{2,5}.

Uma revisão da literatura identificou 19 diretrizes e 711 recomendações relacionadas ao manejo da obesidade, as quais destacam o importante papel da Atenção Primária à Saúde (APS)¹³. No Brasil, a obesidade tem sido objeto

de políticas públicas intersetoriais, sendo o Ministério da Saúde (MS) o principal propo- sitor de ações a serem executadas de forma compartilhada com estados e municípios, como preconiza o pacto federativo, na perspectiva da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e da multipro- fissionalidade. Entre as intervenções estabele- cidas para o controle da obesidade está a Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade (LCO)¹⁴.

A LCO, estabelecida como prioridade na RAS para controle das DCNT, visa a romper com a fragmentação no atendimento integral à pessoa com obesidade e envolve: diagnós- tico; estratificação de risco, outros fatores de risco e comorbidades; oferta integral de cuidados; sistemas de informação; monitora- mento dos determinantes; intersectorialidade; financiamento; formação profissional; apoio diagnóstico e terapêutico; práticas integrativas e complementares¹⁴.

As ações previstas na LCO devem ser incor- poradas na rotina dos serviços de saúde, sem desconsiderar a necessidade de macropolíticas que oportunizem ambientes e modos de vida saudáveis¹⁵. Elas permeiam os três níveis de atenção à saúde, contudo, é na APS, por meio das equipes de Saúde da Família (eSF), que elas devem ser concentradas, tendo em vista que esse nível de atenção apresenta grande potencial de ações intersetoriais de promoção da saúde e que é onde devem ser articulados os demais níveis, por meio dos mecanismos de referência e contrarreferência^{13,14,16}.

A reorganização dos serviços, na perspec- tiva de linhas de cuidado, favorece uma abor- dagem integrada e intrassetorial da obesidade. No entanto, a estrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e o processo de trabalho das eSF são essenciais para a configuração de um modelo assistencial que contribua para a in- tegralidade do cuidado¹⁷.

Nesse sentido, o MS implantou o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), visando, pela indução financeira, a fortalecer e avaliar a gestão, o processo de trabalho e os indicadores de acesso e qualidade da APS^{18,19}. O PMAQ possibilita

avaliar quantitativamente aspectos tanto da infraestrutura quanto das atividades desen- volvidas pelas eSF^{17,18}, o que torna viável a sua utilização para mensurar as condições da APS necessárias ao desenvolvimento da LCO.

Desse modo, o estudo avaliou a disponibili- dade de estrutura e das atividades profissionais da APS correspondentes à LCO no estado do Piauí, a partir de dados do PMAQ.

Material e métodos

Estudo transversal descritivo, desenvolvido a partir de dados da avaliação externa do tercei- ro ciclo do PMAQ (2015-2017), tomando como base o Módulo I, que se refere à infraestrutura das UBS, e o Módulo II, que envolve ativida- des realizadas pelos profissionais das eSF. O banco de dados é de acesso público no *site* do MS ([https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ ciclo3/](https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo3/)), do qual foram selecionados indicado- res que possuem correspondência com a LCO. O cenário selecionado foi o estado do Piauí.

O Piauí localiza-se na Região Nordeste do Brasil e possui uma população estimada em 3.281.480 habitantes, distribuídos em 224 mu- nicípios. Para fins de planejamento e gestão, com vistas ao desenvolvimento de suas regiões, os municípios estão agrupados em 11 Territórios de Desenvolvimento e quatro Macrorregiões – Litoral, Meio-Norte, Semiárido e Cerrado –, sequencialmente, com número crescente de mu- nicípios adscritos (respectivamente, 33, 47, 70 e 74)^{20,21}. Apenas as cidades Teresina e Parnaíba apresentam mais de 100.000 hab., e, em 198 mu- nicípios, a população é inferior a 20.000 hab.²².

Entre os 224 municípios, 216 contratua- lizaram o terceiro ciclo do PMAQ. Destes, 213 foram incluídos neste estudo. O critério de inclusão adicional foi apresentarem pelo menos 70% das equipes contratualizadas. Avaliou-se a totalidade de equipes que aderiam ao programa, por isso, utilizou-se o censo e não a amostragem, não ocorrendo inferência estatística. O p foi medido apenas no cálculo da razão de prevalência.

Avaliou-se a disponibilidade de estrutura das UBS (equipamentos, insumos e documentos) e das atividades realizadas pelos profissionais das eSF que se relacionassem ao cuidado da obesidade. A escolha das variáveis deu-se pela relevância de cada item para o desenvolvimento da LCO, conforme

documentos oficiais nacionais sobre a intervenção^{2,4,14,23}. As variáveis são dicotômicas e foram avaliadas como 'sim' (= 1,0) e 'não' (= 0,0), utilizando um *check list* elaborado para esse fim, no qual constavam 13 variáveis sobre estrutura e 14 sobre atividades (tabela 1).

Tabela 1. Variáveis utilizadas para o diagnóstico da disponibilidade de estrutura e das atividades realizadas por profissionais para a Linha de Cuidado da Obesidade na Atenção Primária à Saúde no estado do Piauí

N.	I. Estrutura das Unidades Básicas de Saúde	Parâmetros	Pontuação	Pontuação
		Sim (1)/Não (0)	Máxima (PM) (pt)	Obtida (PO) (pt)
1	Balança Antropométrica 150,0kg ou 200,0 Kg	Sim(1)/Não (0)	1,0	
2	Balança Infantil	Sim(1)/Não (0)	1,0	
3	Caderneta de Saúde da Criança	Sim(1)/Não (0)	1,0	
4	Caderneta da Gestante	Sim(1)/Não (0)	1,0	
5	Caderneta do Adolescente sempre disponível	Sim(1)/Não (0)	1,0	
6	Caderneta do Idoso ou equivalente sempre disponível	Sim(1)/Não (0)	1,0	
7	Fita Métrica	Sim(1)/Não (0)	1,0	
8	Entrada externa adaptada para cadeiras de rodas	Sim(1)/Não (0)	1,0	
9	Corrimão nos locais não nivelados (ex.: escadas, rampas...)	Sim(1)/Não (0)	1,0	
10	Todas as portas internas adaptadas para cadeira de rodas	Sim(1)/Não (0)	1,0	
11	Régua Antropométrica Adulto	Sim(1)/Não (0)	1,0	
12	Régua Antropométrica Infantil	Sim(1)/Não (0)	1,0	
13	Sala exclusiva para atividades coletivas	Sim(1)/Não (0)	1,0	
Subtotal I			13,0	
II. Atividades realizadas pelas Equipes de Saúde da Família				
1	Encaminha para serviço especializado	Sim(1)/Não (0)	1,0	
2	Exames solicitados pela equipe e ofertados pela rede de serviços (Creatinina)	Sim(1)/Não (0)	1,0	
3	Exames solicitados pela equipe e ofertados pela rede de serviços (Perfil Lipídico)	Sim(1)/Não (0)	1,0	
4	Exames solicitados pela equipe e ofertados pela rede de serviços (Hemoglobina Glicosilada)	Sim(1)/Não (0)	1,0	
5	Oferta ações voltadas à atividade física	Sim(1)/Não (0)	1,0	
6	Desenvolve ações de promoção do aleitamento materno exclusivo p/ crianças até seis meses	Sim(1)/Não (0)	1,0	
7	Desenvolve ações de estímulo à introdução de alimentos saudáveis e aleitamento materno continuado a partir dos seis meses da criança	Sim(1)/Não (0)	1,0	
8	Realiza avaliação antropométrica (peso e altura) dos usuários atendidos	Sim(1)/Não (0)	1,0	

Tabela 1. (cont.)

9	Utiliza a caderneta de saúde da criança para o seu acompanhamento	Sim(1)/Não (0)	1,0
10	A equipe realiza consulta de puericultura em crianças de até dois anos (crescimento/desenvolvimento)	Sim(1)/Não (0)	1,0
11	Registra o estado nutricional das crianças do território)	Sim(1)/Não (0)	1,0
12	Desenvolve ações voltadas à promoção à saúde/Ações de apoio ao autocuidado	Sim(1)/Não (0)	1,0
13	Utiliza o novo Guia Alimentar para a População Brasileira	Sim(1)/Não (0)	1,0
14	Realiza o acompanhamento de usuários com obesidade (IMC ≥ 30 kg/m ²)	Sim(1)/Não (0)	1,0
Subtotal II			14,0
TOTAL			27,0

Fonte: Banco de dados do PMAQ - III Ciclo (2015-2017)²⁴.

A disponibilidade de estrutura e das atividades foi avaliada individualmente pela diferença percentual entre a Pontuação Máxima Possível (PMP) e a Pontuação Obtida (PO), conforme a fórmula: $\text{Escore Final} = (\sum PO / \sum PMP) \times 100$. A disponibilidade de cada unidade de análise foi classificada de acordo com os pontos de corte em ‘crítica’ – pontuação entre 0,0 e 49% (zero a seis itens); ‘incipiente’ – entre 50% e 69% (sete a nove itens); ‘intermediária’ – entre 70% e 89% (10 a 12 itens); e ‘suficiente’ – ≥ 90% (13 a 14 itens). Os pontos de corte foram definidos a partir dos referenciais da LCO.

Buscando identificar a melhor situação das unidades de análise, considerou-se disponibilidade ‘satisfatória’ aquela com 70% ou mais dos itens investigados (classificações ‘intermediária’ e ‘suficiente’), por entender ser esse ponto de corte o mínimo necessário para a oferta de componentes da LCO, uma intervenção recente, em fase de implantação. Em seguida, os dados foram estratificados por porte populacional dos municípios e por macrorregiões. Adotou-se a mesma classificação para analisar a disponibilidade nesses estratos, utilizando-se a medida da prevalência para analisá-la nos municípios e a razão de prevalência e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) para compará-la por macrorregiões.

Os dados foram processados no Programa Microsoft Office Excel® (Microsoft Corp., Estados Unidos) e no *software* estatístico Stata® 14.0, com licença 10027 (Stata Corp, College Station, Estados Unidos), e organizados pelas Macrorregiões de Saúde e o perfil populacional dos municípios²². Para confecção dos mapas, foi utilizado o programa Qgis 3.10.

Resultados

Dos 216 municípios que contratualizaram o terceiro ciclo do PMAQ, participaram da pesquisa 213, os quais possuíam 70% ou mais das equipes contratualizadas. Foram avaliadas 964 UBS quanto às variáveis do Módulo I, e 1.033 eSF quanto às variáveis do Módulo II. Entre os municípios, 32,9% localizavam-se na Macrorregião Cerrado, seguidos de 31,5% no Semiárido, 21,6% no Meio-Norte e 14,1% no Litoral. A maioria possuía menos de 5.000 habitantes (37,6%) e 34,3% entre 5.000 e 10.000.

Com relação à estrutura, no que se refere aos ‘recursos materiais’, os mais disponíveis foram régua antropométrica para adultos (94,2%), fita métrica (94,0%), balança plataforma (93,8%) e balança infantil (93,4%). As cadernetas de saúde constavam em mais de

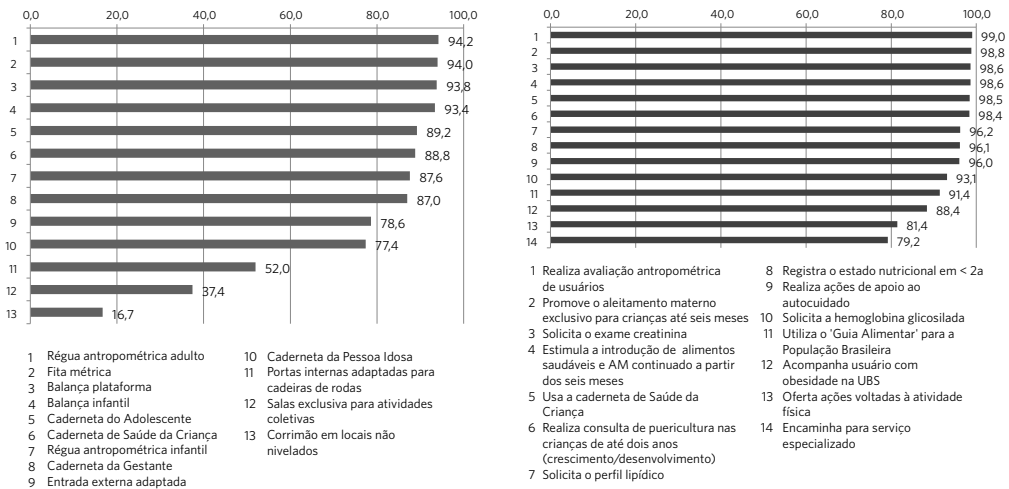
77,0% das UBS; a de adolescente foi a mais mencionada (89,2%); e do idoso foi a menos referida (77,4%). Entre os itens da ‘estrutura física’, os menos disponíveis foram corredor em locais não nivelados (16,7%) e salas exclusivas para atividades coletivas (37,4%) (gráfico 1).

Com relação às atividades desenvolvidas pelas eSF, a avaliação antropométrica foi a mais frequente (99,0%), seguida do estímulo ao consumo alimentar saudável para crianças, como promoção do aleitamento materno para menores de seis meses (98,8%) e estímulo à introdução de alimentos saudáveis e aleitamento materno continuado (98,6%). O acompanhamento infantil foi identificado

pelo uso da caderneta (98,5%, N = 1.017), da consulta de puericultura (98,4%) e do registro do estado nutricional de menores de 2 anos (96,1%) (gráfico 1).

A solicitação de exames bioquímicos também consta entre as práticas mais mencionadas, variando de 98,6% da creatinina a 93,1% da hemoglobina glicosilada. O incentivo à autonomia dos usuários foi identificado por apoio ao autocuidado (96,0%), pelo uso do ‘Guia Alimentar’ (91,4%) e pela promoção da atividade física (81,4%). As equipes realizavam o acompanhamento das pessoas obesas (88,4%) e o encaminhamento a serviço especializado (79,2%) (gráfico 1).

Gráfico 1. Distribuição (%) das Unidades Básicas de Saúde (N=964) segundo a disponibilidade de equipamentos e insumos e das atividades profissionais que conformam a estrutura para a Linha de Cuidado da Obesidade na Atenção Primária à Saúde no Piauí. PMAQ - III Ciclo (2015-2017). Piauí, Brasil, 2021



Fonte: elaboração própria, a partir do Banco de dados do PMAQ - III Ciclo (2015-2017)²⁴.

A partir dos critérios utilizados, identificaram-se 84% das UBS e 97,6% das eSF com disponibilidade ‘satisfatória’ para o funcionamento da LCO, ou seja, com, pelo menos, 70% dos itens avaliados. Essa condição apresentou semelhança entre os municípios com até 5.000 hab. (85,8%) e os de 10.001 a 20.000 hab (85,9%); a maior prevalência foi identificada entre aqueles

com mais de 20.000 hab. (87,4%) (tabela 2). Quanto às macrorregiões, o Semiárido apresentou a melhor disponibilidade de estrutura (92,1%), seguido do Litoral (86,6%). A disponibilidade de atividades profissionais apresentou pouca diferença entre as regiões e entre os portes dos municípios, ficando acima de 96% em todos (tabela 2).

Tabela 2. Distribuição (%) das Unidades Básicas de Saúde e equipes de Saúde da Família segundo a disponibilidade de estrutura e realização das atividades profissionais para a Linha de Cuidado da Obesidade (CI \geq 70%). PMAQ - III Ciclo (2015-2017). Piauí, Brasil, 2020

VARIÁVEIS	UBS			ESF		
	Total	Disponibilidade satisfatória de estrutura		Total	Disponibilidade satisfatória de atividades	
		N.	%		N.	%
Piauí	964	810	84,0	1.033	1.008	97,6
Porte Municipal						
Até 5.000 hab.	134	115	85,8	143	138	96,5
De 5.000 a 10.000 hab.	231	175	75,8	251	242	96,4
De 10.001 a 20.000 hab.	219	188	85,9	234	227	97,0
> 20.000 hab.	380	332	87,4	405	401	99,0
Macrorregião						
Cerrado	239	174	72,8	266	257	96,6
Litoral	246	213	86,6	258	251	97,3
Meio Norte	226	190	84,1	241	234	97,1
Semiárido	253	233	92,1	268	266	99,3

Fonte: elaboração própria a partir do Banco de dados do PMAQ - III Ciclo (2015-2017)²⁴.

As análises bruta e ajustada, realizadas para verificar a associação entre a disponibilidade e o porte populacional dos municípios e as macrorregiões de saúde, evidenciaram estatisticamente que o Semiárido tem 1,26 vez maior probabilidade da disponibilidade de estrutura em relação ao Cerrado. Embora sem significância estatística, mas como tendência, em seguida, aparece o Litoral, com prevalência 19% maior em relação ao Cerrado (tabela 3); a disponibilidade da estrutura foi 15% maior

entre as UBS dos municípios com mais de 20.000 hab.

De forma semelhante, a disponibilidade das atividades profissionais foi mais prevalente nos municípios com mais de 20.000 hab. (1,16) e no Semiárido (1,03) (tabela 3). O ajuste do modelo somente permitiu identificar diferença estatística significativa quanto à estrutura no Semiárido em relação às demais verificações, restringindo suposições e inferências dos achados.

Tabela 3. Prevalência e razão de prevalência das condições para implantação da Linha de Cuidado da Obesidade (CI \geq 70%) segundo a estrutura das Unidades Básicas de Saúde e as atividades das equipes de Saúde da Família no estado do Piauí. PMAQ - III Ciclo (2015-2017). Piauí, Brasil, 2021

Variáveis	Disponibilidade de Estrutura					Realização das Atividades Profissionais				
	Total UBS	RP* (IC 95%) Bruta	p	RP (IC 95%) Ajustada	p	Total ESF	RP (IC 95%) Bruta	p	RP (IC 95%) Ajustada	p
Piauí	810					1.008				
Porte Municipal										
< 5.000 hab.	115	1,13 (0,90;1,43)	0,299	1,18 (0,93;1,50)	0,172	138	1,11 (0,88;1,39)	0,369	1,10 (0,88; 1,39)	0,406
De 5.000 a 10.000 hab.	175	1,00 (-)	-	1,00 (-)	-	242	1,00 (-)	-	1 (-)	
De 10.001 a 20.000 hab.	188	1,13 (0,92;1,39)	0,234	1,15 (0,93; 1,41)	0,196	227	1,08 (0,89; 1,32)	0,428	1,08 (0,88; 1,32)	0,447
>20.000 hab.	332	1,15 (0,96;1,38)	0,127	1,17 (0,97; 1,42)	0,101	401	1,16 (0,97; 1,39)	0,105	1,18 (0,98; 1,42)	0,084
Macrorregião										
Cerrado	174	1,00 (-)	-	1,00 (-)	-	257	1,00 (-)	-	-	-
Litoral	213	1,19 (0,97;1,45)	0,090	1,18 (0,96; 1,47)	0,116	251	1,01 (0,85; 1,20)	0,938	-	-
Meio Norte	190	1,15 (0,94;1,42)	0,170	1,15 (0,94; 1,42)	0,174	234	1,00 (0,84; 1,20)	0,956	-	-
Semiárido	233	1,26 (1,04;1,54)	0,019	1,29 (1,06; 1,57)	0,011	266	1,03 (0,86; 1,22)	0,758	-	-

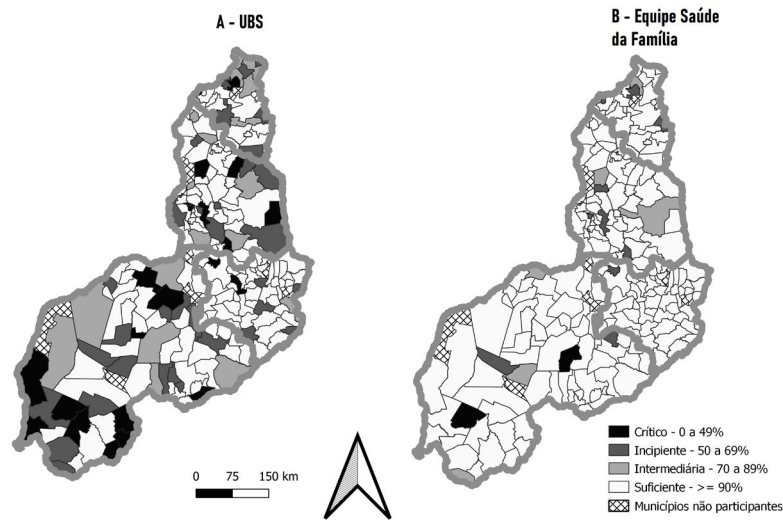
Fonte: elaboração própria a partir do Banco de dados do PMAQ - III Ciclo (2015-2017)²⁴.

*Razão de Prevalência.

Quanto aos municípios em geral, no que se refere à estrutura, 6,0% encontravam-se com disponibilidade 'crítica', 23,3% 'incipiente', 67,5% 'intermediária' e 3,1% 'suficiente'. Quanto às atividades profissionais, 1,0% encontrava-se com disponibilidade 'crítica',

1,5% 'incipiente', 17,7% 'intermediária' e 79,9% 'suficiente'. Ao observar ambos os aspectos, 71,3% dos municípios encontravam-se com disponibilidade 'satisfatória' das variáveis correspondentes à LCO na APS (*figura 1*).

Figura 1. Distribuição dos municípios segundo a categoria de disponibilidade de estrutura das UBS e das atividades das equipes de Saúde da Família no Piauí. PMAQ – III Ciclo (2015-2017). Piauí, Brasil, 2021



Fonte: elaboração própria.

Discussão

A prevalência de obesidade no estado do Piauí passou de 10,5%, em 2006, para 17,6%, em 2019¹², e dados do público acompanhado pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), em 2021, demonstram elevação da obesidade com o aumento da idade em ambos os sexos, a partir dos cinco anos¹¹. Esse cenário tem fomentado políticas públicas específicas para intervirem sobre o problema, como a LCO, no âmbito da APS¹⁴. A LCO foi elaborada pela gestão estadual e aprovada na Comissão Intergestores Bipartite em 2016²⁵, mas, segundo o relato de gestores estaduais, a sua implantação ainda se encontra incipiente na APS, recebendo menos atenção que a área cirúrgica do agravo.

Por outro lado, o perfil epidemiológico de obesidade identificado na capital do Piauí¹² indica a importância da priorização política desse importante problema de saúde pública, que, por sua vez, demanda decisão, atuação intersetorial e envolvimento profissional para

implantação da LCO nos municípios. Este artigo descreve a disponibilidade da estrutura e das atividades profissionais da APS correspondentes à LCO no estado do Piauí, a partir da análise de dados do PMAQ, que podem ser elementos indicativos da implantação da LCO.

O cuidado da obesidade tem na APS um espaço privilegiado, tendo em vista a sua alta capilaridade, a sua proximidade com o cotidiano das pessoas e por ser estratégica para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e controle do excesso de peso^{4,13,14,17}. O seu fortalecimento pode contribuir para a implantação de atividades específicas da LCO, como a referência de usuários para os demais níveis de atendimento das RAS^{17,26}.

Muitos aspectos são comuns à LCO e à APS, especialmente no que refere à estrutura física, disponibilidade de recursos humanos e materiais, além de atividades essenciais do processo de trabalho, como a avaliação do estado nutricional e o cuidado individual e coletivo^{4,14,18}. Nessa perspectiva, foram consideradas com disponibilidade ‘satisfatória’

as UBS que apresentaram mais de 70% dos itens avaliados e as eSF que realizaram mais de 70% das atividades correspondentes à LCO. A atenção à pessoa com obesidade requer VAN para a identificação dos casos, a estratificação de risco e a organização da oferta do cuidado, e os indicadores do PMAQ possibilitam a avaliação quantitativa desses aspectos na APS^{4,18,17}.

As UBS encontravam-se ‘satisfatórias’ quanto à estrutura necessária para a antropometria. Investir na antropometria dos usuários do SUS permite identificar grupos de risco, traçar um plano de intervenção e avaliar o impacto de intervenções, como a LCO, visando a uma condição favorável de saúde e nutrição da população^{15,23,27}.

A presença significativa de equipamentos antropométricos nas UBS pode estar relacionada à estratégia de vincular o Programa Bolsa Família à VAN como uma condicionalidade de saúde, o que promoveu um aumento da cobertura de 57,17% para 85,78% entre 2008 e 2013²⁸. Esse perfil de disponibilidade de equipamentos também foi identificado por Brandão et al.¹⁷ em seu estudo nas UBS do País.

Para a VAN, pesar e medir são práticas elementares que requerem equipamentos, local e técnicas adequados. A balança calibrada e bem posicionada permite monitorar adequadamente o ganho da massa corporal, indicando seu distanciamento do padrão de normalidade estabelecido para pessoas saudáveis. A régua antropométrica possibilita o monitoramento do crescimento linear em crianças e adolescentes e a avaliação da altura do(a) adulto(a)/idoso(a)²⁷.

O controle das DCNT, como a obesidade, requer diagnóstico nutricional e acompanhamento sistemático por equipe multiprofissional. O monitoramento do estado nutricional, associado ao do consumo alimentar, deve orientar o cuidado nutricional, a prevenção dos distúrbios nutricionais e a promoção da saúde^{19,29}. Estabelecer uma agenda de enfrentamento, com previsão de atividades sistemáticas e efetivas, pode influenciar positivamente o agravo e ser coerente com a atenção

nutricional, que tem entre suas prioridades as DCNT³⁰.

O governo federal prevê um financiamento específico para as ações de alimentação e nutrição, o Fundo de Alimentação e Nutrição (FAN), que é destinado ao custeio de serviços e despesas de estruturação e implementação de ações, como a VAN²⁷. No Piauí, apenas 16 municípios são contemplados pelo FAN, por atenderem ao critério populacional (30.000 ou mais hab.). Desse modo, a presença relevante de equipamentos antropométricos nas UBS do estado parece resultar de investimentos locais da APS e intersetoriais de outras fontes para a estruturação da VAN, como os Pisos de Atenção Básica e de Vigilância e Promoção da Saúde, do PMAQ, do Programa Academia da Saúde, do Programa Saúde na Escola, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família¹⁴.

O uso de indicadores antropométricos na avaliação nutricional é uma prática factível e necessária nas UBS, pois é de simples realização, baixo custo e é básica para o diagnóstico. O acompanhamento pela VAN alcançou mais de 99% dos municípios brasileiros entre 2008 e 2013, e as maiores frequências de cobertura ocorreram no Norte e no Nordeste; no Piauí, aumentou de 17,91% para 23,78%²⁸.

Quanto às cadernetas, as quais devem ser utilizadas como rotina por profissionais, usuários, familiares e cuidadores, estavam disponíveis na maioria dos serviços, o que contribui para a continuidade do cuidado. Além de acessíveis, as cadernetas devem ser corretamente preenchidas para contribuir para a identificação de riscos à saúde e nutrição, além de se constituírem em instrumento de educação em saúde.

Sobre os aspectos da estrutura física, mais de dois terços das UBS possuíam entrada adaptada para cadeiras de rodas. Entretanto, menos da metade dos serviços dispunha de salas para atividades coletivas; portas internas adaptadas constavam em pouco mais da metade, e o apoio do corrimão só foi identificado em menos de um quinto desses serviços. Limitações dessa natureza têm forte impacto

sobre o desenvolvimento da LCO, que preconiza uma estrutura que possibilite acolhimento integral ao usuário que demanda o serviço.

A baixa presença de corrimão nas UBS revela-se um importante limitador para a acessibilidade, tendo em vista que locomoção é uma dificuldade comum entre os usuários que frequentam as unidades, seja por condições agudas ou crônicas ou por fases da vida, como é o caso de pessoas com obesidade, pessoas idosas, deficientes físicos e gestantes. Ademais, a insuficiência do corrimão se mostra como um fator de risco para queda e traumas consequentes nesse público, o que traria danos adicionais para as pessoas e suas famílias, além de ser oneroso para o SUS.

Esses dados da estrutura física são coerentes com os descritos no primeiro Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde, em 2012, que identificou diversas barreiras arquitetônicas comprometedoras da acessibilidade do usuário, tendo nas regiões Norte e Nordeste a pior situação, como, por exemplo, a presença de corrimão (menos de 3%) e de corredor e portas de entrada para cadeiras de rodas (menos de 16%)³¹.

As condições de estrutura das UBS são determinantes para o desenvolvimento das ações de saúde, pois instrumentalizam os técnicos para as condutas previstas nos protocolos ou diretrizes de atendimento, bem como facilitam o acesso do público ao serviço. A inexistência ou incipiência de elementos de acessibilidade comprometem a entrada e o acompanhamento das condições de saúde e nutrição dos usuários.

Sobre as atividades realizadas pelas eSF, a antropometria está coerente com a disponibilidade de equipamentos nas UBS. A avaliação antropométrica em todas as fases da vida é uma das atribuições da APS e possibilita, além da identificação de risco nutricional, o reconhecimento de morbidades associadas e o planejamento de intervenções em saúde e nutrição^{15,29,30,32}. Os resultados foram muito superiores aos encontrados por Brandão et al.¹⁷, que identificaram a avaliação antropométrica em 64,1% das equipes do Brasil.

No que se refere à análise do consumo alimentar, indicador relevante a ser utilizado junto à antropometria para uma adequada avaliação nutricional e o monitoramento do padrão alimentar de indivíduos e grupos populacionais, não foi possível investigar por não compor as variáveis do PMAQ.

A promoção da alimentação saudável, atividade inerente aos profissionais da APS, possibilita empoderamento dos usuários ou dos responsáveis para prevenção e manejo de agravos e autonomia para escolhas e condutas adequadas^{26,32}. Nesse sentido, o ‘Guia Alimentar da População Brasileira’ se confirmou como um instrumento estratégico⁴ e se revelou amplamente utilizado na APS.

Neste estudo, foram identificadas promoção do aleitamento materno para menores de seis meses, da alimentação complementar oportuna, consultas de puericultura e registro do estado nutricional de menores de dois anos associados ao uso do ‘Guia Alimentar’. Esses achados indicam o compromisso das equipes com a situação alimentar e nutricional e com a prevenção de doenças nas crianças pequenas e nas suas fases futuras de vida.

Ainda com relação à promoção da saúde, percentual significativo das eSF ofertava ações para a atividade física. A oferta de atividade física entre as equipes que dispõem de educador(a) físico, e quando associada à orientação alimentar saudável, apresenta evidências na prevenção da obesidade e no controle de DCNT^{2,5}.

A continuidade do tratamento das DCNT requer dos indivíduos um vínculo mais próximo e sistemático com os serviços de saúde. No contexto da pandemia de Covid-19, a obesidade aparece entre as principais comorbidades associadas ao agravamento dos casos e dos óbitos entre menores de 60 anos⁹. Nesse sentido, o acompanhamento de pessoas obesas e o encaminhamento oportuno para serviços especializados podem favorecer a integralidade do cuidado.

As ações desenvolvidas pelas eSF para o controle da obesidade são pautadas por um

conjunto de políticas e ações do MS, as quais orientam integração e organização das ações da gestão e do cuidado a partir de um pacto entre os pontos de atenção da RAS e destes com sistemas de apoio e logística para assistir o(a) usuário(a)^{7,14,31}. Investir nesses elementos de processo de trabalho contribui para o direito à saúde.

A disponibilidade da estrutura e das atividades profissionais foi menor na Macrorregião Cerrado, que possui menos UBS e tem apresentado, coincidentemente, ao longo da última década, menor captação de recursos para projetos locais que deveriam fomentar o processo de regionalização do estado, como verificado por Nobre e Carvalho²¹ em um levantamento sobre recursos de contratos (convênios e parcerias) entre agentes regionais e órgãos públicos destinados a projetos dos Territórios de Desenvolvimento e, por conseguinte, das macrorregiões. Por outro lado, o Semiárido, com mais serviços e melhor aporte de recursos, apresentou maior prevalência desses critérios.

A disponibilidade de estrutura e de atividades profissionais encontrava-se mais 'satisfatória' entre os municípios com população superior a 20.000 hab., o que pode estar relacionado a um maior aporte de investimentos financeiros, estruturação e capacidade de gestão localregional.

É importante reconhecer que, apesar da maioria dos municípios (mais de 2/3) encontrar-se com disponibilidade 'satisfatória', há um percentual não desejável de UBS com barreiras arquitetônicas, as quais precisam ser reconhecidas e, com esforços intersetoriais e interdisciplinares, ajustadas para virem a contribuir para a integralidade do cuidado da obesidade. Melhorar o gerenciamento da obesidade na APS é essencial para reduzir as comorbidades e os custos associados, bem como para aumentar a qualidade de vida das pessoas por ela acometidas^{10,16}.

Os resultados sugerem que os municípios com população entre 5.000 e 10.000 hab., que apresentaram menor disponibilidade, requerem mais atenção da gestão

político-administrativa dos sistemas de saúde locais, com institucionalização das políticas relacionadas à LOC, investimentos públicos e assessoria para a efetiva implantação dessa intervenção.

O panorama 'satisfatório' de disponibilidade identificado em mais de dois terços dos municípios contrasta do perfil crescente e elevado de obesidade do estado¹², o que suscita o questionamento sobre quais outros elementos interferem no âmbito local sobre o desenvolvimento do agravo e sobre o seu enfrentamento. Indica, portanto, a necessidade de investigações complementares, que envolvam o contexto social do agravo e da LCO, de forma a identificarem potencialidades e limites próprios para controlar a obesidade e implantar a respectiva linha de cuidado.

Cabe destacar que a análise foi feita a partir de dados secundários do PMAQ, que informam sobre a APS de uma forma geral e não especificamente sobre a LCO. Nessa perspectiva, os dados são limitados para avaliar todos os aspectos da intervenção, já que as informações disponíveis dizem respeito à presença ou ausência do item ou à realização ou não da atividade, que são comuns entre a APS e a LCO. Estudos dessa natureza apresentam, ainda, limitação de confiabilidade das informações por possíveis sub-registros, erros de coleta, digitação ou armazenamento dos dados²⁸. Ademais, o atrelamento da avaliação ao repasse de recursos pode levar o município a escolher para as entrevistas as equipes com melhor desempenho, podendo gerar dados enviesados.

Entretanto, no PMAQ, a avaliação externa dos módulos I e II comporta padrões específicos para avaliar a infraestrutura das UBS e o processo de trabalho das eSF¹⁷. O método adotado para investigação da disponibilidade da estrutura e das atividades profissionais correspondentes à LCO, a partir de dados do PMAQ, classificando-as segundo os pontos de corte definidos tendo em vista os referenciais teórico-legais da intervenção, possibilitou a análise de um número significativo de

variáveis. A partir delas foi possível traçar panoramas desses componentes da intervenção em diversos estratos de análise – UBS, equipes, municípios e macrorregiões.

Nesse sentido, considerando ser a LCO uma intervenção complexa, de abrangência nacional, o referido método mostrou-se capaz de fornecer subsídios para apontar potencialidades e fragilidades da estrutura e das atividades profissionais dessa intervenção na APS de municípios do estado do Piauí, bem como de outros estados e em âmbito nacional, a exemplo do estudo de Brandão et al.¹⁷, que analisaram critérios semelhantes na APS no Brasil e concluíram que a disponibilidade de estrutura nas UBS analisadas tem potencial para sustentar ações de cuidado à obesidade, enquanto o processo de trabalho mostrou-se incipiente.

Considerações finais

A LCO, pelo conjunto de diretrizes que envolve e por sua natureza intersetorial e interdisciplinar, mostra-se uma intervenção complexa e, portanto, bastante desafiadora para os sistemas de saúde. Esse fato requer, para a sua implantação, esforços em diversas frentes locais e articulação interfederativa para garantir bases para a organização e o exercício do cuidado no contexto das RAS do SUS.

A disponibilidade de estrutura e de atividades profissionais na APS correspondentes ao cuidado da obesidade que foram identificadas nesta pesquisa revelou que a maioria dos municípios dispõe de um panorama ‘satisfatório’ dessas variáveis quantitativas para a implantação da LCO no âmbito da APS, apesar de ainda se verificarem barreiras arquitetônicas nos serviços, que limitam o acesso, o início e/ou a continuidade do cuidado. Tais resultados

são coerentes com os documentos oficiais da intervenção e com os investimentos federais para estruturação das UBS e avaliação da qualidade dos serviços nelas oferecidos, como os do FAN, do PMAQ, entre outros.

Esses componentes das UBS são imprescindíveis para o funcionamento da LCO na APS, de forma que sua identificação e sistematização podem indicar quais aspectos estão mais avançados e quais aspectos ainda carecem de atenção e investimentos adequados por parte dos gestores para que o cuidado dos usuários com obesidade seja feito de forma apropriada, condizente com a integralidade preconizada nas políticas públicas de saúde.

Os resultados encontrados podem contribuir para o planejamento de intervenções no âmbito da gestão e do cuidado à saúde da pessoa com obesidade, na medida em que fornecem um panorama de marcadores correspondentes à LCO. Ademais, podem subsidiar avaliações futuras nas diversas instâncias de saúde, em especial, nos municípios com melhores condições para o funcionamento da LCO em relação aos demais, a fim de compreender que outros elementos, como cognitivos, sociais e culturais, estão envolvidos no panorama encontrado.

Colaboradores

Alberto NSMC (0000-0002-9412-0817)* idealizou e elaborou a proposta de pesquisa, participou da organização e da análise dos dados e escreveu a versão final do artigo. Barros DC (0000-0001-5016-0844)*, Vitorino SAS (0000-0001-7258-631X)* e Cardoso OO (0000-0001-6093-7629)* contribuíram igualmente para a elaboração da proposta de pesquisa, a análise dos dados e a revisão da versão final do artigo. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: WHO; 2000. [acesso em 2021 mar 2]; Disponível em: https://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/.
2. World Health Organization. Obesity and overweight. Geneva: WHO; 2020. [acesso em 2021 mar 28]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/obesity-and-overweight>.
3. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Atualização da diretriz de prevenção cardiovascular da sociedade brasileira de cardiologia 2019. Arq Bras Cardiol. [acesso em 2021 mar 28]; 113(4):787-891. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/portal/abc/portugues/2019/v11304/pdf/11304022.pdf>.
4. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Brasília, DF: MS; 2014.
5. Swinburn BA, Kraal VI, Allender S, et al. The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission Report. The Lancet. 2019 [acesso em 2021 mar 28]; (393):791-846. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32822-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32822-8).
6. Canadian Medical Association Journal. Obesity in adults: a clinical practice guideline. CMAJ. 2020 [acesso em 2021 abr 1]; (192):E875-91. Disponível em: <https://www.cmaj.ca/content/192/31/E875>.
7. Burlandy L, Teixeira MRM, Castro LMC, et al. Models of care for individuals with obesity in primary healthcare in the state of Rio de Janeiro, Brazil. Cad. Saúde Pública. 2020 [acesso em 2021 mar 31]; 36(3):e00093419. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2020000305007&script=sci_abstract.
8. Nilson EAF, Andrade RCS, Brito DA, et al. Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. Rev. Panam. Salud Publica. 2018 [acesso em 2021 mar 28]; (44):e32. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.32>.
9. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epid. 2020; (9):1.
10. Forgione N, Deed G, Kilov G, et al. Managing Obesity in Primary Care: breaking down the barriers. Advances in Therapy. 2018 [acesso em 2020 jan 31]; (35):191-198. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s12325-017-0656-y>.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: atenção primária à saúde e informações antropométricas. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.
12. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: MS; 2020.
13. Semlitsch T, Stigler FL, Jeitler K, et al. Management of overweight and obesity in primary care – A systematic overview of international evidence based guidelines. Obesity Reviews. 2019 [acesso em 2020 abr 25]; 20(9):1218-1230. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31286668/>.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 424/GM/MS, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Diário Oficial da União. 28 Jun 2013.
15. Vitorino SAS, Cruz MM, Barros DC. Modeling of food and nutrition surveillance in primary health care. Rev Nutr. 2017 [acesso em 2018 nov 8]; 30(1):109-126. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1678-98652017000100011>.
16. Schutz DD, Busetto L, Dicker D, et al. European Practical and Patient – Centred Guidelines for Adult Obesity Management in Primary Care. Obesity Facts. 2019

- [acesso em 2019 set 12]; 12(1):40-66. Disponível em: <https://www.karger.com/Article/Fulltext/496183>.
17. Brandão AL, Reis EC, Silva CVC, et al. Estrutura e adequação dos processos de trabalhos no cuidado à obesidade na atenção básica brasileira. *Saúde debate*. 2020 [acesso em 2021 abr 5]; 44(126):678-693. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/gMtDPVxZkjJRRRdKsGGNmNf/?lang=pt&format=pdf>.
 18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). *Diário Oficial da União*. 5 Out 2015.
 19. Chaves LA, Jorge AO, Cherchiglia ML, et al. Integração da atenção básica à rede assistencial: análise de componentes da avaliação externa do PMAQ-AB. *Cad. Saúde Pública*. 2018 [acesso em 2021 abr 1]; 34(2):e00201515. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00201515>.
 20. Piauí. Secretaria de Estado da Saúde, Diretoria de Planejamento. Plano Estadual de Saúde do Piauí – 2020 a 2023. Teresina: SESAPI; 2020.
 21. Nobre CE, Carvalho KCM. Regionalização do Piauí como estratégia de desenvolvimento territorial: considerações a partir da distribuição de recursos orçamentários. *Rev. Elet. Assoc. Geó. Bras. Três Lagoas*. 2020 [acesso em 2021 ago 8]; (1):18:12. Disponível em: <https://orcid.org/0000-0002-6313-0713>.
 22. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estados – Piauí. [acesso em 2021 mar 8]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pi.html>.
 23. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Sobrepeso e Obesidade em adultos. Brasília, MS: MS; 2020.
 24. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade. 2020. [acesso em 2020 jan 10]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo3/>.
 25. Piauí. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução CIB-PI (AD) nº 042/2016. Aprova a Linha de Cuidado da Obesidade no estado do Piauí e dá outras providências. Teresina: SESAPI; 2016.
 26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica, estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 21 Set 2017.
 27. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 1.424, de 10 de julho de 2008. Estabelece o repasse anual fundo a fundo para a estruturação e implementação das ações de alimentação e nutrição no âmbito das secretarias estaduais e municipais de saúde com base na Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília, DF: MS; 2008.
 28. Nascimento FA, Silva AS, Jaime PC. Cobertura da avaliação do estado nutricional no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional brasileiro: 2008 a 2013. *Cad. Saúde Pública*. 2017 [acesso em 2019 out 21]; 33(12):e00161516. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/p8MCGwRtvvBQMyvx5RZkXmR/?format=pdf&lang=pt>.
 29. Mourão E, Gallo CO, Nascimento FA, et al. Tendência temporal da cobertura do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional entre crianças menores de 5 anos da região Norte do Brasil, 2008-2017. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2020 [acesso em 2021 abr 2]; 29(2):e2019377. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000200026>.
 30. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
 31. Santos MLM, Fernandes JM, Vicente DP, et al. Barreiras arquitetônicas e de comunicação no acesso à atenção básica em saúde no Brasil: uma análise a partir do primeiro Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde, 2012. *Epidemiol. Serv. Saú-*

de. 2020 [acesso em 2021 mar 18]; 29(2):e2018258.
Disponível em: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000200022>.

32. Pinheiro MC, Moura ALSP, Bortolini GA, et al. Abordagem intersetorial para prevenção e controle da obesidade: a experiência brasileira de 2014 a 2018. Rev.

Panam. Salud Publica. 2019 [acesso em 2020 nov 12]; (43). Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.58>.

Recebido em 04/10/2021
Aprovado em 16/03/2022
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Conexão SUS: um canal do YouTube como instrumento de formação educacional e fortalecimento do Sistema Único de Saúde

Conexão SUS: a YouTube channel for health education and as tool for the strengthening of the Brazilian Unified National Health System (SUS)

Maria Gerusa Brito Aragão¹, Mariana Ramalho de Farias²

DOI: 10.1590/0103-1104202213312

RESUMO Trata-se da análise estatística de alcance e audiência do canal Conexão SUS, através dos dados do YouTube Studio. Foram analisados o alcance do canal e o engajamento do público de 2016 a 2021, avaliando-se o padrão anual de: número de inscritos, visualizações, impressões, compartilhamentos, marcações ‘gostei’, marcações ‘não gostei’ e tempo de exibição em horas. A sazonalidade do número de visualizações do canal foi avaliada através de análise do mapa de calor em *cluster* do número de visualizações diárias do canal de 2016 a 2021. Ademais, foi avaliado o comportamento dos usuários do canal com base nas interações dos usuários com os assuntos abordados pelos vídeos do canal. Assim, foi observado que o canal conta com 19.625 inscritos, 984.347 visualizações, 36.796 horas assistidas e 4.259.577 impressões. A audiência do canal conta com participação de 73,3% de mulheres, com idade entre 25 e 34 anos, que acessam os conteúdos produzidos preferencialmente por dispositivo móvel. Atenção básica é o conteúdo com maior engajamento e alcance do canal. O canal Conexão SUS se mostrou uma ferramenta propulsora da comunicação sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) nas redes sociais.

PALAVRAS-CHAVE Rede social. Educação em saúde. Comunicação em saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT *This manuscript is an analysis of the statistics of the reach and audience of the YouTube Channel Conexão SUS, performed with data provided by the YouTube Studio. Data of audience and engagement of the channel from 2016 to 2021 were studied, evaluating the annual pattern of: number of subscribers, views, impressions, shares, ‘like’ tags, ‘did not like’ tags and watched time in hours. The seasonality of the number of channel views was evaluated through cluster heat map analysis of the number of daily views of the channel from 2016 to 2021. In addition, the behavior of the channel’s users was evaluated based on the contents covered by the channel’s videos, which were categorized into: Primary Health Care, legislation, health system management and health surveillance. Thus, it was observed that the channel accumulates 19.625 subscribers, 984.347 views, 36.796 hours watched and 4.259.577 impressions. The channel’s audience includes the participation of 73.3% of women, aged between 25 and 34 years old, who access the content preferably by their mobile device. Primary care is the content with highest engagement and audience of the channel. The Conexão SUS channel proved to be a driving tool for communication about the Unified Health System (SUS) in social networks.*

KEYWORDS *Social networking. Health education. Health communication. Unified Health System.*

¹Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto (Forp) – Ribeirão Preto (SP), Brasil. mariagerusa@usp.br

²Universidade Federal do Ceará (UFC) – Sobral (CE), Brasil.



Introdução

Recentemente, comemoraram-se os 30 anos da constitucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), através da implantação das Leis nº 8.080 e nº 8.142/1990. Durante essas três décadas, o SUS tem alcançado incontestáveis avanços no atendimento às necessidades e na garantia dos direitos dos cidadãos brasileiros, mantendo um patamar de excelência em termos de ações, práticas e conhecimentos^{1,2}. Nessa jovem jornada, o SUS também enfrentou dificuldades de implantação, expansão e financiamento, mas provou-se protagonista no enfrentamento de problemas como a pandemia de Covid-19³, mostrando que a existência de um sistema de saúde público e universal é mister em situação de crise sanitária³.

Nesse sentido, a construção e a defesa do SUS também perpassam a formação profissional, uma vez que sua presença nos componentes curriculares dos cursos de graduação prepara os estudantes para os desafios do trabalho em saúde pública e constrói uma rede de pessoas capacitadas para fortalecimento do sistema⁴. Todavia, hoje, as salas de aula não se limitam aos muros das universidades. Ensinar e aprender têm sido transformados pelas novas tecnologias⁵⁻⁷, as quais têm expandido as universidades para plataformas digitais, o que traz a possibilidade de ampliar a comunicação, popularizar conteúdos e expandir o acesso ao conhecimento sobre o SUS. O advento das redes sociais, hoje, com 3,8 bilhões de usuários⁸, deu início a uma explosão de compartilhamentos de informações por criadores de conteúdo⁹ nas mais diversas áreas do conhecimento. O YouTube, por exemplo, tem revolucionado a maneira como as pessoas aprendem¹⁰⁻¹², uma vez que essa plataforma traz as salas de aula para as mãos das pessoas, possibilitando acesso a conteúdo a qualquer hora, em qualquer lugar¹³. Dessa forma, a produção de conteúdo sobre o SUS nessas redes pode ser um instrumento de defesa, fortalecimento e popularização do

sistema, bem como pode ser uma fonte de formação continuada para profissionais já inseridos nas redes de saúde.

Nesse sentido, os resultados da pesquisa ‘Políticas e práticas de comunicação no SUS: mapeamento, diagnóstico e metodologia de avaliação’¹⁴ alertam para a necessidade de formar comunicadores sobre o SUS, ampliando e modernizando as relações com o público, utilizando ferramentas digitais. Os dados desse levantamento apontaram que quase não há investimento na formação e atualização das equipes de comunicação e destacaram, também, que os profissionais envolvidos com comunicação no âmbito do SUS, muitas vezes, não têm formação em saúde, voltando as estratégias comunicadoras mais para uma lógica de mercado do que para o trabalho em saúde pública. Nesse contexto, a apropriação das novas tecnologias pelos profissionais desde a formação universitária pode ser aliada no combate à desinformação^{5,12,15} e no compartilhamento de informação sobre o SUS, tendo em vista a importância e a credibilidade cada vez mais evidentes dadas às informações produzidas por instituições sérias, como as universidades públicas brasileiras. Assim, em junho de 2016, nasceu o Conexão SUS (<https://www.youtube.com/c/Conexão/SUS>), canal da plataforma YouTube, resultado do projeto de monitoria de graduação em Saúde Coletiva do curso de Odontologia da Universidade Federal do Ceará, *Campus Sobral*. A página foi criada com o propósito de compartilhar informações de maneira simples e clara sobre saúde pública, enfatizando o SUS como um direito de todos os cidadãos brasileiros.

Atualmente, o canal conta com mais de 19 mil inscritos e quase um milhão de visualizações, uma audiência orgânica e interessada em receber os conteúdos produzidos. Nesse aspecto, apesar da popularidade das redes sociais como ferramenta de estudo e obtenção de informações, poucos são os registros na literatura sobre o alcance, o engajamento e a audiência de páginas exclusivamente dedicadas à produção de conteúdo sobre o SUS.

Dessa forma, as estatísticas do canal Conexão SUS ao longo de quase cinco anos de trabalho no YouTube podem fornecer informações para a formação de comunicadores em saúde, bem como podem revelar a importância da incorporação das redes sociais à extensão universitária, principalmente no que se refere à popularização de informações relevantes na garantia dos direitos dos cidadãos brasileiros. Portanto, este trabalho objetiva avaliar a experiência do canal de YouTube Conexão SUS como instrumento de formação educacional e fortalecimento do SUS, através da análise estatística dos dados de alcance, engajamento e audiência do canal fornecidos pelo YouTube Studio para criadores de conteúdo.

Material e métodos

Trata-se de análise das estatísticas geradas pelo YouTube Studio para criadores de conteúdo referentes ao canal Conexão SUS (<https://www.youtube.com/c/Conexão/SUS>), o qual deriva de trabalhos de Monitoria de Projetos de Graduação em Saúde Coletiva do Curso de Odontologia Universidade Federal do Ceará, Campus Sobral. Os dados coletados referem-se ao período entre 09/06/2016 (data de criação do canal) e 17/03/2021 (dia da coleta de dados).

Foram analisadas as características gerais do canal ao longo dos 4,7 anos em que o conteúdo está disponível. Consideraram-se alcance do canal e engajamento do público de 2016 a 2021, avaliando-se o padrão anual de: número de inscritos, número de visualizações, tempo de exibição em horas, número de impressões (quantidade de vezes que a miniatura do vídeo é exibida para os usuários do YouTube), número de compartilhamentos, número de marcações 'gostei' e número de marcações 'não gostei'. Nos anos de 2016 e 2017, não constam registrados os números de impressões, pois o canal ainda não contava com o número mínimo de visualizações e inscritos para ter acesso a essa ferramenta. A série temporal de número de visualizações por dia foi avaliada, bem como

foi estudado se havia um padrão de sazonalidade na audiência do canal através do mapa de calor da média mensal de visualização nos anos completos (janeiro a dezembro) em que o canal está ativo (2017, 2018, 2019, 2020). Os anos 2016 e 2021 foram excluídos desta análise, pois ambos não contam com a série temporal mensal completa. Foram analisadas, também, as características da audiência do canal através do estudo dos dados percentuais de idade e gênero do público, tipos de dispositivo utilizados para acessar o canal, sistema operacional do dispositivo e origem do tráfego de usuários do YouTube para o canal Conexão SUS.

Além disso, realizou-se uma análise do comportamento dos usuários do canal com base nos conteúdos abordados pelos vídeos. Os vídeos foram categorizados em áreas temáticas como: a) Atenção Básica à Saúde: Determinantes Sociais da Saúde, O que é o SUS, Princípios do SUS, Estratégia Saúde da Família, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Odontologia e o SUS, Agente Comunitário de Saúde e Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB); b) Legislação: legislação do SUS, constituição cidadã e SUS e Política Nacional de Humanização; c) Gestão: Gestão de Recursos do SUS, Gestão Participativa e Financiamento do SUS; d) Assistência à saúde: Assistência Farmacêutica e Vigilância à Saúde. Para o conteúdo com maior audiência, foi feito o detalhamento do número de visualizações e do tempo de exibição (h) por vídeo. Todos os dados foram avaliados utilizando o programa Excel do pacote Office Microsoft 365. Todos os dados utilizados para a construção deste trabalho estão disponíveis mediante solicitação às autoras.

Resultados

Ao longo dos 4,7 anos em que o canal Conexão SUS está ativo, somam-se 19.625 inscritos e 984.347 visualizações, que levaram a um total de 36.796 horas de conteúdo assistido. Destaca-se, ainda, que o canal acumula mais

de 4 milhões de impressões e 18.315 compartilhamentos. O ano de 2017 destaca-se como o de maior crescimento para o canal em relação ao ano anterior, enquanto o ano de 2020 destaca-se como o ano de maior audiência do canal dentro do período em que a página está ativa (*tabela 1*). Com relação aos espectadores do canal, observou-se que a maioria é composta por mulheres (73,3%)

com idade entre 25 e 34 anos. O público do canal acessa os conteúdos majoritariamente pelo dispositivo móvel (55,5%), equipado com sistema operacional Android (51,1%). Os espectadores encontram os conteúdos do canal através de busca textual no YouTube (41,3%) e assistem aos conteúdos na própria página do aplicativo (96,6%) (*tabela 2*).

Tabela 1. Perfil anual de alcance e engajamento para o canal Conexão SUS, de 2016 a 2021

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Número de inscritos	310	2.964	4.782	5.018	5.487	1.064	19.625
Número de visualizações	18.317	171.389	249.856	243.854	256.389	44.542	984.347
Tempo de exibição (h)	679,03	6.172,8	9.373,7	9.472,8	9.456	1641,5	36.796
Número de impressões	-	-	1.215.169	1.167.720	1.600.637	276.051	4.259.577
Número de compartilhamentos	209	3.019	5.227	6.434	5.463	1.191	18.315
Marcações 'gostei'	258	2.796	5.303	6.532	8.044	1.702	21.581
Marcações 'não gostei'	4	112	212	184	177	28	601

Fonte: elaboração própria com base nas estatísticas geradas pelo YouTube Studio para criadores de conteúdo¹⁶.

Tabela 2. Caracterização da audiência do Canal Conexão SUS com relação à porcentagem de espectadores por gênero, idade, dispositivo utilizado, sistema operacional, origem do tráfego e local de reprodução dos vídeos, de 2016 a 2021

Caracterização da audiência	%	
Gênero	Feminino	73,3
	Masculino	26,7
Idade	13-17 anos	0,1
	18-24 anos	34,1
	25-34 anos	37,1
	35-44 anos	21,9
	45-54 anos	6,5
	55-64	0,4
Dispositivo utilizado	Dispositivo móvel	55,5
	Computador	39,2
	TV	2,4
	Tablet	1,9
	Console de jogos	0,2
Sistema operacional	Android	51,1
	Windows	37,9
	iOS	6,2
	Smart TV	1,5
	Macintosh	0,8

Tabela 2. (cont.)

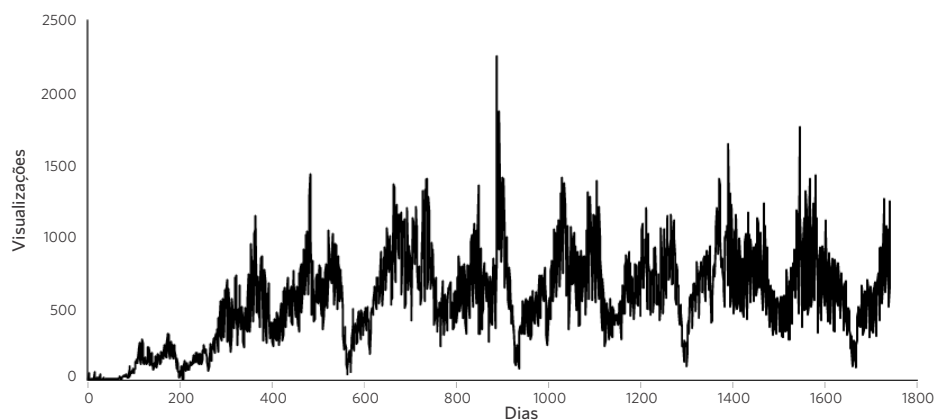
Caracterização da audiência		%
	Linux	0,3
	Chromecast	0,3
	Windows mobile	0,2
Origem do tráfego	Pesquisa do YouTube	41,3
	Vídeos sugeridos	27,8
	Externa	19,2
	Origem direta ou associada	4,1
	Páginas do canal	3,4
	Outros recursos do YouTube	1,6
	Recursos de navegação	1,5
	Playlists	0,5
	Local da reprodução	Página de exibição do YouTube
Incorporado em sites e apps externos		2,9
Página de canal do YouTube		0,5
Recursos de navegação		0,1

Fonte: elaboração própria com base nas estatísticas geradas pelo YouTube Studio para criadores de conteúdo¹⁶.

A avaliação da série temporal de número de visualizações por dia (*gráfico 1*) revelou que o canal Conexão SUS cresceu de uma média diária de 88,9 visualizações por dia (2016) para 469,5 em 2017; 484,5 em 2018; 668,1 em 2019; 700,5 em 2020; e 601,9 até março de 2021. A média de visualizações por dia, para o período

de 2016 a 2021, é de 565,3, com o pico de 2.251 visualizações por dia, o qual foi registrado em 2018, próximo aos 1000 dias de criação do canal. A análise da série temporal demonstrou, também, que o número de visualizações apresenta um padrão de alta seguido de queda a cada 180 a 200 dias (*gráfico 1*).

Gráfico 1. Série temporal de número de visualizações por dia para o Canal Conexão SUS para o período 2016-2021

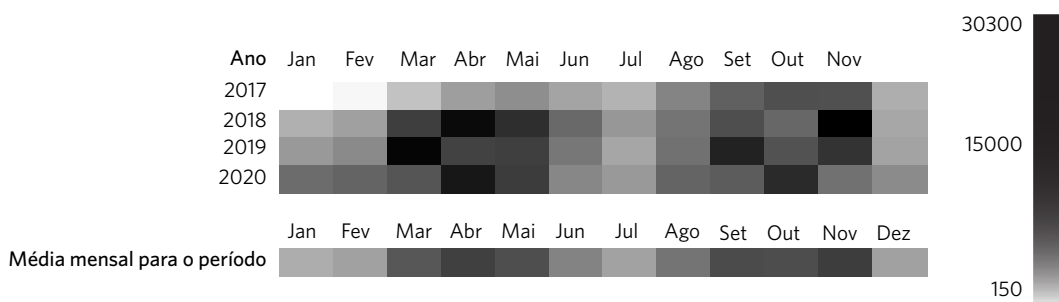


Fonte: elaboração própria com base nas estatísticas geradas pelo YouTube Studio para criadores de conteúdo¹⁶.

Essa sazonalidade está representada no mapa de calor (*figura 1*) para a média de visualização mensal para os anos completos (janeiro-dezembro) em que o canal Conexão SUS está ativo (2017-2020). O mapa de calor demonstra que a sazonalidade da média mensal de visualizações no canal Conexão SUS apresentou um padrão semelhante ao longo dos anos avaliados, com exceção do

primeiro semestre de 2017. Foi observado que as maiores médias de visualização mensal se concentram nos meses de março a maio, no primeiro semestre, e de setembro a novembro no segundo semestre. Os meses de janeiro, julho e dezembro concentram a menor média de visualização mensal, padrão observado em todos os anos individualmente e, também, para o conjunto de dados do período 2017-2020.

Figura 1. Mapa de calor demonstrando a sazonalidade da média mensal de visualizações no canal para o período 2017-2020



Fonte: elaboração própria com base nas estatísticas geradas pelo YouTube Studio para criadores de conteúdo¹⁶.

Com relação à análise do conteúdo, observou-se uma preferência do público pela categoria atenção básica à saúde (782.571 visualizações), seguida pelas categorias gestão (79.973 visualizações), legislação (54.166 visualizações) e assistência à saúde (10.182) (*tabela 3*). A categoria atenção básica à saúde também liderou em número de marcações

'gostei' (17.784), compartilhamentos (16.609) e impressões (2.672.278), acumulando um total de 24.153,9 horas assistidas. Os vídeos mais assistidos do conteúdo de atenção básica foram aqueles sobre o Agente Comunitário de Saúde (214.994 visualizações), Princípios do SUS (139.782) e Estratégia Saúde da Família (135.479) (*tabela 4*).

Tabela 3. Número de visualizações, marcações gostei, compartilhamentos, impressões e tempo de exibição (h) para diferentes conteúdos do Canal Conexão SUS, no período 2016-2021

	Atenção Básica			
	à Saúde	Gestão	Legislação	Assistência à saúde
Visualizações	782.571	79.973	54.166	10.182
Marcações gostei	17.784	2.992	1.740	514
Compartilhamentos	16.609	1.948	1.503	259
Impressões	2.672.278	450.092	292.767	70.855
Tempo de exibição (h)	24.153,9	3.822,7	1.925,2	395,1

Fonte: elaboração própria com base nas estatísticas geradas pelo YouTube Studio para criadores de conteúdo¹⁶.

Tabela 4. Número de visualizações, tempo de duração do vídeo (min) e tempo de exibição (h) por vídeo para o conteúdo de atenção básica do canal Conexão SUS, no período 2016-2021

Título do vídeo	Número de visualizações	Tempo de duração do vídeo (min)	Tempo de exibição (h)
Agente Comunitário de Saúde	214.994	3:59	7.966,8
Princípios do SUS - Parte I	139.782	3:55	5.710,4
Estratégia de Saúde da Família I	135.479	3:35	4.437,4
Princípios do SUS - Parte II	102.515	3:54	4.114,4
Núcleo de Apoio à Saúde da Família	88.849	2:52	2.895,6
Determinantes Sociais da Saúde	65.950	3:01	2.070,3
Estratégia Saúde da Família II	56.661	4:21	2.411,6
Odontologia e o SUS	22.288	3:23	6.38,2
O que é o SUS	6.530	3:07	1.89,7
PMAQ-AB	5.387	3:17	208,3

Fonte: elaboração própria com base nas estatísticas geradas pelo YouTube Studio para criadores de conteúdo¹⁶.

Discussão

Muito tem se discutido sobre os impactos da Internet na educação^{5,12} e na comunicação em saúde^{15,17,18}. No cenário atual, também tem se demonstrado que as redes sociais têm grande influência no comportamento das populações. O padrão de busca de informação, inclusive, tem sido um fator preditivo da tomada de decisão^{19,20}. A crescente onda de compartilhamento de informações falsas também tem apontado para a necessidade de formação de comunicadores capazes de popularizar conteúdos sobre ciência e saúde²¹. Dessa forma, entidades governamentais, organizações nacionais e internacionais de saúde e de educação, universidades e professores têm se juntado aos mais de 3,8 bilhões de usuários das redes sociais na tentativa de crescerem como fontes seguras de informação. A esse respeito, uma busca simples realizada no YouTube (31/05/2021) utilizando a #SUS revelou existirem 25 mil vídeos e 9,8 mil canais na plataforma destinados a falar sobre assuntos relacionados ao sistema de saúde público brasileiro. Esses números revelam que há uma demanda de

conteúdos sobre o SUS, mas poucos são os registros na literatura que exploram o engajamento do público nessas páginas. Por isso, este trabalho descreve a análise estatística dos dados de alcance e audiência do canal Conexão SUS, o qual é um instrumento de formação educacional e fortalecimento do SUS.

Os dados do perfil anual de alcance e engajamento do canal Conexão SUS (*tabela 1*) confirmam a demanda existente na rede social YouTube por conteúdos relacionados aos SUS. Os dados também destacam que, ao contrário do que acontece nos serviços de *streaming* de vídeo, os espectadores de conteúdo do YouTube são ativos na busca dessas informações, haja vista que interagem com o conteúdo produzido não somente visualizando-o, mas inscrevendo-se no canal, comentando e discriminando se gostaram ou não do conteúdo assistido. Nesse contexto, sabe-se que a efetivação das proposições ético-políticas do SUS dependem amplamente do conhecimento por parte dos cidadãos sobre aspectos básicos do sistema de saúde^{14,22}. A incorporação desse conhecimento na vida do cidadão

brasileiro possibilita o entendimento do alcance do SUS como instrumento de garantia de direitos de saúde e cidadania²². Dessa forma, o Conexão SUS destaca-se como uma produção que impulsiona a apreensão do significado do SUS através da comunicação midiática nas redes sociais.

Nesse cenário, importa, também, discutir sobre quem está interessado em saber sobre o SUS e de onde essas pessoas estão acessando os conteúdos produzidos pelo canal. Os dados de audiência demonstram amplo interesse do público feminino jovem. Esses dados corroboram as estatísticas do censo da educação superior no Brasil, onde mulheres são a maioria nos cursos de saúde²³. Uma vez que os vídeos do canal Conexão SUS tratam de assuntos abordados nas disciplinas dos cursos profissionalizantes e de graduação da área da saúde, a audiência feminina no canal Conexão SUS talvez reflita o cenário brasileiro, onde mulheres são maioria em cursos como enfermagem, psicologia, nutrição, farmácia, fisioterapia, medicina e odontologia, que estão entre os 10 cursos com o maior número de mulheres matriculadas²³. Mais da metade do público do canal acessa os vídeos por celulares equipados com sistema operacional Android. Esses achados se relacionam com a popularização dos dispositivos móveis no Brasil, que já conta com cerca de 265,3 milhões de aparelhos²⁴, os quais também têm sido cada vez mais usados para o processo de ensino-aprendizagem. Observou-se, também, que as principais origens de espectadores para o canal são a pesquisa no YouTube e os vídeos sugeridos, revelando que há um tráfego orgânico de espectadores dentro do próprio canal. Isso significa que o espectador busca um tema, encontra um vídeo e segue assistindo aos demais conteúdos do canal. O conhecimento sobre a audiência pode servir para outras pessoas interessadas em criar conteúdo sobre o SUS adaptarem suas produções às ferramentas mais utilizadas pelos espectadores.

Com relação à audiência do canal ao longo dos anos, a série temporal (*gráfico 1*) demonstrou o efeito da idade do canal na média de visualizações diárias, a qual aumentou progressivamente de 2016 a 2021, demonstrando que vídeos mais antigos acumulam o maior número de visualizações quando comparados aos mais recentes. Além disso, observou-se um padrão cíclico de alta seguida de queda a cada 180 dias (6 meses). O mapa de calor (*figura 1*) explica essa sazonalidade, evidenciando uma tendência de alta de visualizações nos meses que equivalem aos períodos letivos e de queda nos meses que equivalem a recessos ou férias escolares/universitárias. Esses resultados apontam para o papel do canal Conexão SUS como ferramenta de educação em saúde. Nesse sentido, o canal possibilita aos seus criadores, todos alunos de graduação, a produção criativa de conteúdos, os quais se relacionam com as ementas dos cursos de graduação e incorporam as discussões realizadas em sala de aula, as vivências do trabalho extramuros e as próprias ideias e reflexões sobre o que foi aprendido. Para os espectadores, o canal é um espaço confiável, acessível e gratuito para estudo e atualização, compartilhamento de dúvidas e sugestões sobre o SUS.

No que diz respeito à análise de conteúdo, percebe-se que o público do canal tem uma preferência por temas relacionados à atenção básica à saúde. Os dados de engajamento desse conjunto de vídeos refletem a visão geral do canal Conexão SUS e enfatizam que as pessoas que buscam o canal têm interesse em informações básicas sobre o SUS. Os vídeos sobre agente comunitário de saúde, princípios do SUS e Estratégia de Saúde da Família são as maiores audiências do canal, somando quase 20 mil horas assistidas. Esses dados são relevantes, pois a internet é um importante espaço de comunicação em saúde no Brasil, uma vez que redes sociais são a segunda mídia mais utilizada pelos brasileiros, que passam, em média,

5 horas conectados diariamente⁸. Nesse sentido, reforça-se o papel de instituições confiáveis, como as universidades públicas brasileiras, na produção de conhecimento sobre o SUS para as redes sociais. A consolidação desse processo, todavia, depende do reconhecimento da necessidade da formação de comunicadores em saúde e, também, de investimentos em formação, treinamento e recursos para a produção de mídias¹⁴.

Nesse cenário, a principal dificuldade para o crescimento do canal Conexão SUS foi ausência de recursos estruturais, como estúdios para gravação de imagem e som, computadores equipados com programas de edição e auxílio técnico para formação das equipes envolvidas no desenvolvimento de conteúdos para o canal. Essas dificuldades enfatizam a necessidade de adequação das universidades públicas brasileiras aos novos cenários de ensino e de aprendizagem, onde as redes sociais são relevantes instrumentos de compartilhamento de conhecimento e interação⁵. O exemplo do canal Conexão SUS, há quase 5 anos no ar, reforça a importância de a universidade chegar à população através de seus projetos de ensino, pesquisa ou extensão, os quais podem ocupar as redes sociais e ampliar o alcance do conhecimento que, antes, poderia ficar restrito localmente. Esse novo alcance pode significar, inclusive, a divulgação de informação e compartilhamento de conhecimentos sobre instrumentos de garantia de direitos, como o SUS.

Considerações finais

Dessa forma, as estatísticas aqui discutidas revelam crescentes engajamento e alcance do canal Conexão SUS na comunicação de conteúdos sobre o SUS, reforçando o potencial do canal como instrumento de defesa do sistema público de saúde brasileiro. Além disso, os dados da audiência fornecem informações para outros desenvolvedores de conteúdo interessados em falar sobre o SUS e que precisam levantar dados sobre quem tem interesse por essa temática, qual tipo de dispositivo utiliza e de que forma encontra o conteúdo a ser produzido. A série temporal e o mapa de calor das visualizações apontam que o canal Conexão SUS também tem potencial como ferramenta de educação permanente e continuada, pois os conteúdos produzidos podem ser facilmente acessados por graduandos e graduados da área de saúde, podem ser utilizados por gestores interessados em atualizar as equipes de trabalho e também servem para o amplo público apreender noções básicas sobre o SUS.

Colaboradoras

Aragão MGB (0000-0002-3334-1800)* contribuiu para idealização, planejamento, escrita e revisão do manuscrito, extração, análise e interpretação dos dados. Farias MR (0000-0003-2834-4975)* contribuiu para idealização, coordenação e supervisão do projeto, revisão crítica da extração e análise de dados, e revisão científica do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. 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 maio 31]; (394):345-56. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS0140-6736\(19\)31243-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS0140-6736(19)31243-7/fulltext).
2. Santos NR. 30 years of SUS: The beginning, the pathway and the target. *Ciênc. Saúde Colet*. 2018 [acesso em 2021 maio 31]; 23(6):1729-36. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29972482/>.
3. Bousquat A, Akerman M, Mendes A. Pandemia de covid-19: o SUS mais necessário do que nunca. *Rev. USP*. 2021 [acesso em 2021 maio 19]; (128):13-26. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/185393>.
4. Batista KBC, Gonçalves OSJ. Formação dos profissionais de Saúde para o SUS: Significado e cuidado. *Saude soc*. 2011 [acesso em 2021 maio 19]. 20(4):884-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/9QMxSsmqMcqQPjXP9fbthCn/?lang=pt>.
5. França T, Rabello ET, Magnago C. As mídias e as plataformas digitais no campo da Educação Permanente em Saúde: debates e propostas. *Saúde debate*. 2019 [acesso em 2021 maio 19]; 43(esp1):106-15. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/GsRWdhS9VztCddQjNT46RkN/?lang=pt>.
6. De Benedictis A, Lettieri E, Masella C, et al. WhatsApp in hospital? An empirical investigation of individual and organizational determinants to use. *PLoS One*. 2019 [acesso em 2021 maio 19]; 14(1). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30633754/>.
7. Johnston MJ, King D, Arora S, et al. Smartphones let surgeons know WhatsApp: An analysis of communication in emergency surgical teams. *Am J Surg*. 2015 [acesso em 2021 maio 19]; 209(1):45-51. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25454952/>.
8. We Are Social. Digital 2020: 3.8 billion people use social media - We Are Social. We Are Soc. 2020. [acesso em 2021 maio 19]. Disponível em: <https://wearesocial.com/blog/2020/01/digital-2020-3-8-billion-people-use-social-media>.
9. Gandomi A, Haider M. Beyond the hype: Big data concepts, methods, and analytics. *Int J Inf Manage*. 2015 [acesso em 2021 maio 19]; 35(2):137-44. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0268401214001066>.
10. Logan R. Using YouTube in Perioperative Nursing Education. *AORN J*. 2012 [acesso em 2021 maio 19]; 95(4):474-81. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S000120921200035X>.
11. Knösel M, Jung K, Bleckmann A. YouTube, Dentistry, and Dental Education. *J Dent Educ*. 2011 [acesso em 2021 maio 19]; 75(12):1558-68. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22184594/>.
12. O'Doherty D, Dromey M, Loughheed J, et al. Barriers and solutions to online learning in medical education – An integrative review. *BMC Med Educ*. 2018 [acesso em 2021 maio 19]; 18:130. Disponível em: <https://bmcmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-018-1240-0>.
13. Orús C, Barlés MJ, Belanche D, et al. The effects of learner-generated videos for YouTube on learning outcomes and satisfaction. *Comput Educ*. 2016 [acesso em 2021 maio 19]; 95(2):54-69. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0360131516300070>.
14. Araújo IS, Cardoso JM, Murtinho R. A comunicação no Sistema Único de Saúde: cenários e tendências. *Revista Latinoamericana de Ciencias de la Comunicación*. 2009; 6(10):104-115.
15. Chan BSK, Churchill D, Chiu TKF. Digital Literacy Learning In Higher Education Through Digital Storytelling Approach. *J Int Educ Res*. 2017 [acesso em 2021 maio 19]; 13(1):1-16. Disponível em: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1144564.pdf>.

16. Conexão SUS. YouTube Studio para criadores de conteúdo. [acesso em 2021 maio 19]. Disponível em: <https://www.youtube.com/c/Conexão/SUS>.
17. Goldstein CM, Murray EJ, Beard J, et al. Science Communication in the Age of Misinformation. *Ann Behav Med*. 2020 [acesso em 2021 maio 19]; 54(12):985-90. Disponível em: <https://academic.oup.com/abm/article/54/12/985/6069337>.
18. Ward JPT, Gordon J, Field MJ, et al. Communication and information technology in medical education. *Lancet*. 2001 [acesso em 2021 maio 31]; 357:792-6. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11253986/>.
19. Qin L, Sun Q, Wang Y, et al. Prediction of number of cases of 2019 novel coronavirus (COVID-19) using social media search index. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 [acesso em 2021 maio 31]; 17(7). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32244425/>.
20. Jacobs W, Amuta AO, Jeon KC. Health information seeking in the digital age: An analysis of health information seeking behavior among US adults. *Cogent Soc Sci*. 2017 [acesso em 2021 maio 31]; 3(1):1302785. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23311886.2017.1302785>.
21. Zarocostas J. How to fight an infodemic. *Lancet*. 2020 [acesso em 2021 maio 31]; 395(10225):676. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30461-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30461-X/fulltext).
22. Cardoso JM, Rocha RL. Communication interfaces and challenges in the Brazilian unified health system. *Ciênc. Saúde Colet*. 2018 [acesso em 2021 maio 31]; 23(6):1871-9. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29972495/>.
23. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio de Teixeira. Sinopses Estatísticas da Educação Superior – Graduação. Brasília: Inep; 2019. [acesso em 2019 maio 31]. Disponível em: <http://portal.inep.gov.br/web/guest/sinopses-estatisticas-da-educacao-superior>.
24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Acesso à Internet e à Televisão e Posse de Telefone Móvel Celular para Uso Pessoal. Rio de Janeiro: IBGE; 2019. [acesso em 2019 maio 10]. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101705_informativo.pdf.

Recebido em 05/07/2021

Aprovado em 23/12/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Uso do WhatsApp para suporte das ações de educação na saúde

Use of WhatsApp to support health education actions

Fátima Meirelles¹, Vânia Maria Fernandes Teixeira¹, Tania França¹

DOI: 10.1590/0103-1104202213313

RESUMO O artigo visou analisar o uso do aplicativo móvel, em especial, o WhatsApp, como ferramenta de gestão das ações de educação na saúde com ênfase na Educação Permanente em Saúde no estado do Rio de Janeiro. Estudo exploratório, de abordagem quantitativa, com uso de questionário on-line. Os participantes foram os gestores/responsáveis pelas ações de educação permanente. Os dados quantitativos foram tratados estatisticamente. Predominou o sexo feminino, a idade variou de 34 a 68 anos. O vínculo dominante foi o Estatutário Efetivo Municipal. Sobre o cargo/função ser exclusivamente relacionado com as atividades de educação permanente, mostrou não haver exclusividade das funções. O aplicativo é pouco utilizado nas atividades de planejamento, acompanhamento, monitoramento e avaliação. Foi apontado como uma ferramenta para receber/enviar mensagens, manter conversas em grupo e compartilhar documentos. As atividades mediatizadas pelo WhatsApp referem o uso para divulgação/inscrição em eventos, canal de comunicação e interação entre atores, planejamento/divulgação da participação em reuniões técnicas. Foram apontadas dificuldades na utilização do aplicativo relativas ao excesso de mensagens, que exigem disponibilidade de tempo para respondê-las. Há necessidade de novos estudos para o aprofundamento dos limites e possibilidades do uso do aplicativo na gestão dessas ações. Como limitações, aponta-se o estudo ter sido locorregional.

PALAVRAS-CHAVE Educação continuada. Avaliação em saúde. Rede social. Aplicativos móveis.

ABSTRACT *The article aimed to analyze WhatsApp as a management tool for health education actions in the State of Rio de Janeiro. Exploratory study, with a quantitative approach, using an online questionnaire. The participants were the managers/responsible for Continuing Education actions. Quantitative data were treated statistically. Females predominated, age ranged between 34 and 68 years. The dominant link was the Municipal Effective Statutory. About the position/function being exclusively related to Continuing Education activities, it showed that there is no exclusivity of functions. The application is little used in planning, monitoring, follow-up, and evaluation activities. It was touted as a tool to receive/send messages, maintain group conversations, and share documents. The activities mediated by WhatsApp refer to the use for dissemination/registration in events, communication, and interaction channel between actors, planning/dissemination of participation in technical meetings. Difficulties in using the application related to the excess of messages were pointed out, which require availability of time to respond to them. There is a need for further studies to deepen the limits and possibilities of using the application in the management of these actions. As limitations, it is pointed out that the study was locoregional.*

KEYWORDS *Education, continuing. Health evaluation. Social networking. Mobile applications.*

¹Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Instituto de Medicina Social Hélio Cordeiro (IMS), Grupo de Pesquisa Políticas, Programas e Ações de Educação na Saúde (PPAES) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
fatima.meirelles@gmail.com



Introdução

O artigo tem como enfoque o uso do aplicativo móvel, em especial, o WhatsApp Messenger®, como uma das ferramentas de gestão das ações de educação na saúde com ênfase na Educação Permanente em Saúde (EPS) no Estado do Rio de Janeiro (ERJ). Consiste em um recorte da pesquisa intitulada: ‘O uso da rede social como ferramenta de monitoramento e avaliação das ações de educação na saúde’ desenvolvida pelo Grupo de Pesquisa: Políticas, Programas e Ações de Educação na Saúde (PPAES) do Instituto de Medicina Social Hésio Cordeiro (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Utiliza-se a palavra WhatsApp no sentido do termo WhatsApp Messenger® que é marca registrada do Facebook.

A escolha do tema ocorreu a partir das inquietações das autoras surgidas dos resultados da pesquisa ‘Análise da Política de Educação Permanente do SUS (PEPS) implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde – (SES)¹ em 2015. Igualmente, nas participações nas oficinas regionais de revisão da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)² realizadas pelo Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) em 2017 e na experiência de integrar a equipe de avaliação do Laboratório de Inovações em Educação na Saúde com ênfase em Educação Permanente³ em 2017-2018. Esses processos envolveram a avaliação das ações de EPS no Brasil, a identificação dos nós críticos do processo de gestão da implementação da EPS e a identificação das áreas-problemas, entre elas, o monitoramento e a avaliação da EPS.

A escolha do WhatsApp, pautou-se no fato de que o aplicativo possui as características fundamentais das novas tecnologias – interatividade, conectividade, portabilidade e multifuncionalidade – e na observação da ampla utilização do aplicativo pelos profissionais de saúde, gestores e usuários.

Na revisão de literatura (tipo integrativa) realizada para a pesquisa, pode-se observar

que o uso do WhatsApp nas ações de EPS já ocorrem principalmente na educação na saúde, em especial, nas experiências que demonstraram a relação entre instituições de ensino, serviços de saúde e comunidade, como um espaço de aprendizagem; assim como nas práticas profissionais para melhoria das respostas dos serviços e visando à qualidade do cuidado e da atenção à saúde. Por outro lado, o uso do WhatsApp com a finalidade de gestão das ações de EPS não foram identificadas.

As justificativas estão assentadas em alguns argumentos. O primeiro, a articulação da instituição de ensino e pesquisa PPAES/IMS/Uerj visando à produção de conhecimentos científicos a partir das necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS) em âmbito regional e estadual. Na concepção de EPS, tomando como base o quadrilátero da formação para a área da saúde (ensino, gestão, atenção e controle social). O componente ensino vai além do seu protagonismo de instituição formadora de recursos humanos para a saúde. Seu protagonismo deve ser incentivado como um movimento de construção de inovações ao ensino, pesquisa e de sentido aos serviços de saúde, sendo esse um dos critérios de escolha do ERJ para o estudo.

O segundo, com o indicativo da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas)⁴/Organização Mundial da Saúde (OMS) para o desenvolvimento de recursos humanos qualificados para atender às necessidades de saúde da população. Nesse sentido, a Opas preconiza a utilização das Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) para apoiar por meios virtuais o desenvolvimento de competências técnicas, programáticas, gerenciais e administrativas.

O terceiro refere-se à importância e à expansão das Redes Sociais Digitais (RSD). Segundo Recuero⁵, “Rede Social e Mídia Social são contextos diferentes: Redes Sociais são metáforas para os grupos sociais”⁵⁽¹⁾, e a Mídia Social “é um conjunto de dinâmicas da rede social”⁵⁽¹⁾. A autora também alerta que as dinâmicas de criação de conteúdo, difusão de informação e

trocas dentro dos grupos sociais estabelecidos nas plataformas on-line que caracterizam a Mídia Social⁵. Por outro lado, considera que as Redes Sociais acabam criando e mantendo, por meio das ferramentas da internet, canais mais permanentemente abertos de informação e contato. Além disso, uma Rede Social é uma estrutura composta por pessoas ou organizações, conectadas por um ou vários tipos de relações, que compartilham objetivos comuns, possibilitando relacionamentos horizontais e não hierárquico entre os participantes⁶.

Nesta pesquisa, que envolve o uso dessas ferramentas na gestão das ações de EPS, aproxima-se mais da concepção das Redes Sociais, principalmente possibilitando relacionamentos horizontais e não hierárquicos entre os participantes.

O principal objetivo foi analisar o uso das Redes Sociais como ferramenta de monitoramento e avaliação das ações de EPS para a gestão do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (Peeps) 2019-2022 da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ).

A pesquisa evidenciou os limites e as possibilidades do uso das RSD, em especial, o aplicativo WhatsApp, como uma ferramenta para a gestão das ações do Peeps no ERJ.

Material e métodos

Trata-se de um estudo exploratório, de abordagem quantitativa, por meio do questionário on-line do Google Docs Forms composto por 11 perguntas fechadas. As respostas dos participantes foram exportadas para planilha Microsoft Excel[®] com o armazenamento em nuvem no Google Drive. O período de coleta foi de novembro a dezembro de 2019, o qual antecedeu a declaração da OMS da pandemia de Covid-19, em 11 de março de 2020.

O estudo foi realizado nas instâncias gestoras da SES-RJ. Os participantes foram os gestores/responsáveis pela condução da EPS no ERJ, e estimou-se em 50 participantes

distribuídos da seguinte forma: do Grupo de Trabalho de Acompanhamento das Ações Regionais do Peeps (4 participantes), da SES-RJ/Áreas Técnicas integrantes do Peeps (5 participantes), da Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (Cies) Estadual (5 participantes), da Cies-Regionais (32 participantes) e da Comissão Intergestora Regional (CIR) Regionais (4 participantes).

A amostra foi a não probabilística do tipo intencional⁷, foram recebidas respostas de 33 participantes, resultando em índice de retorno dos questionários de 66%, considerado um número satisfatório, visto que os questionários on-line alcançam cerca de 25% de devolução⁷. Outro motivo pode ter sido porque o período de coleta de dados foi pós-eleições municipais, e alguns participantes já se encontravam em processo de mudanças das suas representatividades na EPS regionais ou municipais, o que pode ter influenciado no não retorno da totalidade das respostas.

O processo de consentimento ocorreu em duas etapas. Na primeira, foram realizados esclarecimentos aos convidados apresentando os objetivos, métodos, benefícios, riscos da pesquisa. Pelo envolvimento dos 92 municípios e das 9 Regiões de Saúde do ERJ, essa etapa ocorreu em duas reuniões: uma no Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Rio de Janeiro (Cosems-RJ) e a outra na Cies-RJ. Seguidamente, foram enviadas as cartas-convite, em que constavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) digital e o *link* de acesso ao questionário on-line. Na segunda etapa, ocorreu o processo de obtenção do TCLE digital: o convidado, ao concordar em participar da pesquisa, assinava a sua anuência ao clicar na opção 'concordo' e, em seguida, respondia ao questionário.

Quanto à análise e interpretação de dados, foram quantificados e relacionados entre si por meio de análise estatística simples. Os resultados foram comentados e baseados na revisão de literatura.

Os aspectos éticos estão em consonância com as diretrizes da Resolução CNS n^o 466,

de 12 de dezembro de 2012⁸, e da Resolução CNS n° 580, de 22 de março de 2018⁹; assim como das legislações referentes à Lei de Acesso à Informação, Marco Civil da Internet e à Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD). Os dados coletados são de acesso restrito às pesquisadoras e serão destruídos (triturados) e apagados do Google Drive após cinco anos do término da investigação. A pesquisa foi submetida à análise preliminar do Núcleo de Pesquisa da SES-RJ, com o objetivo de obter a carta de anuência institucional. O estudo tem o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) n° 21094719.7.0000.5260 e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do IMS/Uerj no Parecer Consubstanciado n° 3.626.251 em 7 de outubro de 2019.

Resultados e discussão

Perfil dos participantes

Na caracterização dos participantes, houve predomínio do sexo feminino (n=28; 85%) em comparação ao masculino (n=5; 15%). Tal contexto acompanhou a tendência da feminização do setor saúde^{10,11}.

A idade variou de 34 a 68 anos, com destaque nas faixas etárias de 50 a 59 anos (n=12; 37%) seguida de 60 a 69 anos (n=10; 30%), ambas conhecidas como Geração *Baby Boomers*¹²; e entre as características, sobressaem os valores trabalhistas. Os achados aproximaram-se do estudo¹³ em que 91% dos gestores das Secretarias de Saúde (na área da gestão do trabalho e da educação) encontram-se entre 36 e 65 anos. Em menor expressão, notou-se de 40 a 49 anos (n=7; 21%), chamada de Geração *X*¹², cujas características marcantes são: possuem experiência, força de trabalho feminina, facilidade com as novas tecnologias, valorizam títulos acadêmicos, flexibilidade e criatividade. De forma similar, de 30 a 39 anos (n=4; 12%) apontada de Geração *Y*¹², sobressaindo as características: conectada às redes e

nas tecnologias móveis, evolução tecnológica, proatividade, diversidade, facilidade em desenvolver multitarefas simultaneamente, trocas frequentes de trabalho e valorização do trabalho em equipe. Em relação às diferentes gerações nos ambientes organizacionais¹², longe de discorrer sobre essa temática, sem hesitação, o fato é que distintas gerações coexistem nos ambientes organizacionais da gestão pública no ERJ e que os gestores ou responsáveis pela condução das ações de EPS não estão isentos desse contexto.

No tocante à escolaridade, 32 participantes têm graduação e titulação em nível de pós-graduações: *lato sensu* destacando a especialização (n=13; 39%) e *stricto sensu* com predominância do mestrado (n=13; 39%). Somente um participante não tem escolaridade de nível superior. Tal contexto assemelhou-se aos resultados encontrados no estudo¹, em que, no Brasil, aproximadamente 60% dos gestores ou responsáveis pela condução da EPS têm curso de especialização, e mais de 30%, o mestrado.

No que se refere ao vínculo profissional relacionado com as atividades de EPS, sobressaiu o vínculo empregatício (n=31; 94%), subdividido em: Estatutários Efetivos (n=22; 67%) e Contratados (n=9; 27%). Quanto ao Estatutário Efetivo, são: municipais, (n=15; 45%), federais (n=5; 15%) e estaduais (n=2; 6%). Os Contratados são Cargo Comissionado e de Contrato de Prestação de Serviço/Pessoa Física representando cada um deles (n=3; 9%). Os achados se aproximaram do estudo¹ em que predominou o regime estatutário dos gestores ou responsáveis pela condução da EPS. Outrossim, pode estar relacionado com o perfil etário predominante da Geração *Baby Boomers*.

Sobre o cargo/função ser exclusivamente relativo ao desenvolvimento de atividades de EPS, responderam que ‘Sim’ (n=18; 55%) e que ‘Não’ (n=15; 45%). Pode estar emergindo uma tendência do aparecimento de um trabalhador polivalente, um perfil mais heterogêneo, complexo polissêmico e multifacetado já se

manifestando no serviço público e na área da gestão. O trabalho que mais as organizações, incluído os serviços públicos, buscam é o trabalho com ênfase na intensificação dos ritmos, tempos e processos de trabalho. Emergem o trabalho com as TIC, conectado em rede, e as mais distintas formas de vínculos, inclusive de precarização¹⁴.

A *tabela 1* refere-se às atividades relacionadas com a EPS desenvolvidas pelos participantes. Como são múltiplas respostas, foram agrupadas em seis blocos de atividades. No primeiro bloco, ‘Relações Interpessoais ou Intersetoriais ou Interinstitucionais’, destacaram-se participações em comissões, grupos de trabalho, conselhos. Segundo Mintzberg¹⁵, o trabalho gerencial não é estritamente ligado às relações hierárquicas, mas também se dá de forma lateral, abrange as relações interpessoais dentro e fora das organizações. Esse papel de ligação, envolve relacionamentos em rede, que os gerentes devem manter a fim de cultivar os intercâmbios de recursos e informações.

As articulações interinstitucionais para a EPS se formam em espaços de planejamento, gestão e de mediação para que as políticas de educação para o SUS se consolidem de forma associada e voltada para as necessidades e características locais regionais. A interinstitucionalidade expressa a diversidade de atores envolvidos no processo da EPS, relacionados com ensino, gestão, atenção e controle social. A multiplicidade de interesses e perspectivas resplandece a necessidade de negociação e de pactuação política no processo de estabelecimento das ações para a EPS¹⁶.

No segundo bloco, ‘Planejamento’, destacaram-se duas atividades do Peeps 2019-2022 da SES-RJ¹⁷. Conforme Mintzberg¹⁵, os gerentes não controlam totalmente suas atividades, pois grande parte dos problemas com os quais lidam são inesperados e, por vezes, em algumas situações, são de difícil solução. Nesse sentido, podem existir variações em sua atuação, de acordo com as características da organização, das dificuldades que precisa contornar e dos objetivos propostos.

No terceiro bloco, ‘Coordenação’, evidenciou-se a atividade de coordenar a Cies-Regional. Tal prática consta como uma das atribuições das Cies conforme Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007¹⁸. Observa-se que esse tipo de coordenação são relações de natureza não hierárquica e independente, agrega uma variedade de atores que compartilham interesses comuns em relação à EPS, estando vinculados a ambientes organizacionais hierarquizados diferentes, o que pode dificultar essas relações. Além disso, Vieira-da-Silva¹⁹ alerta para a rotatividade de gestores e profissionais que acaba afetando as negociações de prioridades e da própria implementação da EPS.

No quarto bloco, ‘Monitoramento e Avaliação’, identificou-se a atividade de acompanhar, monitorar e avaliar as ações de EPS implementadas. De acordo com o debate sobre a atualização da PNEPS realizado pela SGTES, essas atividades são consideradas áreas-problemas da EPS. Na discussão do tema,

praticamente todos os estados apontam dificuldades em monitorar e avaliar as ações de EPS, comentando da ausência de indicadores que superem a mera quantificação dos cursos e outras atividades realizadas²⁽¹⁶⁾.

Sobre o quinto bloco, ‘Formação e Qualificação’, notou-se a concomitância das atividades da gestão com a docência dos gestores ou responsáveis pela condução da EPS no ERJ. Tal contexto se aproxima do perfil da classe trabalhadora que vem se tornando mais polivalente²⁰.

Por fim, o bloco ‘Outros’, do qual emergiram: planejamento e implantação das ações de EPS no município para profissionais e residentes, coordenação da educação permanente em âmbito municipal, presidência do centro de estudos, elaboração e administração de cursos para o controle social e participação de grupo de EPS interinstitucional.

Tabela 1. Atividades desenvolvidas relacionadas com a EPS segundo os participantes da pesquisa. Rio de Janeiro, 2019

Blocos de Atividades	Atividades desenvolvidas relacionadas com a EPS	Nº de citações	Frequência (%)
Relações Interpessoais ou Intersetoriais ou Interinstitucionais	Participar do Núcleo de Educação Permanente (NEP)	16	11
	Participar do Grupo de Trabalho (GT) das regiões para o acompanhamento das Ações do Peeps da SES/RJ	12	8
	Participar da Comissão Intergestores Regional (CIR)	11	7
	Participar da Comissão de Integração Ensino-Serviço Regional (Cies-Regionais)	5	3
	Participar da Comissão de Integração Ensino-Serviço Estadual (Cies-RJ)	5	3
	Participar do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems)	4	3
	Participar da equipe de Educação Permanente em Saúde da SES/RJ	3	2
	Participar do Conselho Estadual de Saúde (RJ)	1	1
Subtotal		57	38
Planejamento	Elaborar projetos de formação profissional e qualificação dos trabalhadores da saúde	20	13
	Planejar e desenvolver o Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde	16	11
Subtotal		36	24
Coordenação	Coordenar a Comissão de Integração Ensino-Serviço Regional (Cies-Regionais)	15	10
	Coordenar da Comissão de Integração Ensino-Serviço Estadual (Cies-RJ)	7	5
	Gestão dos recursos financeiros	4	3
Subtotal		26	17
Monitoramento e Avaliação	Acompanhar, monitorar e avaliar as ações e estratégias de EPS implementadas	18	12
	Subtotal	18	12
Formação e Qualificação	Docência/Preceptoria/Tutoria das atividades de EPS	9	6
	Subtotal	9	6
Outros	Outros	6	4
	Subtotal	6	4
Total		152	100

Fonte: elaboração própria.

Utilização do WhatsApp no cotidiano profissional dos gestores ou responsáveis pela condução das ações de Educação Permanente em Saúde

A tabela 2 refere-se a quais os tipos de TIC e RSD que os participantes utilizaram no seu cotidiano profissional na gestão das ações de EPS no ERJ. Todos assinalaram o *E-mail* e o WhatsApp.

Quanto ao *E-mail*, uma das justificativas pode estar relacionada com o fato de que os

gestores ou responsáveis pela condução das ações EPS no ERJ estão vinculados à gestão pública. Dessa forma, o *E-mail* funcional ou institucional é caracterizado como instrumento de trabalho do agente público, conferido pelo ente público, para realizar as atribuições funcionais. Conforme Mintzberg¹⁵, as tecnologias estão aumentando cada vez mais o ritmo e o volume de trabalho gerencial e a dinâmica da internet, o que permite a comunicação em rede; com isso, os gerentes tendem a preferir a comunicação, em especial, as orais (telefonemas e reuniões) e as eletrônicas (*E-mail*).

Opostamente, na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) referente à TIC²¹, o envio ou recebimento de *E-mail* na população brasileira diminuiu de 69,3% em 2016 para 66,1% em 2017.

Sobre o WhatsApp, é muito utilizado no setor saúde pelos profissionais de saúde, gestores e usuários, seja nas ações de educação na saúde e de educação em saúde, assim como na prática profissional. Porém, com ínfima abrangência na área de gestão das ações de EPS conforme foi identificado na revisão de literatura realizada para a pesquisa.

No que diz respeito aos Ambientes Virtuais de Aprendizagem (AVA), é um sistema que apresenta múltiplos espaços virtuais, que podem ser utilizados para o ensino e a qualificação a distância, muito empregado no âmbito da Educação a Distância (EaD). O AVA pode facilitar o avanço nas interfaces entre as diversas linguagens e a interação do conhecimento dos participantes com o conhecimento científico²². Pode-se inferir que a docência é uma das atividades realizadas no cotidiano profissional dos participantes

em concomitância com a gestão. Por outro lado, também é um mecanismo utilizado para a qualificação do próprio gestor para as ações de EPS.

Quanto ao Facebook, é reconhecida a importância dessa RSD, pois as conexões são capazes de gerar visibilidade para os participantes, em que o comentário de uma pessoa é capaz de tornar uma determinada postagem visível para outras pessoas. Além disso, possibilitam fazer investimento de forma mais direta, por exemplo, na publicação de uma informação recebendo o retorno com as curtidas²³.

Em menor utilização, foram: Instagram, YouTube, Messenger, Twitter e *Blog*. Embora não tenham apresentado números expressivos, a importância dessas RSD não fica somente nos contextos dos contatos. Elas estabelecem uma presença pública na *web*, reforçando as mensagens e todas as atividades de comunicação. Permitem mais agilidade e facilidade na divulgação de informações, produtos e serviços. Consequentemente, é essencial saber monitorar e utilizar essas ferramentas para geração de valores e conhecimentos²⁴.

Tabela 2. Tipos de Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) e Rede Social (digital) mais utilizadas no cotidiano profissional segundo os participantes da pesquisa. Rio de Janeiro, 2019

Tipos de Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) e Rede Social (digital) mais utilizadas no cotidiano profissional	Nº de citações	Frequência (%)
<i>E-mail</i>	33	25
WhatsApp	33	25
Ambientes Virtuais de Aprendizagem	21	16
Facebook	15	11
Instagram	10	8
YouTube	9	7
Messenger	7	5
Twitter	2	2
<i>Blog</i>	1	1
Total	131	100

A *tabela 3* realçou qual das funções do aplicativo WhatsApp os participantes utilizam com maior frequência no cotidiano profissional. Sobressaíram: enviar/receber mensagens, compartilhar documentos e conversas em grupo que juntas representaram as funções mais usadas do aplicativo.

Conforme a PNAD²¹, enviar ou receber mensagens de texto, voz ou imagens por aplicativos diferentes de *E-mail* foi apontado por 94,2% das pessoas de 10 anos ou mais de idade que utilizaram a internet em 2016, e teve um crescimento para 95,5% em 2017.

Quanto a compartilhar documentos, contribui para a reputação do compartilhado e valoriza as informações e mensagens publicadas. Sobre as conversas em grupo, pode estar relacionada com a conversação em rede.

As conversações em rede mediatizada por uma tecnologia permitem que elementos da conversação, como a interação entre dois ou mais atores, sua organização e os contextos, sejam compartilhados pelos participantes. As características da mediatização digital proporcionam que as conversações sejam replicáveis, independentemente da presença on-line dos atores, permitindo que sejam reproduzidas facilmente para outros atores, para diferentes grupos; e podem migrar, tornando-se conversações públicas para outros grupos e outros *sites* de RSD, mantendo-se de forma síncrona ou assíncrona⁶.

Isso sugere que, no cotidiano profissional dos participantes, essas funcionalidades do WhatsApp podem estar muito relacionadas com as atividades de ‘Relações Interpessoais ou Intersetoriais ou Interinstitucionais’ referentes às ações de EPS.

Tabela 3. Funções do aplicativo WhatsApp mais utilizadas no cotidiano profissional segundo os participantes da pesquisa. Rio de Janeiro, 2019

Funções do aplicativo WhatsApp mais utilizadas no cotidiano profissional	Nº de citações	Frequência (%)
Enviar/receber mensagens	10	30
Compartilhar documentos	9	27
Conversas em grupo (grupos para manter contato)	9	27
WhatsApp Messenger® na web e desktop	2	6
Compartilhar fotos e vídeos	1	3
Criptografia (mensagens protegidas)	1	3
Mensagens de voz	1	3
Chamadas de voz e vídeo	0	0
Não utiliza o aplicativo WhatsApp Messenger®	0	0
Total	33	100

Fonte: elaboração própria.

Em relação a qual o objetivo ou finalidade, os participantes utilizam o aplicativo WhatsApp com maior frequência no cotidiano profissional (*tabela 4*). Pela razão de serem múltiplas respostas, optou-se por agrupá-las em cinco blocos de finalidades.

No primeiro bloco, ‘Divulgação ou Informação ou Comunicação’, as finalidades

mais expressivas foram ‘Informação’, que, associada ao WhatsApp, está relacionada com compartilhar informações, seguida de ‘Divulgação’. As palavras ‘Divulgação ou Informação ou Comunicação’ não são sinônimas, mas caminham juntas nas representações das pessoas e das instituições ou órgãos. O que aparentemente pode ser uma simples

distinção de palavras e significados, trata-se de um desafio em relação às muitas faces da Comunicação²⁵.

Segundo Araújo e Cardoso²⁵, a ‘Informação’ aprofundou os fundamentos e métodos de produção de dados. Em contrapartida, a ‘Comunicação’ voltou-se aos procedimentos pelos quais a ‘Informação’ pode ser tratada, circular e ser transformada em saberes pelas pessoas e instituições. Todavia, seja por razões teóricas ou políticas, cada vez mais, a ‘Informação’ vem sendo utilizada de forma substitutiva à ‘Comunicação’. Essa tendência poderá comprometer as dimensões históricas, políticas e econômicas das relações sociais.

Ao correlacionar com as funções do aplicativo WhatsApp mais utilizadas no cotidiano profissional, que foram enviar/receber mensagens, compartilhar documentos e conversas em grupo, pode-se inferir que a finalidade tenha sido de ‘Informação’ ou ‘Divulgação’ das ações de EPS pelos gestores ou responsáveis pela condução da EPS no ERJ. Todavia, faz-se necessário um alinhamento conceitual sobre os significados de ‘Informação, Divulgação e Comunicação’ para a melhor aplicabilidade nas ações de EPS mediatizadas pelo uso da RSD, em especial, o WhatsApp.

No segundo bloco, ‘Monitoramento e Avaliação’, evidenciou-se que o WhatsApp tem sido utilizado como uma das ferramentas

para acompanhamento e monitoramento na execução do Peeps no ERJ. De maneira oposta, para a avaliação das ações de EPS, o aplicativo é menos utilizado. Tal contexto realça que o monitoramento e a avaliação da EPS são considerados uma das áreas-problemas na implementação da PNEPS no País². Além disso, há necessidade de um alinhamento conceitual em relação a acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações de EPS conforme já apontado em 2017 durante a revisão da PNEPS, para que as estratégias de monitoramento e avaliação, de fato, possam ser estruturadas².

Os blocos menos expressivos foram ‘Planejamento’ e ‘Formação/Qualificação’. Esses achados diferem da revisão de literatura, na qual uma das finalidades que mais sobressaíram do uso do WhatsApp foi o ensino, em especial, a formação/qualificação dos profissionais de saúde; e a outra foi na prática profissional para melhoria das respostas dos serviços e práticas visando à qualidade da atenção à saúde. Uma das justificativas pode estar correlacionada ao fato de que ainda não tenha ocorrido a incorporação das TIC e das RSD na prática de ensino-aprendizagem de forma sistematizada e institucionalizada no ERJ; assim como a não adoção do WhatsApp nas práticas de gestão das ações de EPS no cotidiano profissional dos participantes.

Tabela 4. Objetivos e finalidades do uso do WhatsApp segundo os participantes da pesquisa. Rio de Janeiro, 2019

Blocos de Objetivos/Finalidades	Objetivos/Finalidades do uso do WhatsApp	Nº de citações	Frequência (%)
Divulgação ou Informação ou Comunicação	Informação	31	20
	Divulgação	30	20
	Subtotal	61	40
Monitoramento e Avaliação	Acompanhamento das ações	25	16
	Monitoramento das ações	21	14
	Avaliação das ações	12	8
	Subtotal	58	38
Planejamento	Planejamento	18	12
	Subtotal	18	12

Tabela 4. (cont.)

Blocos de Objetivos/Finalidades	Objetivos/Finalidades do uso do WhatsApp	Nº de citações	Frequência (%)
Formação e Qualificação	Formação	15	10
	Subtotal	15	10
Não utiliza o aplicativo WhatsApp	Não utiliza o aplicativo WhatsApp	0	0
	Subtotal	0	0
Total		152	100

Fonte: elaboração própria.

No que concerne a quais as facilidades proporcionadas pelo uso do aplicativo WhatsApp nas atividades de EPS, os participantes apontaram a disseminação rápida de informações (n=17; 19%). Foram de iguais ocorrências (n=15; 17%) para disseminação de conhecimento científico e de material didático e de compartilhamento de material informativo para grupos de usuários verificado em cada uma das repostas. Novamente, de iguais ocorrências (n=14; 16%) para interação social e troca de experiências entre grupos de profissionais e disponibilidade e rapidez na comunicação.

Em menores manifestações, a inserção tecnológica (n=8; 9%) e as mudanças no processo educacional com a formação de redes de estudo (n=6; 7%). Não houve ocorrência de respostas para os itens referentes a 'Não há facilidades' e 'Não utiliza o aplicativo WhatsApp'.

Os dados demonstraram que os participantes consideraram a utilização do WhatsApp um facilitador de disseminação rápida de informações. Outro aspecto que cabe destacar diz respeito às ações de disseminação de material didático para os profissionais e informativos para grupo de usuários.

Tomando como base o estudo²⁶ sobre a formação de um grupo no aplicativo que propiciou a comunicação entre os docentes, discentes, gestores e a população assistida na Unidade Básica de Saúde (UBS), foi necessária a adaptação da linguagem nas conversas do grupo para que favorecesse a comunicação com os usuários e permitisse a emancipação de todos. A experiência do estudo também propiciou a articulação entre

as demandas dos gestores com as demandas sociais de maneira eficaz.

As respostas que apontam para o uso do WhatsApp na promoção da interação social, de troca de experiências entre grupos de profissionais, assim como disponibilidade e rapidez na comunicação, mostram a expansão do uso das RSD como estratégia de ensino-aprendizagem. A aprendizagem via tecnologia móvel tem o seu maior benefício no aumento da eficiência dos educadores, automatizando a distribuição, a coleta, a avaliação e a documentação das avaliações de forma instantânea.

Mesmo nesse cenário inovador, alguns poucos participantes informam que o uso do aplicativo contribui para as mudanças no processo educacional. Esse achado mostra coerência com um dos maiores desafios para a institucionalização da EPS que é a mudança no paradigma da formação dos profissionais. No Brasil, os estudos sobre a utilização do WhatsApp como recurso didático para o processo ensino-aprendizagem vêm despontando desde 2012, quando as metodologias inovadoras de ensino associaram a TIC em prol da educação.

Propõe-se que os processos de capacitação dos profissionais de saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho²⁷.

Sendo assim, surge em direção oposta ao modelo médico-hegemônico para um novo

conhecimento no campo da educação na saúde voltado para a formação interprofissional na perspectiva da integralidade conforme um dos princípios do SUS. Por isso, buscaram-se profissionais colaborativos entre si, com foco no usuário, família e comunidade. O enfoque na formação dos profissionais adotando estratégias problematizadoras do cotidiano do trabalho permitirá que as mudanças aconteçam²⁸.

Sobre questões referentes ao uso do WhatsApp no contexto educacional, ressalta-se que o advento das tecnologias digitais em educação, além de ser um apoiador na comunicação, gera nos educadores o desenvolvimento de práticas pedagógicas que colaboram para a construção coletiva de saberes e aprendizagens²⁹.

Em outro estudo³⁰ sobre o uso do WhatsApp na educação, observa-se que os docentes realizam a aprendizagem colaborativa on-line entre professor-aluno e aluno-professor. Nesse sentido, o aplicativo é uma ferramenta de comunicação que permite troca de experiências, conteúdos, atividades e informações que futuramente se transformam em conhecimento.

Na *tabela 5*, verificou-se quais as dificuldades encontradas na utilização do aplicativo WhatsApp nos processos de EPS, em que se destacou o excesso de mensagens que exigem disponibilidade de tempo para respondê-las. O recebimento intenso de mensagens demanda disponibilidade de tempo para lê-las e respondê-las, tempo este que poderia ser utilizado para outras atividades presenciais. Esse achado corrobora o estudo³¹ no qual foi elencado como dificuldades no uso do aplicativo justamente o excesso de mensagens que chegam associadas ao aviso sonoro, bem como o envio em horário extra ao do trabalho e com temas fora do propósito dos grupos.

É consensual que, na atualidade, vive-se em um mundo em que o acesso à informação é fortemente realizado por comunicação digital. Por esse motivo, alguns estudos têm abordado a falta de tempo para ler e responder as mensagens por meio digital. No estudo intitulado 'A utilização de tecnologias digitais da informação e comunicação na educação permanente em saúde de

profissionais da estratégia em saúde da família', ressalta-se que as dificuldades apontadas pelos profissionais de saúde não estão no acesso à internet e no manejo tecnológico, mas na escassez de tempo para desenvolver as atividades de qualificação profissional por meio de EaD, ocasionados pela dupla jornada de trabalho, por questões familiares, entre outras³².

Seguidamente, os participantes não relatam dificuldades no uso do aplicativo. No item acesso à internet de linha privada, identificou-se que o uso da internet privada para utilização do aplicativo não é um fato relevante. Em oposto a esse achado na área de educação sinalizada na pesquisa³³ sobre o uso do WhatsApp como ferramenta de apoio ao ensino, que apesar do uso da tecnologia móvel nas escolas públicas urbanas gira em torno de 80%, os alunos apontam como desvantagens a falta de acesso à internet gratuita fora do ambiente escolar, o que dificulta a visualização de vídeos e realização de atividades escolares.

Quanto às questões éticas, tais como anonimato, confidencialidade, privacidade e *fake news*, observou-se que um número ínfimo de participantes encontrou problemas no uso do WhatsApp. Pode-se supor que, por se tratar de um grupo de comunicação entre gestores e com finalidades de trabalho, os participantes não publicam informações de cunho social. Também se reforça a hipótese de que a tomada de decisão requer discussões muitas vezes de cunho confidenciais, o que impede um retorno imediato das respostas às mensagens.

Foram de iguais ocorrências para os itens: acesso à internet gratuita, necessidade de aquisição de competências tecnológicas e resistência em usar a tecnologia virtual. Sobre a necessidade de aquisição de competências tecnológicas para a utilização do WhatsApp, os participantes afirmam não ser um entrave. Depreende-se daí que, na análise do perfil dos participantes, sobressai a faixa etária entre 50 e 69 anos, uma geração que, apesar de não ter contato com a tecnologia digital na época em que nasceram, porém, são submersos nela para o cotidiano de comunicação na vida social e profissional.

Tabela 5. Dificuldades encontradas na utilização do aplicativo WhatsApp nos processos de EPS segundo os participantes da pesquisa. Rio de Janeiro, 2019

Dificuldades encontradas na utilização do aplicativo WhatsApp Messenger® nos processos de EPS	Nº de citações	Frequência (%)
Excesso de mensagens que exigem disponibilidade de tempo para respondê-las	17	52
Não há dificuldades	8	24
Acesso à internet de linha privada	3	9
Questões éticas (anonimato, confidencialidade, privacidade, fake news)	2	6
Acesso à internet gratuita	1	3
Necessidade de aquisição de competências tecnológicas	1	3
Resistência em usar a tecnologia virtual	1	3
Não utiliza o aplicativo WhatsApp Messenger®	0	0
Total	33	100

Fonte: elaboração própria.

Considerações finais

O aplicativo WhatsApp, como uma das ferramentas de monitoramento e avaliação das ações de EPS no ERJ, ainda é menos utilizado nas atividades mais técnicas, como planejamento, acompanhamento, monitoramento e avaliação; embora tenha contribuído em parte para o acompanhamento e o monitoramento das ações de EPS. Contudo, para a avaliação dessas ações, é pouco utilizado. No cotidiano profissional, os participantes identificaram o *E-mail* e o WhatsApp como modalidades de TIC mais utilizadas.

O WhatsApp, pelas características de instantaneidade, conectividade, intangibilidade e inovação, foi apontado especialmente como uma ferramenta para receber/enviar de mensagens, manter conversas em grupo e compartilhar documentos. Sobre a finalidade da utilização do aplicativo, os participantes afirmam ser uma forma de divulgação e informação mais rápida, proporcionando a manutenção de contato imediato entre os profissionais do grupo de trabalho.

Com relação às atividades mediatizadas pelo WhatsApp para a condução do Peeps, os participantes referem o uso para divulgação e inscrição em eventos, canal de comunicação

e interação entre atores da EPS, planejamento e divulgação da participação em reuniões técnicas. Essas atividades são atribuídas à facilidade de comunicação resultante do uso da tecnologia móvel (*smartphone* e *tablet*).

Ainda assim, são relatadas dificuldades na utilização do aplicativo relacionadas com o excesso de mensagens, que exigem disponibilidade de tempo para respondê-las e necessidade de acesso à internet de linha privada, fato constatado nos estudos que abordam o uso do WhatsApp em âmbito mundial.

O estudo está longe de ser findado. Acredita-se que auxilie os olhares dos leitores para a possibilidade de novos estudos no sentido de refletir sobre os limites e as possibilidades do uso das RSD na gestão das ações de EPS no ERJ. Além disso, a pesquisa ocorreu no final de 2019, período que antecedeu a pandemia de Covid-19 em março de 2020 e no qual, notoriamente, o WhatsApp torna-se o aplicativo mais utilizado pelos profissionais de saúde, instituições, gestores nas ações de enfrentamento da Pandemia. Dessa forma, desperta a necessidade de estudos de impacto da incorporação da RSD (WhatsApp) no período pós-pandemia na condução da gestão da EPS no ERJ, o que ressalta a importância da continuidade de estudos relativos à temática. Como

limitações, aponta-se o estudo locorregional, no caso, o ERJ.

Colaboradoras

Meirelles F (0000-0002-4896-6467)*, Teixeira

VMF (0000-0002-0226-9404)* e França T (0000-0002-8209-9811)* contribuíram para elaboração do manuscrito com as seguintes atividades: concepção, delineamento da pesquisa, coleta dos dados, análise e interpretação dos dados, redação do manuscrito e aprovação final da versão a ser publicada. ■

Referências

1. França T. Análise da Política de Educação Permanente do SUS (PEPS) implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES): relatório final (volume II). Rio de Janeiro: UERJ; 2016. [acesso em 2020 jan 20]. Disponível em: http://www.obsnetims.org.br/uploaded/3_2_2016_0_Vol%20II_Relatorio_EP-SUS_Cnpq_2015.pdf.
2. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Brasília, DF: MS; 2018.
3. Brasil. Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde no Brasil. Laboratório de Inovação em Educação na Saúde com ênfase em Educação Permanente. Brasília, DF: MS; 2018.
4. Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde. Estratégias de recursos humanos para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde. Washington, DC: OPAS; 2017.
5. Recuero R. Mídias x Rede Social. Blog. 2010. [acesso em 2020 mar 13]. Disponível em: <http://www.raquelrecuero.com/arquivos/2010/11/midia-x-rede-so.html>.
6. Recuero R. Curtir, compartilhar, comentar: trabalho de face, conversação e redes sociais no Facebook. Verso e Reverso. 2014 [acesso em 2018 set 16]; 28(68):114-124. Disponível em: <http://revistas.unisinos.br/index.php/versoereverso/article/view/ver.2014.28.68.06>.
7. Marconi MA, Lakatos EM. Técnicas de pesquisa. 8. ed. São Paulo: Atlas; 2017.
8. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. 12 Dez 2012.
9. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 580, de 22 março de 2018. Estabelece que as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 12 Jul 2018.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

10. Wermelinger M, Machado MH, Tavares MFL, et al. A força de trabalho do setor de saúde no Brasil: focalizando a feminização. *Divulg. Saúde debate*. 2010 [acesso em 2018 jan 24]; 45(1):54-70. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/observarh/arquivos/A%20Forca%20de%20Trabalho%20do%20Setor%20de%20Saude%20no%20Brasil%20.pdf>.
11. Machado M, Oliveira E, Moyses NMN. Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil. In: Pierantoni C, Dal Poz MR, França T, organizadores. *O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas*. Rio de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2011. p. 103-16.
12. Nascimento NM, Santos JC, Valentim MLP, et al. O estudo das gerações e a inteligência competitiva em ambientes organizacionais. *Perspec. Gest. Conhec*. 2016 [acesso em 2018 fev 2]; 6(1):16-28. Disponível em: <https://periodicos3.ufpb.br/index.php/pgc/article/view/27381>.
13. Castro JL, Vilar RLA, Costa OV, et al. Os desafios da gestão do trabalho nas secretarias estaduais de saúde no Brasil. Brasília, DF: Conass; 2019. [acesso em 2020 fev 2]. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/29844>.
14. Antunes RA. Nova morfologia do trabalho, suas principais metamorfoses e significados: um balanço preliminar. In: Guimarães C, Brasil I, Morosini MV. *Trabalho, educação e saúde: 25 anos de formação politécnica no SUS*. Rio de Janeiro: EPSJV; 2010. p. 11-28.
15. Mintzberg H, Costa FA, tradutor, Fachim R, revisão técnica. *Managing: desvendando o dia a dia da gestão*. Porto Alegre: Bookman; 2014.
16. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde*. Brasília, DF: MS; 2004.
17. Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, Superintendência de Educação em Saúde. *Bases para diálogos e reflexões em Educação Permanente em Saúde*. Rio de Janeiro: SES-RJ; 2018.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 22 Ago 2007.
19. Silva LMV. *Avaliação de políticas e programas de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014.
20. Antunes R. O caráter polissêmico e multifacetado do mundo do trabalho. *Trab. educ. saúde*. 2003 [acesso em 2020 jan 22]; 1(2):53-61. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/jGSb8jWJpTWKn-TjcHw8B7Cn/abstract/?lang=pt>.
21. 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 2020 jan 22]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101705>.
22. Trindade MAB, organizadora. *As tecnologias da informação e comunicação (TIC) no desenvolvimento profissional de trabalhadores do SUS*. São Paulo: Instituto de Saúde; 2011. [acesso em 2020 jan 22]. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/temas-saude-coletiva/pdfs/tema_sc12.pdf.
23. Recuero R. O Capital social em rede: como as redes sociais na Internet estão gerando novas formas de capital social. *Contemporânea*. 2012 [acesso em 2020 fev 22]; 10(3):597-617. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/contemporaneaposcom/article/view/6295>.
24. Ferreira MSB. Mídias sociais como ferramenta de comunicação para fortalecimento de marcas e organizações. *Temática*. 2017 [acesso em 2020 fev 22]; 13(6):141-150. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/tematica/article/view/34841/17698>.

25. Araújo IS, Cardoso JM. Comunicação e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
26. Albuquerque OMR, Rocha JH, Silva K, et al. Use of Social Technology in the constitution of the Health Unit Manager Council. RISTI. 2018 [acesso em 2019 jul 15]; 28:41-56. Disponível em: <https://doi.org/10.17013/risti.28.41-56>.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União. 16 Fev 2004.
28. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Relatório final da oficina de alinhamento conceitual sobre educação e trabalho interprofissional em saúde. Brasília, DF: MS; 2017.
29. Andretta T. WhatsApp no contexto educacional: uma revisão sistemática de literatura [trabalho de conclusão de curso de especialização]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria; 2018. 23 p. [acesso em 2019 jul 15]. Disponível em: <https://repositorio.ufsm.br/handle/1/15370>.
30. Fontana LAM. WhatsApp na Educação: criar, construir e compartilhar. In: Busarello RI, Biegging P, Ulbricht VR, organizadores. Sobre educação e tecnologia: processos e aprendizagem. São Paulo: Pimenta Cultural; 2015. p. 290-307.
31. Bouhnik D, Dshen M. WhatsApp goes to school: mobile instant messaging between teachers and students. J. Inf. Tec. Educ. Research. 2014 [acesso em 2020 fev. 22]; (13):217-231. Disponível em: <http://www.jite.org/documents/Vol13/JITEv13ResearchP217-231Bouhnik0601.pdf>.
32. Araújo PA. A utilização de tecnologias digitais na informação e comunicação (TDIC) na educação permanente em saúde de profissionais da estratégia em saúde da família, na 11ª região de saúde do Ceará. [dissertação]. Sobral: Universidade Federal do Ceará; 2013. [acesso em 2019 jul 15]. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/32817>.
33. Bottentuit Junior BJ, Mendes AGLM, Silva NM. Sala de aula invertida com uso de tecnologias digitais: um estudo numa escola pública na cidade de São Luís – MA. In: Anais do 1º Simpósio de Tecnologias Digitais em Educação; 2016 nov 21-23; São Luís. São Luís: Universidade Federal do Maranhão; 2016. p. 1-14. [acesso em 2019 jul 15]. Disponível em: <http://tecedu.pro.br/wp-content/uploads/2017/02/Art19-vol18-edi%C3%A7%C3%A3o-tematica-III-I-SNT-DE-2016.pdf>.

Recebido em 24/05/2021

Aprovado em 21/01/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) - Processo nº 430482/2018-3

A pandemia do capital no saneamento

The pandemic of capital in the water supply sector

Ana Cristina Augusto de Sousa^{1,2}

DOI: 10.1590/0103-1104202213314

RESUMO Este texto tem o propósito de mostrar que as novas alterações na regulação dos serviços ligados à água são o efeito, em escala nacional, de uma transformação estrutural recente na dinâmica de acumulação capitalista mundial. O objetivo é situar os leitores do campo da saúde no processo de financeirização que avança no setor do saneamento no Brasil e ameaça o direito ao acesso. Para tanto, pretende-se mostrar, a partir da perspectiva da geografia crítica e da ecologia política, como a nova lei do saneamento aprovada durante a pandemia e a proposta de criação de um mercado de águas no Brasil vão ao encontro do movimento das elites internacionais que, diante das crises cíclicas do setor produtivo, buscam nos bens comuns e na natureza novas oportunidades de lucro. Discutem-se, também, o papel do Estado nesse processo e os efeitos mapeados pela literatura que investiga esse assunto.

PALAVRAS-CHAVE Política de saneamento. Saneamento básico. Saúde ambiental.

ABSTRACT *This paper aims to show that the recent changes in the framework of water-related services represent, on a national scale, the effect of a recent structural change in the dynamics of global capitalism. The purpose is to clarify readers in the field of health on the process of financialization that is taking place in the sanitation sector in Brazil, which threatens public health. Therefore, we intend to show, from the perspective of the critical geography theory, how the new sanitation framework and the creation of a water market in Brazil meet the interests of the international elites who, in the face of cyclical crises in the productive field, seek for opportunities to profit from common goods and nature. It also discusses the role of the State in this entire process and the likely effects that have already been pointed out by the literature on the subject.*

KEYWORD Sanitation policy. Basic sanitation. Environment and health.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
anacris.sousa@ensp.fiocruz.br

²Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro (IFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

Nos últimos anos, o governo federal propôs inúmeras iniciativas para abrir espaço aos grupos privados interessados na exploração dos serviços de água e esgoto no Brasil. A última delas, aprovada no ano passado em meio à primeira onda da pandemia no País, alterou substancialmente a regulação do setor. As razões alegadas enfatizaram a crise fiscal e a ineficiência da gestão pública. Este texto pretende mostrar que esse movimento é o efeito, em escala nacional, de uma transformação estrutural recente na dinâmica de acumulação capitalista mundial. O objetivo é compreender, à luz das contribuições da ecologia política, os reais motivos e interesses que orientaram as mudanças no setor de água e saneamento do País.

Ao longo do texto, será visto que essa reforma, assim como a proposta de criação de um mercado de águas no Brasil (Projeto de Lei nº 495/2017), expressa em escala nacional o movimento global das elites internacionais que, diante das crises cíclicas do setor produtivo, vêm buscando nos bens comuns e da natureza as novas oportunidades de lucro. Isso coloca graves implicações sociais na medida em que, no processo de mercantilização desses bens, é a produção da escassez que abre espaço para a sua exploração econômica, com efeitos trágicos sobre as populações mais vulneráveis. Aumento dos preços, seletividade de investimento, desperdício e falta de transparência foram algumas das consequências observadas pela literatura ao redor do mundo, solenemente ignoradas pelas autoridades brasileiras em nome de uma suposta ‘modernização’ do setor no País.

O ciclo hidrossocial: contribuições teórico-metodológicas da ecologia política

Nas últimas décadas, o reingresso da questão ambiental na agenda política mundial redefiniu os contornos e a agenda dos estudos em recursos hídricos, à qual se somaram diversas

abordagens de economia política e a ecologia política da água e da circulação da água. Oriundas do campo da geografia crítica, as perspectivas político-ecológicas sobre a água afirmam que há uma estreita correlação das transformações do ciclo hidrológico em níveis local, regional e global de um lado, e as relações de poder social, político, econômico e cultural da sociedade de outro. Quando a água captada em um determinado local é dirigida para outro, ela rompe o ciclo hidrológico de sua bacia hidrográfica de origem para se integrar a um novo ciclo hidrológico espacialmente desconectado do primeiro. Essas transposições entre bacias não se dariam espontaneamente se não fosse a ação humana no contexto da vida em sociedade. Por essa razão, as perspectivas político-ecológicas afirmam que a circulação da água não responde apenas a dinâmicas químico-físicas (ciclo hidrológico), mas também sociais, políticas e culturais que condicionam o seu movimento, no que elas denominaram ciclo hidrossocial¹.

A noção de ciclo hidrossocial supera o entendimento moderno binário que separa natureza e sociedade, a partir de uma nova categoria: a sacionatureza, resultado de transformações em si mesmas naturais e sociais. A pesquisa hidrossocial percebe a circulação da água como um processo físico e social combinado, como um fluxo sacionatural hibridizado que funde natureza e sociedade de maneiras inseparáveis, produzindo assim configurações hidrossociais particulares. Nesse sentido, ambientes hidráulicos podem ser encarados como construções sociofísicas produzidas de forma ativa e histórica pelos homens, tanto em termos de conteúdo social quanto em termos de qualidades físico-ambientais².

Tal perspectiva abre novas questões de pesquisa e propõe uma transformação na maneira como as políticas de recursos hídricos são pensadas, formuladas e implementadas. Mudanças no uso, gestão e organização sociopolítica do ciclo da água e mudanças sociais, por determinarem-se mutuamente, produziriam formas distintas de circulação hidrossocial e novas

relações entre as circulações locais de água e os circuitos hidrológicos globais. A mobilização da água para determinados lugares e usos, e não outros, mostra como o poder se distribui na sociedade, ao evidenciar quem se beneficia e quem se prejudica com as mudanças socioambientais, que nunca são neutras seja em termos ecológicos ou sociais. Os ambientes construídos seriam, portanto, o resultado histórico de processos sociobiológicos e, como tal, sujeitos aos mesmos arranjos de poder que regem o acesso/controla de recursos do ambiente na sociedade.

O exame político-ecológico do processo hidrossocial propõe revelar a natureza inerentemente conflituosa do processo de mudança socioambiental, assim como os conflitos sociais subjacentes a ela. Por isso, as análises dessa linha dedicam especial atenção às relações de poder social (sejam materiais, econômicos, políticos ou culturais) por meio das quais ocorrem as transformações hidrossociais. São análises que enfatizam a produção social das configurações hidrossociais injustas e buscam fundamentar empiricamente os processos por meio dos quais as condições injustas são produzidas. Isso inclui analisar também os discursos e os argumentos mobilizados para defender ou legitimar estratégias particulares².

O materialismo histórico-geográfico é a abordagem metodológica preferencial dessas análises e a que será usada aqui também, por permitir explicitar o caráter intrinsecamente social e, principalmente, político da gestão e da organização dos recursos hídricos. Ele possibilita trazer à tona as relações de poder político e econômico por meio das quais o acesso, o controle e a distribuição da água têm sido organizados e reformulados no Brasil. Essa abordagem considera que tempo e espaço atuam de forma determinante na produção do ser social; e este, por sua vez, interage dialeticamente com a realidade e os discursos que as análises político-ecológicas pretendem desvelar. A escolha desse método enfatiza os conflitos e as contradições da sociedade, assumindo uma posição que não se

pretende neutra diante do conflito social³. Assim, a narrativa que se segue nas próximas seções pretende configurar o conflito político no setor de saneamento a partir dos interesses e do movimento dos principais atores diante da conjuntura política e econômica internacional das últimas décadas.

O setor de saneamento no Brasil: atores e interesses

No mundo, 90% dos serviços de saneamento encontram-se nas mãos do poder público. No Brasil, empresas públicas estaduais atendem hoje a, aproximadamente, 70% das cidades do País. Esse modelo de prestação remonta à década de 1970, quando o Plano Nacional de Saneamento (Planasa) foi criado para gerir e integrar as redes locais e regionais brasileiras. O plano previu a criação de companhias públicas estaduais em cada unidade da federação e vinculou a provisão dos serviços a uma lógica de autossuficiência econômica, via cobrança de tarifa.

Para viabilizar a operação das prestadoras, os municípios concederam a exploração dos serviços às companhias estaduais, e foi adotado o mecanismo de subsídios cruzados, segundo o qual a receita dos municípios ricos financiaria a expansão da cobertura nos municípios pobres. O principal efeito dessa política foi o fortalecimento das prestadoras estaduais e a atrofia da governança local. O arranjo vigorou intocado por duas décadas e elevou a cobertura geral de água e esgoto no País, com importantes distorções de acesso ligados à renda e às regiões. Foram priorizadas metrópoles industriais do Sudeste e, dentro delas, as áreas mais ricas, concentrando o déficit de acesso nas periferias urbanas e regiões mais pobres do Brasil⁴.

O modelo adotado expressava uma visão fordista-keynesiana do pós-Segunda Guerra, na qual o Estado era o responsável por prover e regular bens e serviços de interesse coletivo como saúde, educação e saneamento. A crise

econômica mundial dos anos 1970 acabou atingindo esse modelo nos países centrais do capitalismo, abrindo caminho para as reformas liberais dos anos 1980 e 1990. Na América Latina, instituições financeiras internacionais, como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial, propuseram medidas de liberalização e dos mercados e abertura aos fluxos de capitais, bem como a redução da presença estatal nos setores produtivos como contrapartida para a concessão de crédito a países endividados ou em plena crise, como era o caso do Brasil na época.

Nesse contexto, o então presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC) se comprometeu com o Banco Mundial a privatizar as empresas estaduais de saneamento básico, entre outros setores, como contrapartida ao empréstimo tomado em razão da crise de 1998. Para tanto, ele estrangulou a oferta de recursos às prestadoras estaduais (Resolução nº 2.521/1998 do Conselho Monetário Nacional) e criou o Programa de Financiamento a Concessionários Privados de Saneamento (FCP/SAN), que permitia o uso de recursos do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) pela iniciativa privada. Ele apresentou também um Projeto de Lei (PL nº 4.147/2001) que buscava transferir a titularidade municipal para os estados nas regiões onde houvesse interesse comum (regiões metropolitanas, por exemplo). O Banco Mundial avaliava que a transferência da titularidade municipal para os estados era essencial para proceder à alienação do controle das empresas estaduais, pois isso evitaria o fracionamento da carteira de clientes dessas empresas e a evasão dos municípios ricos que não anuissem com a transação⁵.

No entanto, prefeitos que não concordaram com a proposta se uniram a sindicatos de trabalhadores do ramo e aos movimentos sociais ligados aos direitos urbanos para resistir, conseguindo arquivar o referido projeto de lei no Congresso. Dessa forma, o maior obstáculo à entrada do capital estrangeiro no setor, a titularidade municipal, permaneceu. A saída mais discreta e desembaraçada encontrada

pelo capital estrangeiro para contorná-lo foi a aquisição via mercado (bolsa de valores) de empresas nas quais governadores mais aderidos à agenda liberal estivessem propensos a abrir o capital⁶. Já o capital nacional, composto por poucas empresas de construção civil nacionais de configuração familiar, mirou nos municípios menores dispostos à privatização e na oferta de serviços para as companhias estaduais nas regiões metropolitanas⁷.

O fortalecimento dos grupos privados no setor de saneamento

As reformas liberais dos anos 1990 agravaram a desigualdade e a pobreza na América Latina. Isso abriu caminho para a eleição de dirigentes de centro-esquerda com orientação nacionalista e pró-keynesiana em todo o continente no início dos anos 2000, a chamada 'primavera rosa'. No Brasil, não foi diferente: a vitória do Partido dos Trabalhadores, em 2002, interrompeu o ciclo de privatizações do governo anterior e retomou o investimento público no País.

A conjuntura internacional de valorização das *commodities* no exterior propiciou recordes de arrecadação. O País já não dependia mais de empréstimos do FMI e do Banco Mundial. Além disso, como ato de afirmação da soberania, o governo quitou a dívida externa com essas agências, de maneira a se libertar da ingerência direta delas sobre a agenda macroeconômica nacional. O aquecimento da economia, pautado no aumento real do salário mínimo e na retomada do investimento público, favoreceu o consumo da população, habilitando a burguesia nacional ligada à infraestrutura, já de antes hegemônica no mercado interno da construção civil, a internacionalizar suas atividades em outros continentes⁸. Grandes construtoras brasileiras criaram braços para operar, especificamente, o setor de saneamento no país, somando-se a outras de

capital nacional que já atuavam nesse mercado amparadas pela Lei de Concessões (Águas do Brasil, Aegea e GS Inima). Esse foi o caso das empresas Foz do Brasil, da Odebrecht, e Companhia Águas do Brasil (CAB Ambiental), do grupo Queiroz Galvão.

Para manter a hegemonia, as companhias estaduais buscaram incentivos no novo governo. A instituição dos contratos de programa em 2005 forneceu a elas um instrumento de cooperação federativa que permitiu a renovação automática dos contratos nos municípios, com dispensa de licitação obrigatória (Lei nº 11.107/05). Após um amplo debate com entidades setoriais e sociedade civil, o novo governo aprovou também uma nova legislação para o setor (Lei nº 11.445/07) e anunciou o maior programa de financiamento de obras de saneamento do País, o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC Saneamento)⁹. O setor privado, de olho nos recursos de repasse do PAC, pressionou o governo até arrancar uma permissão para acessá-los em 2013. A Portaria nº 280, de 25 de junho de 2013, do Ministério das Cidades autorizava de maneira indireta o financiamento público de agentes privados no setor, o que provocou grande rejeição nos grupos antiprivatistas aliados do governo.

Já não era a primeira vez que as concessionárias privadas vinham encontrando oportunidades de captura dos recursos públicos para os seus negócios. Recursos oriundos de prefeituras, do FGTS (Fundo de Investimento FI-FGTS), da Caixa Econômica Federal (Fundo de Investimento Participações Saneamento) e do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), entre outros, vinham financiando a iniciativa privada em diversas cidades brasileiras. Ao fim do governo, cinco capitais estaduais já se encontravam total ou parcialmente privatizadas, três companhias estaduais consolidavam o processo de abertura de capital e duas se preparavam para abrir. Entre 2011 e 2015, considerando-se as diferentes formas de contratos possíveis (concessão total, concessão parcial,

Parcerias Público-Privadas – PPP etc.), houve aumento no número de concessões privadas no País, especialmente em cidades de pequeno e médio porte¹⁰.

O aumento da participação privada, no entanto, não trouxe a injeção de recursos privados no setor, como se anunciava. Isso porque todo o investimento realizado pelos operadores privados derivava de recursos provenientes de fundos governamentais, basicamente do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) e do FGTS, oriundos de recolhimento sobre a folha salarial (trabalhadores). Esses recursos eram ofertados com taxas de juros e encargos menores do que as do mercado, e mais da metade deles (60%) foi utilizada por empresas que tinham a participação de capital privado, sem que houvesse qualquer relação com estratégias de redução do déficit de acesso¹¹.

No fim das contas, foram os trabalhadores os que financiaram a valorização do capital das empresas, permitindo a remuneração dos investidores na forma de lucros e dividendos, incluindo estrangeiros. Nesse sentido, é importante notar que, embora o Partido dos Trabalhadores tenha buscado reestruturar o setor a partir da valorização da gestão pública conforme afirmado na lei, a política de incentivos ao empresariado nacional e ao capital financeiro criou condições que fortaleceram indiretamente a posição da iniciativa privada no setor.

A ofensiva estrangeira e o avanço da financeirização do saneamento

As principais empresas nacionais de construção civil receberam um golpe brutal com a Operação Lava Jato (2014). Punidas judicialmente pela participação nos esquemas de corrupção denunciados, a Odebrecht teve que vender os ativos e reestruturar o capital em busca de caixa, e a Galvão Participações

(Galpar) foi pressionada a abandonar o controle na empresa CAB.

Essa foi a conjuntura oportuna para o capital estrangeiro avançar no setor, via mercado. Um dos maiores grupos de investimento do mundo, o fundo canadense Brookfield, comprou 70% da Odebrecht Ambiental, dando origem à BRK ambiental S.A. No ano seguinte, o grupo japonês Itochu adquiriu parte da Queiroz Galvão na empresa Águas do Brasil. Em 2018, foi a vez da Iguá Saneamento (ex-CAB) expulsar definitivamente o Grupo Galvão da empresa com o aporte do fundo canadense Alberta Investment Management Corporation^{12,13}.

O International Finance Corporation (IFC) é um braço do Banco Mundial para investimentos diversos, com atuação especial em saneamento. De 2012 a 2019, a organização participou da Aegea, que aumentou a carteira de 29 municípios (2 milhões de pessoas) para 50 (7 milhões), quando ele saiu. Além disso, o Banco Mundial é o organizador do Water Resources Group, conhecido como WRG 2030. O grupo é formado por várias empresas, como Coca-Cola, Nestlé e Ambev, e costuma se instalar em países, estados e municípios onde se avizinha a privatização para ajudar a criar o modelo regulatório que será adotado.

Após o golpe jurídico-parlamentar de 2016, o então Presidente Michel Temer condicionou a renegociação das dívidas dos estados à adesão ao programa de desestatização do BNDES, que incluía o setor de saneamento. Com isso, a expectativa das concessionárias privadas de água e esgoto era de triplicar a sua fatia no mercado. Dezoito estados manifestaram interesse em participar, mas as privatizações não foram adiante. O governo propôs ainda outras iniciativas com o objetivo de acabar de uma vez por todas com os contratos de programa e remover o obstáculo da titularidade municipal (as Medidas Provisórias nº 848 e nº 878/2018). Os governadores, percebendo a manobra, foram contra e impediram a votação, o que transferiu essa tarefa para o próximo governo.

Em 2018, a eleição presidencial de Jair Bolsonaro representou a vitória dos setores mais conservadores do País. Com maioria no Congresso, o governo aglutinou os interesses do agronegócio, da indústria de armas e da Igreja Evangélica (conhecida como bancada BBB: Boi, Bala e Bíblia) sob a égide do liberalismo econômico, reeditado agora com um discurso social conservador. O plano de privatizar o saneamento foi submetido ao Congresso, agora não mais por meio de medidas provisórias, mas, sim, por um projeto de lei com o mesmo teor: o PL nº 4.219/2019. O relator designado foi o senador tucano Tasso Jereissati (PSDB-CE), da base governista e membro de um grupo acionista da segunda maior fabricante de Coca-Cola (uma gigante do negócio da água) no Brasil¹⁴.

O PL foi votado e aprovado em meados de 2020, em meio à primeira onda da pandemia. A Lei nº 1.4026/20 fortaleceu a titularidade estadual nas áreas de interesse comum, acabou com os contratos de programa e previu incentivos a entes federados que optarem pela privatização. Além disso, retirou a proteção de comunidades vulneráveis até então salvaguardadas pela lei, como aglomerados urbanos subnormais, territórios quilombolas e comunidades rurais, e restringiu de forma drástica o prazo de adaptação às novas regras por parte das companhias estaduais¹⁵. Sem dúvida alguma, a sua aprovação consolidou o arcabouço jurídico para os serviços de saneamento e sinalizou o compromisso do governo com os investidores desse ramo (Lei de Concessões – Lei nº 8.987/1995; PPP – Lei nº 11.079/2004; Debêntures Incentivadas – Lei nº 12.431/2011; Programa de Parcerias de Investimentos/PPI – Lei nº 13.334/2015).

Outro projeto no mesmo sentido é o PL nº 495/2017, que cria o mercado de águas, de autoria do mesmo senador. Esse projeto mira em regiões com ‘alta incidência de conflitos pelo uso de recursos hídricos’ e propõe alterar a concepção da lei atualmente vigente que entende a água como um bem público. Ele prevê que os detentores da outorga de determinadas águas, como setores do agronegócio

e produtoras de refrigerante, possam negociar com outros outorgados de uma mesma bacia hidrográfica o seu excedente de água. Atualmente, os estados são os responsáveis pela autorização do uso dos recursos hídricos, seu controle e fiscalização (outorga). Eles não cobram pela outorga, mas apenas pelos documentos necessários para a sua emissão (laudos, taxas e registros). O citado PL muda isso e prevê que o comitê gestor de cada bacia possa ficar com 5% do valor da cessão onerosa como remuneração pela cessão do direito de exploração pelos particulares.

Com a criação do mercado de águas, quem comprar a outorga ganhará prioridade no uso da água de um rio ou de um lago durante o prazo da concessão (aproximadamente 30 anos) e deterá direitos de comercialização sobre ela. Nesse arranjo, consumidores menores, como comunidades camponesas e usuários de menor porte, sairão perdendo. O efeito provável disso é o aumento nos conflitos pela água, que, só no ano passado, subiu 77%¹⁶. A proposta de criação do mercado de águas no Brasil é uma tentativa de reproduzir um comércio que vem sendo implantado em outros lugares no mundo, como Austrália, África do Sul, Estados Unidos, Costa Rica, Espanha e Chile¹⁷.

O mercado de águas facilita a criação de outras classes de ativos que podem ser negociados sem que haja garantia alguma de alocação ou gestão mais justa ou racional desse bem. Essas medidas expressam e, também recebem uma transformação maior em curso no mundo, que impulsiona no País um processo de ‘commodificação’ dos bens naturais e ameaça direitos humanos, como o acesso à água e ao saneamento.

A commodificação da água e suas implicações no Brasil

Essa transformação teve início a partir da recessão global da 1973, quando a forma de acumulação predominante, baseada no

modelo fordista, foi minada pela crescente competição internacional, por baixas taxas de lucros corporativos e por um processo inflacionário acelerado, em um processo que fez a economia capitalista mergulhar em uma crise de superacumulação. A busca por competitividade e ganhos em eficiência e produtividade para contornar a situação levou à proliferação de projetos e estratégias empresariais marcados por retornos rápidos, obsolescência precoce de investimentos e ativos e ajustes espaciais intensos envolvendo a realocação de plantas industriais em escala global, com a flexibilização dos fluxos financeiros¹⁸.

A resposta da classe capitalista e dos governos dos países centrais gerou um novo regime de acumulação ‘flexível’, no qual o capital ampliava sua margem de manobra intensificando a flexibilização dos mercados de trabalho, dos processos de fabricação e produção de mercadorias. Diferentemente do modelo fordista, o novo modo ‘flexível’ de acumulação consistiu basicamente em controlar a produção conforme a demanda, evitando a estocagem de produtos. Outrossim, a transferência do capital para a esfera financeira teve o objetivo de realocar os excedentes para rápida geração de lucro, ainda que virtual ou fictício¹⁸.

O capital fictício é fruto da valorização especulativa que decorre da incidência de juros, e não do trabalho. Esse dinheiro, convertido em capital a juros, gera um rendimento que é visto como receita e interage no mercado. A base material dela deriva dos ativos da empresa, mas se descola dela quando exposta à especulação dos mercados e das bolsas de valores¹⁹.

A financeirização é o processo que transforma qualquer fluxo financeiro estável em um título passível de negociação e especulação em um mercado secundário. A circulação de capital nesse ambiente construído (circuito secundário), na verdade, amortece as sucessivas crises de acumulação no sistema produtivo-industrial (circuito primário). Isso trouxe uma saída provisória para capitalistas que amargavam uma queda de 10% na

produção industrial (circuito primário ou produtivo). A gestão da riqueza de forma especulativa tornou o sistema financeiro um dos principais centros de atividades redistributivas. Este, por sua vez, criou instrumentos de especulação e aumentou a pressão sobre a apropriação das riquezas do Sul pelo Norte. Nessa dinâmica, a atuação do Estado mostrou ser estratégica, pois assumiu o controle das crises e permitiu que a acumulação ocorresse. As políticas neoliberais atuaram transferindo bens até então concebidos como públicos para os domínios privados com a finalidade de assegurar a taxa de lucratividade em um novo tipo de acumulação que estaria reeditando as condições de acumulação primitiva de capital na chamada acumulação por espoliação²⁰. No caso particular da água e do saneamento, a espoliação envolve basicamente a transferência de propriedade ou posse coletiva da água para companhias privadas de saneamento ou grupos financeiros organizados globalmente.

Alguns dos principais efeitos da privatização do saneamento no mundo já foram listados pela literatura internacional disponível. O primeiro deles é a oligopolização do mercado. Grandes companhias de água internacionalizaram suas atividades por meio de fusões e aquisições de empresas menores do ramo, com quatro companhias à frente de praticamente todos os esquemas de privatização mundial. Em 2004, duas delas, as francesas Ondeo-Suez e Vivendi, concentravam praticamente 70% do mercado da água no planeta. Além disso, destaca-se também que a entrada de grandes fundos de investimento estrangeiros no ramo em busca de taxas de retorno rápidas tem colocado em risco a sustentabilidade dos contratos no longo prazo, levando o Estado a ter que reassumir a rede de infraestrutura ou subsidiar indiretamente as operadoras privadas, no chamado ‘modelo francês’²¹.

Cada vez mais, as empresas públicas de saneamento têm sido exigidas em termos de ação estratégica gerencial e operacional nos moldes de companhias privadas, o que vem inibindo investimentos que não sejam

diretamente lucrativos, tal como o controle das perdas de distribuição (desperdício), por exemplo. Diversas denúncias contra gigantes da água, como Enron, Vivendi e Suez, revelam o financiamento de partidos e políticos em troca de favores e os recursos públicos que se pretendiam economizar com a privatização acabam sendo utilizados, invariavelmente, pelo próprio Estado para organizar e regulamentar a prestação por agentes privados (legislação, regulação, fiscalização e coibição de práticas abusivas). Outros aspectos apontados na literatura foram a falta de transparência, em razão de assimetria de poder de atores e empresas privados no que diz respeito às decisões estratégicas quanto ao investimento, e a própria dificuldade de integração da política de saneamento com as demais políticas públicas mais amplas ou socialmente estratificadas²¹.

Subinvestimento, disputas sobre custos operacionais, aumento de preços e tarifas, dificuldade em monitorar os operadores privados, falta de transparência financeira, demissão da mão de obra e baixa qualidade geral do serviço prestado têm sido os motivos que estão fazendo centenas de cidades retomarem os serviços de saneamento ao redor do mundo²². No Brasil, já é possível identificar, ainda que de forma inicial, alguns dos efeitos listados na literatura. PPP vêm adotando o ‘modelo francês’, e o desperdício aumentou entre os prestadores privados²³. Além disso, como visto, fundos internacionais têm aportado no setor, adquirindo grandes fatias ou o controle de empresas nacionais. Empresas regionais de saneamento com capital aberto apresentaram a maior rentabilidade e distribuição de dividendos em todo o setor produtivo do País, ficando atrás somente do setor financeiro (bancos). A opção preferencial pelo pagamento de dividendos aos acionistas pode ter, inclusive, constrangido o investimento na expansão da cobertura²⁴.

É preciso ter sempre em mente que companhias privadas buscam as melhores fatias de mercado, pois miram o lucro. Só que países desiguais como Brasil normalmente não

oferecem muitos sistemas urbanos de água lucrativos, o que pode deixar a descoberto – ou melhor, à cobertura do Estado – sistemas não atraentes ou pouco lucrativos. A privatização do sistema nos estados de Tocantins e Amazonas ilustra muito bem essa dinâmica. No primeiro caso, a companhia manteve apenas os municípios mais rentáveis do estado, e no Amazonas, só a capital, Manaus, interessou ao comprador. Na legislação que acabou de ser votada durante a pandemia, foi suprimido parcialmente o dispositivo que protegia o acesso de populações rurais e de aglomerações urbanas informais.

Há quem argumente que bons contratos com metas precisas podem prevenir o abuso econômico das operadoras privadas. Essa visão ignora a relação desigual de poder entre as corporações empresariais e a sociedade civil, que se expressa também na captura dos agentes reguladores. A mera fixação de metas não garante, por si só, o cumprimento delas, pois as empresas impõem contratos que subordinam todas as metas ao ‘equilíbrio econômico-financeiro’ delas. Isso abre a porta para repactuações e, conseqüentemente, novas metas, permitindo não só a revisão *ad infinitum* delas como também judicializações longas e caras, o que não é problema para a iniciativa privada.

A provisão pública dos serviços de saneamento no Brasil certamente apresenta muitos motivos de insatisfação, e isso demanda solução. Entretanto, esse texto tenta mostrar que tais insatisfações vêm sendo utilizadas e capitalizadas por interesses que, de fato, não buscam o bem público como fazem parecer no discurso. Os riscos de apostar na privatização incluem um alto custo de reversão, como pesadas indenizações que decorrem da interrupção dos contratos de longo prazo do setor (20-30 anos), e a elevação geral de tarifas. Na gestão pública, a correção é consideravelmente menos custosa, porque o ajuste pode ser feito a cada quatro anos por ocasião das eleições municipais e estaduais²⁵.

Considerações finais

A Organização das Nações Unidas diz que a dificuldade de acesso à água afeta mais de 40% da população mundial, número que tende a aumentar com as mudanças climáticas e a gestão inadequada dos recursos naturais. Porém, em países ricos ou pobres, não são os ricos os afetados por ela. Embora o Brasil seja o país com maior reserva de água doce do planeta, grandes cidades já se encontram em situação de estresse hídrico. Cobiçada pelos setores de alimentação, mineração e do agronegócio no setor produtivo, a água se tornou um negócio atraente para fundos financeiros internacionais interessados em lucros rápidos e livre de embaraços. A porta de entrada deles tem sido a bolsa de valores; e o veículo, empresas públicas e privadas que exploram os serviços de água e esgoto.

A construção discursiva de uma narrativa de ‘escassez’ da água no país que é o detentor da maior reserva de água doce do planeta inspira preocupação. Até onde se sabe, o ciclo hidrológico garante a disponibilidade hídrica. Contudo, é no ciclo hidrossocial que se deve buscar a explicação do acesso. A pobreza é o que vem matando as pessoas de sede, não a falta d’água. A perspectiva da ecologia política aponta que o clima apocalíptico de escassez fornece um poderoso instrumento de legitimação social de políticas voltadas para o mercado porque, em geral, as pessoas entendem os preços como o principal mecanismo de gerenciamento da demanda. A escassez seria, portanto, uma realidade ‘produzida’ e socialmente projetada no interesse daqueles que têm a ganhar com ela, especialmente com as tarifas e outras cobranças de uso, como outorgas.

As transformações estruturais do capitalismo modificaram a forma com que os capitalistas passaram a buscar o lucro. A busca por novas oportunidades explica o aumento da procura dos grandes grupos econômicos e dos fundos de investimentos por aquisições, concessões e PPP no setor da água e saneamento básico do Brasil. A estratégia é transformar a

água e outros bens da natureza em dinheiro para inseri-los nos circuitos transnacionais de acumulação e circulação do capital. O investimento privado, nesse caso, está ligado à ideia de que a escassez vai valorizar o produto e enriquecer os donos e/ou os fornecedores dela. Discursos que enfatizam o risco de escassez e as soluções gerenciais têm o objetivo de ocultar a própria natureza política da ‘escassez’, isto é, algo que é produzido social e politicamente.

No Brasil, o isolamento decorrente da pandemia inibiu as formas tradicionais de resistência dos grupos de oposição e facilitou o caminho dos grupos nacionais e internacionais que buscavam liberalizar o setor de saneamento no País há décadas. Esse texto espera ter contribuído para explicitar os grupos e os interesses que orientaram as mudanças na regulação do setor de saneamento e a proposição do mercado de águas no Brasil, bem

como as prováveis consequências de sua implementação. O Estado tem coordenado esse processo em escala nacional, assegurando as condições de lucro e acumulação dos grupos privados, mesmo quando ele abrigou governos de orientação desenvolvimentista. O avanço da financeirização que vem se expressando também na utilização de fontes e fundos públicos para remunerar indiretamente os investidores e valorizar o capital é um aspecto ainda pouco explorado na literatura disponível e que pode contribuir consideravelmente para o maior entendimento do tema.

Colaboradora

Sousa ACA (0000-0002-5288-2274)* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Linton J, Budds J. The hydrosocial cycle: Defining and mobilizing a relational-dialectical approach to water. *Geoforum*. 2014; (57):170-180.
2. Swyngedouw E. The Political Economy and Political Ecology of the Hydro-Social Cycle. *J. Contemp. Water Res. Educ*. 2009; (142):56-60.
3. Harvey D. On the History and Present Condition of Geography: An Historical Materialist Manifesto. *The Profes. Geog*. 1984; 1(36):1.
4. Sousa ACA, Costa NR. Política de saneamento básico no Brasil: discussão de uma trajetória. *Hist. Ciênc. Saúde-Manguinhos*. 2016; 23(3):615-34.
5. Sousa ACA, Costa NR. Ação coletiva e veto em política pública: o caso do saneamento no Brasil (1998-

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- 2002). *Ciênc. Saúde Colet.* 2011; 16(8):3541-52.
6. Rezende SC, Marques DHF. Evolução e Perspectivas do Abastecimento de Água e do Esgotamento Sanitário no Brasil. Cepal; 2012. [acesso em 2020 nov 18]. Disponível em: <https://www.cepal.org/pt-br/publicaciones/37744-evolucao-perspectivas-abastecimento-agua-esgotamento-sanitario-brasil>.
 7. Campos PHP. *Estranhas catedrais: as empreiteiras brasileiras e a ditadura civil-militar, 1964-1988*. Niterói: Eduff; 2014.
 8. Anderson P. *Brasil à parte*. São Paulo: Boitempo; 2020.
 9. Sousa ACA, Gomes JP. Desafios para o investimento público em saneamento no Brasil. *Saúde debate.* 2019; 43(esp7):36-49.
 10. Britto AL, Rezende SC. A política pública para os serviços urbanos de abastecimento de água e esgotamento sanitário no Brasil: financeirização, mercantilização e perspectivas de resistência. *Cad Metrópole.* 2017; 19(39):557-81.
 11. Kuhn F, Faustino RB. A Participação Privada no Setor de Saneamento Básico no Brasil: uma análise dos investimentos com recursos do FGTS. In: XVIII ENANPUR; 2019 maio 27; Natal. [acesso em 2020 nov 15]. Disponível em: <http://anpur.org.br/xviii-enanpur/anaisadmin/capapdf.php?reqid=690>.
 12. Filgueiras ML. Agora a ficha caiu para a Queiroz Galvão. *Revista Exame.* 2016 fev 15. [acesso em 2020 nov 15]. Disponível em: <https://exame.com/revista-exame/agora-a-ficha-caiu-para-a-queiroz-galvao/>.
 13. Pires F, Rocha R. Fundo do Canadá fará aporte de 700 mi na Iguá Saneamento. *Jornal Valor Econômico.* 2018 jul 30. [acesso em 2020 nov 15]. Disponível em: <https://valor.globo.com/empresas/noticia/2018/07/30/fundo-do-canada-fara-aporte-de-r-400-milhoes-na-iguazu-saneamento.ghtml>.
 14. Peres J. A privatização do saneamento saiu do jeito que as empresas queriam. *The Intercept Brasil.* 2019 jun 6. [acesso em 2020 nov 15]. Disponível em: <https://theintercept.com/2019/06/06/saneamento-privatizacao/>.
 15. Sousa ACA. O que esperar do novo marco do saneamento? *Cad. Saúde Pública.* 2020; 36(12).
 16. Comissão Pastoral da Terra. *Conflitos no campo: Brasil 2019*. Goiânia: CPT Nacional; 2020. [acesso em 2020 nov 15]. Disponível em: <https://cptnacional.org.br/downloads-2/download/41-conflitos-no-campo-brasil-publicacao/14167-conflitos-no-campo-brasil-2019>.
 17. Grafton RQ, Landry C, Libecap GD, et al. On water markets in Austrálie, Chile, South Africa, China, USA. Working Paper 16203. [acesso em 2021 jun 15]. Disponível em: <http://www.nber.org/papers/w16203.pdf>.
 18. Harvey D. *Os limites do capital*. São Paulo: Boitempo; 2013.
 19. Carcanholo R, Sabadini M. Capital fictício e lucros fictícios. *Rev Soc. Bras. Econ. Polít.* 2009; (24):41-65.
 20. Harvey D. *O novo imperialismo*. 8. ed. São Paulo: Edições Loyola; 2004.
 21. Swyngedouw E. Privatizando o H2O: transformando águas locais em dinheiro global. *Rev Bras. Estud. Urb. Reg.* 2004; 6(1):33-33.
 22. Satoko K, Olivier P, Steinfort L. Reclaiming public services: how cities and citizens are turning back privatisation. Transnational Institute: Amsterdam and Paris; 2017. [acesso em 2021 jun 15]. Disponível em: https://www.tni.org/files/publicationdownloads/reclaiming_public_services.pdf.
 23. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Regional, Secretaria Nacional de Saneamento. Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento: 25º Diagnóstico dos Serviços de Água e Esgoto – 2019. Brasília, DF: SNS/MDR; 2020.
 24. Sarti F, Ultremare F. Padrão de investimento e a estratégia financeira das grandes empresas regio-

nais do setor de Água e Esgoto (A&E) no Brasil. In: Heller L, organizador. Saneamento como política pública: um olhar a partir dos desafios do SUS. Rio de Janeiro: Centro de Estudos Estratégicos, Fundação Oswaldo Cruz; 2018. p. 105-29.

25. Sousa ACA, Barrocas PRG. Privatizar ou não privatizar: eis a questão. A única questão? A reedição da

agenda liberal para o saneamento básico no Brasil. Cad. Saúde Pública. 2017; 33(8).

Recebido em 01/08/2021

Aprovado em 31/10/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: este trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (Capes) - Código de Financiamento 001

Tin speciation in the blood plasma of workers occupationally exposed in a cassiterite ore processing industry

Especiação de estanho no plasma sanguíneo de trabalhadores expostos ocupacionalmente em uma indústria de processamento de minério de cassiterita

Débora Resende de Souza Lima¹, Filipe Soares Quirino da Silva², Renato Marçullo Borges¹, Rejane Correa Marques³, Maria de Fátima Ramos Moreira¹

DOI: 10.1590/0103-1104202213315

ABSTRACT Mining is a high-risk activity due to its dangerous processes. Tin (Sn) is obtained from cassiterite ore and mining activities expose workers to the metal. Chronic exposure to Sn may cause pneumoconiosis, gastrointestinal and hematological effects, among others. This work aimed to assess the exposure of workers to tin in a cassiterite ore processing industry, using the speciation analysis in blood plasma. Twelve subjects donated the blood samples; six were occupationally exposed to Sn. Size exclusion chromatography separated proteins in blood plasma; a graphite furnace atomic absorption spectrometer determined total tin in the plasma and eluted fractions, while SDS-PAGE determined molecular masses of proteins. Tin levels in the workers' plasma were four times higher than in the reference individuals. After fractionation, the metal only appeared in the total inclusion volume, not being possible to confirm the binding of tin to proteins, which certainly modifies their functions and impair workers' health. Despite that, the work process needs to change since Sn levels in the workers' plasma pointed to metal exposure. Further works are necessary to clarify whether the metal is free or bound to small proteins in blood plasma and understand the true impact of tin on workers' health.

KEYWORDS Tin. Mining. Blood plasma. Speciation. Proteins.

RESUMO A mineração é uma atividade de alto risco devido aos seus processos perigosos. O estanho (Sn) é obtido do minério de cassiterita e as atividades da mineração expõem os trabalhadores ao metal. A exposição crônica ao Sn pode causar pneumoconiose, gastrointestinal e hematológica entre outros efeitos. Este trabalho avaliou a exposição de trabalhadores ao estanho em uma indústria de processamento de minério de cassiterita, utilizando a análise de especiação no plasma sanguíneo. Doze indivíduos doaram amostras de sangue, sendo seis expostos ocupacionalmente ao Sn. A SEC separou as proteínas do plasma sanguíneo, a GFAAS determinou a concentração total de estanho no plasma sanguíneo e frações eluídas, enquanto o SDS-PAGE determinou as massas moleculares das proteínas. O plasma dos trabalhadores apresentou níveis quatro vezes maiores do que os indivíduos de referência. Após fracionamento, Sn só apareceu no volume de inclusão, não sendo possível confirmar sua ligação às proteínas. Contudo, o processo de trabalho precisa mudar, pois os níveis de Sn no plasma dos trabalhadores apontam para exposição ao metal. Outros trabalhos são necessários para esclarecer se o metal está livre ou ligado a pequenas proteínas do plasma e entender o verdadeiro impacto do estanho na saúde dos trabalhadores.

PALAVRAS-CHAVE Estanho. Mineração. Plasma sanguíneo. Especiação. Proteínas.

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. mfr.moreira55@gmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto de Tecnologia em Fármacos (Farmanguinhos), Vice-diretoria de Educação, Pesquisa e Inovação (VDEPI) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introduction

The relationship between work and health has been known for a long time. In particular, work can cause illnesses, reduce the working life, and lead to workers' death when performed without adequate conditions. All work processes involve risk situations, which influence workers directly or indirectly and in different ways, such as physiologically, psychologically, and emotionally. Direct action occurs when chemicals come into contact with the worker by inhalation, for instance¹.

Mining is one of the highest risk activities due to extremely dangerous work processes. Among the reasons, there are the risks posed by the work process related to the safety and health of miners, and the high cost of implementing the preventive measures, especially for small and medium-sized companies. Worrying data showed workers have become increasingly ill in mining industries over the years, representing a high number of illnesses, an 82.5% increase, in a short period (3 years)².

Naturally, the earth's crust contains small amounts of tin (Sn), mainly in the cassiterite ore (SnO₂). However, especially in cassiterite mining and processing activities, anthropogenic actions contribute to raising the natural levels of metallic compounds in the workplace and the human body. Sn attached to dust particles, fumes, and gases can be spread by the wind and removed from the atmosphere by rain^{3,4}.

Sn compounds are in both inorganic and organic forms in the environment. The metal and its compounds are industrially relevant owing to their low melting point, affinity to form alloys, resistance to corrosion, and oxidation⁴. Their applications are as anticorrosion plating in food and beverage containers, in the production of modern alloys such as bronzes, brasses, solders, and dental amalgams, ceramic glazes, glass industry, in the textile industry as a mordant, in the cosmetic industry, in the chemical industry as stabilizers, production of biocides, wood and leather preservation, agriculture and antifouling paints in boats^{5,6}.

Poor absorption, low retention in tissues, and rapid elimination contribute to the low toxicity of inorganic Sn. However, like in occupational exposures, the length of exposure and species generated can lead to toxic effects. The contamination of workers and the population living near such industries can occur through inhalation of Sn dust or fumes, contact with minerals, or ingestion of water and food contaminated by the metal⁵.

People chronically exposed to inorganic Sn, such as SnO₂ present in dust and fumes, may develop non-fibrinogen pneumoconiosis, which involves mainly the lower respiratory system³. Inorganic Sn compounds can cause gastrointestinal and hematological effects, as well as kidney, and liver damages⁶. Based on the few available studies already developed, especially in workers, Sn did not show human development and reproduction effects. Likewise, there was no evidence of neurotoxicity, immunotoxicity, mutagenicity, or carcinogenicity. However, there are few reports as to the genotoxicity of Sn compounds in the literature. Similarly, a limited number of animal studies have failed to clarify the potential toxicity of inorganic Sn. It affects the absorption and retention of essential minerals such as calcium, copper, iron, zinc, and selenium. Therefore, it is not easy to determine the cause of a particular effect due to these interactions^{7,8}.

Most cassiterite production is in low- and medium-income countries, like Burma, China, and Indonesia⁹. Brazil has about 7.5% of the world's tin reserves, the sixth-largest producer globally. The Brazilian reserves are in the Amazon-region, and the states of Rondônia (RO) and Amazonas are responsible for approximately 50% each of the national production of cassiterite¹⁰.

Mineral exploration is the main economic activity in RO. Tin, niobium, and tungsten are the main metals products, accounting for 71% of the goods traded, of which 66% are cassiterite. Currently, different activities are related to Sn, such as extraction and processing

of Sn ore, and smelting. Its mining attracts large companies and generates jobs. Among the top five companies, three deal with cassiterite extraction, two of which are the first ore producers in the state¹¹. Those work processes pose a risk to the health of workers, generating noise, waste, loads, and repetitive efforts. In addition, workers face extenuating working hours, with long periods of exposure per day to powders, dust, aerosols, particulate matters, and fumes containing different chemical substances, including Sn^{2,12,13}.

The identification and quantification of elements are necessary in toxicology. Besides, the toxicological effects of an element depend on its chemical form in the original sample. For example, Cr VI is toxic, while Cr III is essential for humans¹⁴. However, the total metal concentration is insufficient to understand the metabolism, mode of entry, distribution in the cell, elucidation of mechanisms, and interaction between metals and proteins, as well as deposition in tissues. The metal speciation is a more complex task than the determination of its total content. Accordingly, speciation is essential for knowing the characteristics dependent on the chemical forms of the element. Toxicity is a species-dependent property, and therefore, the knowledge of concentrations of each species present in a specific matrix is much more relevant for the exposure assessment than its total concentration. The different species of a particular metal can differ significantly in their effects on human health. Knowing about the chemical species of an element provides a better understanding of the chemical and biochemical reactions involving these species and thus providing information on their toxicity or essentiality¹⁵. The speciation analysis allows understanding the mechanisms and processes by which trace elements are absorbed, transported, and incorporated into proteins¹⁴. However, the lability of species searched is one of the main challenges of the chemical speciation in biological systems since it is necessary to preserve the integrity of such species throughout the

analytical procedure. Changes in the conditions of the biological environment studied disturb the existing physical-chemical balance. Thus, in the end, the species measured may not fully represent those existing in the original samples. Besides, after fractionation of the different metal species, too low concentrations will require much more sensitive and selective detectors to perform measurements in real life¹⁵. The International Union for Pure and Applied Chemistry (IUPAC) defined speciation as the distribution of an element among particular chemical species in a system, whereas the expression 'speciation analysis' refers to analytical activities for identifying and/or measuring the quantity of one or more chemical species in a sample¹⁶.

Although speciation analysis can be performed in environmental and biological systems, most published studies involving metal speciation are related to environmental samples¹⁷⁻²⁰. Research using biological fluids as a matrix for Sn speciation analysis is scarce²¹, and it is generally limited to the separation and determination of organic Sn compounds^{22,23}. Nevertheless, neither of these published papers assessed the binding of Sn to biological proteins. Such studies only report the different organotin species (butyl, phenyl, and propyl) present in these biological fluids. This fact explains the actual necessity to carry out studies based on its presence in a protein structure. The blood plasma shows the bioavailable fraction of the analyte, enabling to characterize proteins that bind and carry the metal, eluding the distribution of metals in the body²⁴. Therefore, the present work planned to assess the exposure to Sn in a cassiterite ore processing industry, using the speciation analysis in the blood plasma of workers in the state of Rondonia, Brazil.

Material and methods

The study was conducted with workers occupationally exposed in a Sn processing industry

at Ariquemes, one of the main municipalities in the state of Rondonia, with 4,426.571 km² and located 198 km from the capital Porto Velho. It is the third most populous city in the state, with an estimated population of 107,863 inhabitants, the second in demographic density, with 23.9 inhabitants km⁻², and one of the highest human development indexes (HDI = 0.702) in the state, but lower than the national HDI (0.765)^{25,26}.

The research selected the Production area within the cassiterite processing industry. Two population groups participated in the study. One of them consisted of six workers from the production area of the cassiterite processing facility, while the other comprised six adults environmentally exposed to Sn, with similar quality of life to the former group, living near a Sn foundry industry and used as a reference group. Both agreed to participate by signing the Free and Informed Consent Form.

Venous blood samples were collected in vacuum tubes, 7ml, specific for the determination of trace metals, containing heparin as an anticoagulant. After the collection procedure, samples were kept refrigerated, transported to the Laboratory, and centrifuged at 3500 rpm for 15 min to obtain the blood plasma. Then,

the supernatant was removed and frozen at -20°C until analysis. Only the workers' blood plasma was divided into two. The determination of the total Sn concentration required part of it, while the metal speciation analysis used the other portion. Fractionation only occurred in the six plasma samples from workers, and two aliquots were prepared for each sample.

All glass and plasticware used underwent rigorous decontamination, reagents were of analytical grade, and the water was ultrapure. Merck supplied all reagents used. Blood plasma samples were diluted 1 + 4 in 0.1% (v/v) Triton X-100 for the determination of the total Sn concentration, while the eluted fractions needed no dilution.

Sn concentration in blood plasma samples and chromatographic fractions were performed using an AAnalyst 800 atomic absorption spectrometer equipped with a transversely heated electrothermal atomizer, a Zeeman longitudinal background corrector, an AS-800 automatic sampler, and end cap tubes, all Perkin-Elmer. *Table 1* shows the operating conditions of the graphite furnace for tin in blood plasma samples and fractions collected from the chromatographic system.

Table 1. Conditions for Sn determination in blood plasma and its fractions in the graphite furnace

Graphite furnace operation	
Pyrolysis Temperature (°C)	1400
Atomization Temperature (°C)	2200 (blood plasma) / 2100 (fractions)
Injection volumes (µL)	10 (modifier) / 20 (sample)
Modifier (deposited mass, µg)	Pd (10) + MgNO ₃ (6)

Source: Own elaboration.

A serum reference sample (Contox I Serum, lot TM144-1097, Kaulson Laboratories, USA), with a tin concentration of $3 \pm 2 \mu\text{g L}^{-1}$, checked the accuracy of the procedure. The limit of quantification (LOQ) was $0.26 \mu\text{g Sn L}^{-1}$.

Size-exclusion chromatography (SEC) was carried out in a GradiFrac System (Amersham

Pharmacia Biotech), using an XK 16/100 column (Amersham Pharmacia Biotech), filled with Sepharose CL 4B (Amersham Pharmacia Biotech). The mobile phase was a 50 mM Tris-HCl/30 mM NaHCO₃ buffer (pH 7.4). The column was calibrated using 0.05% (w/v) sodium azide (Merck) and 1% (w/v)

Blue Dextran (Sigma) to determine the inclusion and exclusion total volumes, respectively. Blood plasma samples were diluted 1+1 with the mobile phase, and an aliquot of 2 mL was injected into the chromatographic system, using 0.7 mL min⁻¹ as the flow rate. Fractions (2 mL) were collected and analyzed in a UV-Visible Spectrophotometer, model UV-1601 (Shimadzu Corporation), at 280 nm to monitor protein signal of all fractions.

The graphite furnace atomic absorption spectrometry (GF AAS) determined Sn in the chromatographic fractions with high UV signal without dilution. The LOQ achieved for Sn in the fraction was 0.34 µg L⁻¹. Blood plasma samples with no detectable Sn levels provided laboratory reference materials in the absence of certified materials. The average recovery of the total amount of Sn spiked to the samples was 90 ± 2.3%. Fractions presenting levels of Sn above the quantification limit were selected for electrophoresis.

The Bio-Rad Mini-Protean II system (Bio-Rad) performed SDS-PAGE to evaluate protein fractions homogeneity according to Laemmli²⁷. The PAGE concentration was 12%, and the molecular weight determination applied low range Bio-Rad standards. The SpeedVac (Thermo Scientific) concentrated the samples collected, and a sample-reducing buffer was added (10 µL). Gels were stained with silver nitrate and digitized on a GS-800™ calibrated densitometer using the Quantity One® 1-D analysis software (Bio-Rad).

The statistical software SPSS (Statistical Package for Social Science) for Windows version 21.0 calculated mean and standard deviation, and the Mann-Whitney test compared Sn concentrations in the blood plasma of exposed and unexposed groups. The statistical significance level was 5% (p=0.05) and 95% confidence interval.

The research followed the recommendations of Resolution No. 466/2012 of the National Health Council regarding human beings, and the Ethics Committee in Research

from the National School of Public Health approved the study (CAAE n° 0201.0.031.000-05).

Results and discussion

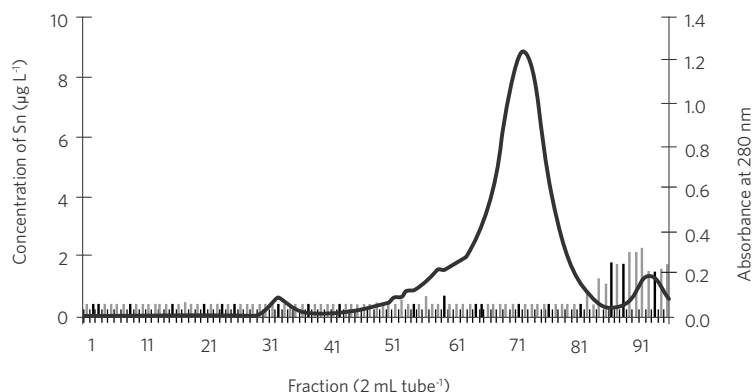
Speciation analysis

Different analytical procedures were necessary for the development of the speciation analysis. They mainly consisted of a separation system, chromatography, and another to determine the metal concentration, graphite furnace. Thus, SEC separated the blood plasma, and gel electrophoresis fractionated the proteins by bands, while the GF AAS determined the total concentration of Sn in blood plasma and chromatographic fractions.

Gel Filtration Chromatography (GFC) performs a physical separation of proteins under native conditions, avoiding their denaturation. These are suitable conditions for speciation as no interference occurs in the metal-protein interaction. However, GFC has a poor resolution, and proteins are not entirely separated. Therefore, this technique is generally used for pre-analysis, followed by other methods with a higher resolution, allowing better identification of these proteins²⁸. Nevertheless, the use of SEC was a conservative option due to the lability of the species since the pressure applied in the high performance liquid chromatography could not guarantee the preservation of the original species.

The findings of two studies^{28,29} corroborated our results (*figure 1*) since the gel filtration chromatography for the separation of blood plasma proteins was not satisfactory due to the lack of selectivity (separation based on molecular mass) and ability to resolve the albumin and transferrin profiles appropriately, the most important among several other proteins in blood plasma. Thus, SDS-PAGE electrophoresis performed the identification of the proteins.

Figure 1. Tin speciation analysis in a blood plasma sample of a worker occupationally exposed by LC - GF AAS.



Source: Own elaboration.

Note: The bars show tin contents ($\mu\text{g L}^{-1}$) as measured in each fraction collected from the LC column. The lines represent the proteins profiles measured at 280 nm.

Tin determination in blood plasma

Table 2 shows the concentration of Sn in the blood plasma of workers and environmentally exposed individuals. The Sn concentration ranged from 3.44 to 4.38 $\mu\text{g L}^{-1}$ in the blood

plasma of workers. As expected, such results were fourfold higher than the range found in the reference population (≤ 0.26 to 1.87 $\mu\text{g L}^{-1}$). Data presented a statistically significant difference between Sn concentrations in blood plasma samples of both groups ($p < 0.05$).

Table 2. Tin concentration and standard deviation found in the blood plasma of occupationally and environmentally exposed populations

Sample	Exposed Populations ($\mu\text{g L}^{-1}$)	
	Occupationally	Environmentally
01	4.21 (0.32)	0.81 (0.22)
02	4.07 (0.31)	1.12 (0.30)
03	3.76 (0.28)	0.62 (0.17)
04	4.07 (0.31)	0.93 (0.25)
05	3.44 (0.26)	1.87 (0.50)
06	4.38 (0.33)	≤ 0.26
Overall Average	3.99 (0.34)	0.94 (0.54)

Source: Own elaboration.

Note: Standard deviation in parentheses. Limit of quantification = 0.26 $\mu\text{g L}^{-1}$.

Inorganic Sn concentration in blood plasma is scarce in the literature since absorption and toxicity of the metal have been considered low. According to the Toxicological Profile

for Tin, little information has been published regarding inorganic tin on human health⁶. As there is little research on such a matter, the Sn levels of an environmentally exposed group,

composed of six individuals from the same region and similar socioeconomic levels and habits, allowed comparing the results found in the occupationally exposed population.

The Brazilian Regulatory Standard (NR 7)³⁰ does not establish reference values or maximum permissible biological indexes for Sn in biological matrices. Likewise, other international agencies, such as The American Conference of Governmental Industrial Hygienists (ACGIH)³¹, and The German Permanent Senate Commission (known as the MAK Commission) for the Investigation of Health Hazards of Chemical Compounds in the Work Area³² have not established biological exposure indicators for Sn. Such indexes provide the level of exposure in the body of workers through the measure of a chemical, its product of decomposition or biochemical changes resulting from exposure³¹.

A study evaluated the blood plasma of a population with no known exposure to Sn as control. The concentration range found was $<0.09 - 2.4 \mu\text{g L}^{-1}$, similar to the non-occupationally exposed population in this work³³. Another research reported usual Sn concentrations of $1.4 \pm 0.5 \mu\text{g L}^{-1}$ (mean \pm SD) in blood plasma of 12 adults (8 women, 4 men, mean age 77.8 years)⁴. Reports on the determination of Sn concentration in the blood plasma of occupationally exposed workers and Sn speciation analysis were not found in the literature.

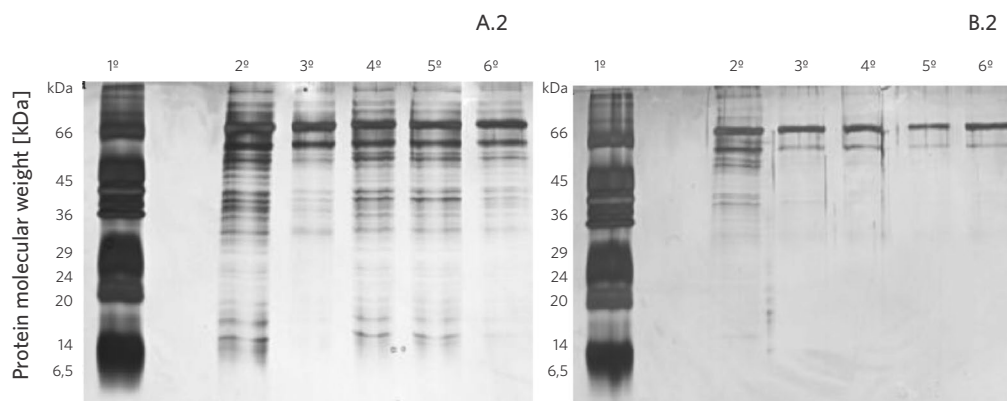
Blood plasma fractionation

The environmentally exposed population obtained an overall mean concentration of Sn fourfold lower than that of workers. Thus, after separating the species, the detector used would not have sufficient sensitivity to

determine the metal concentrations in the different species. All of them would be below the limit of quantification. Therefore, only the blood plasmas of exposed workers underwent fractionation. *Figure 1* shows Sn contents measured in each fraction collected from the gel filtration column. Such concentrations in blood plasma fractions of the exposed workers ranged from ≤ 0.34 to $2.57 \mu\text{g L}^{-1}$. The metal only appeared in the total inclusion volume (fractions 87-95) in all six samples. The highest UV signals (280 nm) were in fractions 45 to 86, showing the position of most plasma proteins. A little peak also arose between fractions 87 and 95, where the Sn signal appeared (see *figure 1* above).

Two different approaches for the appearance of Sn in the total inclusion volume could explain those results. In the first one, the metal is not bound to proteins but as free ions like lead, a toxic metal chemically similar to Sn¹⁴, available for the transport to tissues, and it migrates through the column with other low molecular weight species. Such availability would allow Sn to reach different organs and tissues and impair their proper functioning. The second possibility is that Sn could be bound to minor proteins present in fractions such as 84 to 89. Among them, low molecular weight bands could be associated with metallothioneins (MTs).

SDS-PAGE evaluated proteins presented in the fractions with Sn concentrations above the LOQ. The prominent peak had 66 kDa in all fractions corresponding to human serum albumin (HSA). In addition to albumin, a 57 kDa band likely related to the immunoglobulin chain occurred. Minor proteins are also present in the total inclusion fractions and could be associated with metallothioneins (MTs) (*figure 2*).

Figure 2. Gel with β -mercaptoethanol, stained with AgNO_3 , protein standard of 6.5 - 66 kDa molecular weights

Source: Own elaboration.

(A.2): Protein standard in 1st pool; fractions 84 to 88 from 2nd to 6th pool; (B.2): Protein standard in the 1st pool; fractions 89 to 95 from 2nd to 6th pool.

A group of abundant proteins including albumin and immunoglobulin dominates the protein profile of plasma. In human plasma, albumin accounts for 57–71% w/w and immunoglobulin for 8–26% w/w of the total protein³⁴.

HSA contains four metal-binding sites of different structures, metal ion specificities, and binding affinities^{35,36}. Among numerous functions in the body, HSA plays an essential role in the transport and distribution of essential metals, as Cu^{2+} and Zn^{2+} . Nonetheless, it also binds to relevant toxic metals, like Ni^{2+} , Co^{2+} , Pb^{2+} , or Cd^{2+} ³⁵⁻³⁷. However, Sn was not present in the fractions with high concentrations of HSA (45-86), indicating that no important interaction with such a protein occurred.

The immunoglobulin chain is the second largest fraction of plasma proteins. Immunoglobulins play a vital role in adaptive immune responses^{34,38}. A review of the literature on human exposure to non-essential metals and its relationship with immunotoxicity concluded that toxic metals could change cellular functions, induce cell proliferation and activation, as well as contact dermatitis. Also, those elements could modify cell structures, compete with essential molecules to physiological processes, causing autoimmune diseases. However, mechanisms for immunotoxicity development

have not been elucidated³⁹. Similar to HSA, Sn did not appear in the fractions with higher immunoglobulin concentration, showing no relevant binding to this protein.

Metallothioneins are a family of low molecular weight proteins with a unique capacity to bind seven metal ions through twenty sulfhydryl groups⁵. They have many functions, and the main one is to keep essential elements in balance. These proteins protect against free radicals and toxic effects of metals, homeostasis, oxidant damages, metabolic regulation, sequestration, and redox control. MTs are essential proteins to metal homeostasis⁴⁰.

The presence of Sn in such fractions is in agreement with the literature, in which Sn (IV) is bound to important biological ligands of low molecular weight⁴¹. The suggested mechanism for protein-tin interaction is through covalent bonds between the Sn (IV) atom and thiols groups present in proteins. The monothiols are responsible for mediating the biochemical effects of organotin compounds^{42,43}.

Interactions between amino acids and metals play decisive roles in the structure and functions of natural metalloproteins and metal activating proteins. The binding of toxic metals, such as lead, cadmium, or mercury, with proteins results in unreparable damage to protein functions⁴⁴.

Although the literature shows that essential and toxic metals bind to plasma low molecular weight proteins, such as albumin, immunoglobulins, and MTs, it is not possible to state that Sn was bound to such proteins with the procedure applied in this study. It would be necessary to use a more sensitive and specific technique such as mass spectrometry. Nevertheless, it is mandatory to hold a discussion about exposure to Sn and its possible consequences on human health.

Albeit Sn is a naturally occurring element in the environment and classified as potentially toxic by the WHO, studies associating exposure to the metal with adverse effects on human health are scarce or non-existent⁴⁵. In particular, occupational exposure is not even considered. Most reports about effects of tin on the human health, except for studies in volunteers, are generally deficient in the exposure characterization. On the other hand, numerous studies have been conducted on the effects of tin in animal species, mainly rodents, by the oral route. However, insufficient information has been published regarding the effects of inhaled tin and its compounds on human health. Research on occupational exposures often lack details on actual exposure concentrations and condition since they assess numerous substances⁶.

According to the scarce literature, Sn affects the metabolism of some essential minerals such as iron, copper, zinc, calcium, and selenium by mechanisms that are not fully clear but could involve absorption and/or retention. Thus, Sn would play an important role concerning the effects on human health since it may alter the metabolism of essential minerals⁶.

Studies investigating a link between chronic, low level exposures to inorganic Sn and adverse human health outcomes are limited. A cross-sectional study reported a positive but non-significant association between urinary Sn concentration and diabetes⁴⁶. In coke oven workers in China, urinary Sn levels were associated with elevated fasting plasma glucose levels⁴⁷. The National Health and

Nutrition Examination Survey (NHANES) 2011-2014 analyzed demographic, socioeconomic, and lifestyle factors associated with total urinary Sn levels in adults and concluded that exposure to the element was ubiquitous to the general population, and its levels were associated with gender, race, income, and/or physical activity. The study still suggested that environmental exposures to Sn are linked to adverse health outcomes in humans⁴⁵.

A work evaluated the possible genotoxic effects of a series of eight Sn (II) and Sn (IV) inorganic compounds for the detection of micronuclei (MN) in human blood lymphocytes in the absence of metabolic activation. Such inorganic compounds did not induce MN formation but increased cytotoxicity in several concentrations for all tested Sn compounds⁷.

The metallic Sn has an adjuvant-like property of increasing the levels of natural antibodies, inducing hemagglutinins, and enhancing the induction of allergic encephalomyelitis in rats. However, a study found that the metal was an adjuvant for a different immunologic process, the anaphylactic sensitization. The authors concluded that metallic Sn could enhance immunologic reactions as a result of polyclonal B cell activation with the proliferation of plasma cells⁴⁸.

Human exposure to Sn is almost ubiquitous. However, little is known about factors affecting human health in Sn exposure. In this decade, the development of some studies started to occur⁴⁵⁻⁴⁷. Before, Sn was not recognized as possibly toxic, and little attention was paid to exposures, especially the occupational ones. Therefore, further research is needed to assess if low level, chronic exposures to inorganic forms of Sn are associated with adverse outcomes in humans.

Furthermore, tin and lead belong to the same group in the periodic table. Therefore, they are very similar physically and chemically, with equivalent radii and the same oxidation state⁴⁹. Regarding their toxicity, both mimic calcium and are stored in bones^{6,50}. Lead is recognized worldwide as extremely toxic to human health, whereas it interferes with all organs and systems in the body, mainly

bound to proteins, impairing their functions⁵⁰. Additionally, blood plasma contains the free lead fraction, like Sn, available to cross cell membranes and cause its toxic effects^{14,50}. The great difference between such elements is that lead has been studied for a long time, while there are practically no studies about tin in humans. Thus, inorganic Sn is an element that needs more attention from researchers concerning its effects on human health, especially workers.

In addition to being exhaustive, work in the mining of cassiterite and the processing industry of Sn ore mainly exposes workers to SnO₂ (Sn IV) powders and dust, while metallic fumes are the primary way of exposure to those workers in Sn casting industries. All those occupations are considered as high-level tin exposure according to their production amount. Research carried out in the mining sector of Bahia concluded that the working conditions described by workers and the risks to which they were submitted demonstrated conditions that could lead to the development of particular occupational diseases as it was already perceptible in some of them. Changes are mandatory in the work process to lessen the deterioration and, consequently, improve the health conditions of the mining worker⁵¹. Although the activities carried out in the mining chain are relevant, it is necessary to preserve the worker's health due to the risks present throughout the work process.

Conclusions

Although the number of participants has been small, the levels observed for Sn in the blood plasma of workers were much higher than those in the reference group. On the other hand, the procedure used could not establish the Sn binding to proteins. A technique such as mass spectrometry could probably confirm those ligands. However, there are no similar studies published in the literature to corroborate the results found. If confirmed, the

binding of Sn to some proteins modifies their functions and impairs health. Our findings can represent a breakthrough for the health of workers exposed to Sn since 'poor absorption and low toxicity' of the metal were always considered a kind of protection against impairment to health. Notwithstanding, damage can occur if Sn interferes with the physiology of its ligands.

We cannot infer that Sn levels in workers were high, but they were significantly different from non-occupationally exposed people. Further studies are needed to evaluate workers' health, verify any possible Sn effect in their bodies, and reduce human exposure to total Sn and different forms of the metal. As cassiterite production occurs in an impoverished region with low economic opportunities for the population, it was challenging to recruit people for this study, probably due to their fear of losing jobs in the mining industry.

The mining chain is significant to the socioeconomic development. However, modifications in the work process are mandatory to improve the health conditions of the mining workers. It is a complex challenge due to the risks present throughout the work process. Thus, it is necessary to know the work process in mining and its relationship with the worker's health-illness process from the perspective of health surveillance.

Collaborators

Lima DRS (0000-0001-6916-0545)* worked on the development of the research and writing of the article. Silva FSQ (0000-0003-2236-5687)* worked on data interpretation, article writing, and critical review. Borges RM (0000-0003-3170-3772)* worked on data analysis and interpretation, critical review. Marques RC (0000-0001-6730-7769)* worked in the conception, planning, and critical review of the content. Moreira MFR (0000-0002-4521-1050)* worked on the conception and design of the research, and final writing of the paper. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

References

1. Agostini M. Saúde do Trabalhador. In: Andrade A, Pinto SC, Oliveira RS, organizadores. Animais de Laboratório: criação e experimentação. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2002. p. 375-379. [access in 2020 May 8]. Available at: <http://books.scielo.org/id/sfwjtj/pdf/andrade-9788575413869-46.pdf>.
2. Silva DA, Hong O. Análise do cenário de saúde e segurança dos trabalhadores atuantes na atividade de mineração brasileira. Rev. Enferm. Atenção Saúde. 2017 [access in 2020 May 12]; 6(2):134-143. Available at: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1819>.
3. Cima F. Tin: Environmental pollution and health effects. In: Encyclopedia of Environmental Health. 2. ed. London: Elsevier; 2019. p. 65-75. [access in 2021 Jul 14]. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780124095489111984?via%3Dihub>.
4. World Health Organization (WHO). Tin and inorganic tin compounds - Concise International Chemical Assessment (CICAD) Document 65. Geneva: WHO; 2005 [access in 2020 Jun 9]. Available at: https://www.who.int/ipcs/publications/cicad/cicad_65_web_version.pdf?ua=1.
5. Ostrakhovitch EA, Cherian MG. Tin. In: Nordberg GF, Fowler BA, Nordberg M, Friberg LT, editors. Handbook on the Toxicology of Metals. 3. ed. California: Academic Press – Elsevier; 2007. p. 839-859.
6. United States of America. U.S. Department of Health and Human Services. Agency for Toxic Substances and Disease Registry. Toxicological Profile for Tin and Tin Compounds. U.S. Government Printing Office: Public Health Service; 2005. [access in 2021 May 22]. Available at: <https://www.atsdr.cdc.gov/ToxProfiles/tp55.pdf>.
7. Damati A, Vlastos D, Philippopoulos AI, et al. Inorganic tin compounds do not induce micronuclei in human lymphocytes in the absence of metabolic activation. Drug Chem. Toxicol. 2014; 37(2): 213-220.
8. Azevedo SV, Sobral A, Moreira MFR. Spatial pattern of the environmental exposure to tin in the vicinity of an alloy industry in Volta Redonda, Rio de Janeiro State, Brazil. Cad. Saúde Pública. 2019; 35(10):e00079818.
9. United States of America. U.S. Department of the Interior. U.S. Geological Survey. Tin Data Sheet - Mineral Commodity Summaries 2020. U.S. Geological Survey. 2020 [access in 2021 Jul 9]; 172-173. Available at: <https://pubs.usgs.gov/periodicals/mcs2020/mcs2020.pdf>.
10. Governo do Estado de Rondônia. Superintendência Estadual de Comunicação. Minério de Estanho - É de Rondônia quase a metade da cassiterita do País. Governo do Estado de Rondônia. 2015. [access in 2020 May 25]. Available at: <http://www.rondonia.ro.gov.br/rondonia-produz-quase-a-metade-da-cassiterita-do-pais/>.
11. Brasil. Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovações, Centro de Tecnologia Mineral. Extração de cassiterita gera danos socioambientais em Ariquemes (RO). 2013. [access in 2020 May 17]. Available at: <http://verbetes.cetem.gov.br/verbetes/ExibeVerbete.aspx?verid=106>.
12. Nery AA, Alves MS. A relação do processo saúde-doença e o trabalho na mineração. J. Health Sci. Inst. 2011; 29(4):269-271.
13. Dallalpa P. Lavra e beneficiamento mineral de cassiterita em um garimpo no município de São Felix do Xingu-PA. [monograph]. Palmas: Centro Universitário Luterano de Palmas, Tocantins; 2015. [access in 2021 Mar 20]; 60 p. Available at: <https://ulbra-to.br/bibliotecadigital/publico/home/documento/205>.
14. Moreira FR, Moreira JC. The significance of lead speciation analysis in blood plasma for health risk assessment. Quim. Nova. 2004; 27(2):251-260.

15. Michalke B, Berthele A, Mistriotis P, et al. Manganese species from human serum, cerebrospinal fluid analyzed by size exclusion chromatography-, capillary electrophoresis coupled to inductively coupled plasma mass spectrometry. *J. Trace Elem. Biol.* 2007; 21(suppl):4-9.
16. International Union for Pure and Applied Chemistry (IUPAC). Compendium of chemical terminology. Gold Book. Version 2.3.3. 2014. [access in 2020 May 17]. Available at: <https://goldbook.iupac.org/pdf/goldbook.pdf>.
17. Xiao Q, Hu B, He M. Speciation of butyltin compounds in environmental and biological samples using headspace single drop microextraction coupled with gas chromatography-inductively coupled plasma mass spectrometry. *J Chromatography A.* 2008; 1211(1-2):135-141.
18. Furdek M, Vahčić M, Ščančar J, et al. Organotin compounds in seawater and *Mytilus galloprovincialis* mussels along the Croatian Adriatic Coast. *Mar. Pollut. Bull.* 2012; 64(2):189-199.
19. Tzollas NM, Zachariadis GA, Rosenberg E. Speciation study of trialkyl- and triphenyl-tin by liquid chromatography using ion trap TOF tandem MS and atmospheric pressure chemical ionization. *Curr. Anal. Chem.* 2013; 9(2):279-287.
20. Alasonati E, Fabbri B, Fettig I, et al. Experimental design for TBT quantification by isotope dilution SPE-GC-ICP-MS under the European water framework directive. *Talanta.* 2015; (134):576-586.
21. Dressler VL, Goldschmidt F, Moreira CM, et al. As, Hg, I, Sb, Se and Sn speciation in body fluids and biological tissues using hyphenated-ICP-MS techniques: A review. *Int. J. Mass Spectrom.* 2011; 307(1-3):149-162.
22. Cui Z, Zhang K, Zhou Q, et al. Determination of methyltin compounds in urine of occupationally exposed and general population by in situ ethylation and headspace SPME coupled with GC-FPD. *Talanta.* 2011; 85(2):1028-1033.
23. Levine KE, Young DJ, Afton SE, et al. Development, validation, and application of an ultra-performance liquid chromatography-sector field inductively coupled plasma mass spectrometry method for simultaneous determination of six organotin compounds in human serum. *Talanta.* 2015; (140):115-121.
24. Greening DW, Simpson RJ. A centrifugal ultrafiltration strategy for isolating the low-molecular weight (≤ 25 K) component of human plasma proteome. *J. Proteomics.* 2010; 73(3):637-648.
25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Arique- mes. [access in 2021 Mar 20]. Available at: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ro/ariquesmes/panorama>.
26. United Nations Development Programme. Human Development Reports. Brazil - Human Development Indicators. UNDP. 2020. [access in 2021 Jul 9]. Available at: <http://hdr.undp.org/en/countries/profiles/BRA>.
27. Laemmli UK. Cleavage of structural proteins during the assembly of the head of bacteriophage T 4. *Nature.* 1970; 227:680.
28. Pomazal K, Prohaska C, Steffan I, et al. Determination of Cu, Fe, Mn, and Zn in blood fractions by SEC-HPLC-ICP-AES coupling. *Analyst.* 1999; 124(5):657-663.
29. Veiga M, Bohrer D, NoreMBERG S, et al. Evidence for aluminum-binding erythropoietin by size-exclusion chromatography coupled to electrothermal absorption atomic spectrometry. *J. Inorg. Biochem.* 2011; 105(11):1500-1504.
30. Brasil. Ministério da Economia, Secretaria Especial de Previdência e Trabalho. Norma Regulamentadora nº 07 - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional. [access in 2021 Jun 10]. Available at: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-6.734-de-9-de-marco-de-2020-247886194>.
31. American Conference of Industrial Hygienists (ACGIH). TLVs® e BEIs®. São Paulo: ABHO; 2019.

32. German Research Foundation. List of MAK and BAT Values - Maximum Concentrations and Biological Tolerance Values at the Workplace. Permanent Senate Commission for the Investigation of Health Hazards of Chemical Compounds in the Work Area. Weinheim: Wiley-VCH Verlag GmbH & Co; 2019.
33. Gerhardsson L, Lundh T, Minthon L, et al. Metal Concentrations in Plasma and Cerebrospinal Fluid in Patients with Alzheimer's Disease. *Dement Geriatr. Cogn. Disord.* 2008; 25(6):508-515.
34. Greenough C, Jenkins RE, Kitteringham NR, et al. A method for the rapid depletion of albumin and immunoglobulin from human plasma. *Proteomics.* 2004; 4(10):3107-3111.
35. Al-Harathi S, Lachowicz JI, Nowakowski ME, et al. Towards the functional high-resolution coordination chemistry of blood plasma human serum albumin. *J. Inorg. Biochem.* 2019 [access in 2020 Jun 22]; (198):110716. Available at: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0162013419301734?token=CB354C9ADC8BC4383195D839A5D7F810C6B2B8DEE4547C80290B5F2D7BD097EF3C1BB684CCA70A3ABE05D69BA6277636>.
36. Saha A, Yakovlev VV. Structural changes of human serum albumin in response to a low concentration of heavy ions. *J. Biophotonics.* 2010; 3(10-11):670-677.
37. Bal W, Sokołowska M, Kurowska E, et al. Binding of Transition Metal Ions to Albumin: Sites, Affinities and Rates. *Biochim. Biophys. Acta.* 2013; 1830(12):5444-5455.
38. Martínez AC, Mon MA. O sistema imunológico (I): Conceitos gerais, adaptação ao exercício físico e implicações clínicas. *Rev. Bras. Med. Esporte.* 1999 [access in 2020 Jun 17]; 5(3):120-125. Available at: <https://www.scielo.br/pdf/rbme/v5n3/10.pdf>.
39. Mores L, Honório-França AC, França EL, et al. Imunotoxicidade decorrente da exposição a metais pesados: breve revisão. *Rev. Panorâmica On-Line.* 2015 [access in 2020 Jun 20]; (19):70-79. Available at: <file:///C:/Users/COMPUTADOR/Downloads/636-2015-I-SM.pdf>.
40. Sekovanić A, Jurasović J, Piasek M. Metallothionein 2A gene polymorphisms in relation to diseases and trace element levels in humans. *Arh. Hig. Rada Toksikol.* 2020; (71):27-47.
41. Nath M, Pokharia S, Yadav R. Organotin (IV) complexes of amino acids and peptides. *Coord. Chem. Rev.* 2001; 215(1):99-149.
42. Pellerito C, Nagy L, Pellerito L, et al. Biological activity studies on organotin (IV)ⁿ⁺ complexes and parent compounds. *J. Organomet. Chem.* 2006; 691(8):1733-1747.
43. Wang S, Cao J, Jia W, et al. Single molecule observation of hard-soft-acid-base (HSAB) interaction in engineered *Mycobacterium smegmatis* porin A (MspA) nanopores. *Chem. Sci.* 2020 [access in 2020 Jun 12]; (11):879. Available at: <https://pubs.rsc.org/en/content/articlepdf/2020/sc/c9sc05260g>.
44. Lehmler HJ, Gadogbe M, Liu B, et al. Environmental Tin Exposure in a Nationally Representative Sample of U.S. Adults and Children: The National Health and Nutrition Examination Survey 2011-2014. *Environ. Pollut.* 2018 [access in 2021 Jun 17]; 240:599-606. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6082152/pdf/nihms967664.pdf>.
45. Feng W, Cui X, Liu B, et al. Association of urinary metal profiles with altered glucose levels and diabetes risk: a population-based study in China. *PLoS One.* 2015; 10(4):e0123742.
46. Liu B, Feng W, Wang J, et al. Association of urinary metals levels with type 2 diabetes risk in coke oven workers. *Environ. Pollut.* 2016; (210):1-8.
47. Levine S, Saltzman A. Metallic Tin Is an Adjuvant for Anaphylaxis in Rats. *Biol. Trace Elem. Res.* 2004; (98):275-277.
48. Maia DJ, Bianchi JCA. *Química Geral – Fundamentos.* Reino Unido: Pearson; 2013.
49. United States of America. U.S. Department of Health and Human Services. Agency for Toxic Substan-

ces and Disease Registry. Toxicological Profile for Lead. U.S. Government Printing Office: Public Health Service; 2019. [access in 2020 May 20]. Available at: <http://www.atsdr.cdc.gov/toxprofiles/tp13.pdf>.

50. Nery AA, Alves MS. A relação do processo saúde-doença e o trabalho na mineração. *J. Health Sci. Inst.* 2011; 29(4):269-271.

Received on 07/28/2021
Approved on 12/23/2021
Conflict of interests: non-existent
Financial support: non-existent

O campo científico da saúde coletiva

The scientific field of collective health

Rita Barradas Barata¹

DOI: 10.1590/0103-1104202213316

RESUMO Este ensaio apresenta os conceitos de campo social, campo intelectual e campo científico formulados por Pierre Bourdieu, no intuito de introduzir de forma sucinta a constituição do campo da saúde coletiva e sua institucionalização no Brasil, destacando os diferentes movimentos que antecederam sua criação, como a medicina preventiva e a medicina social, e de que maneira o novo campo se diferenciou deles. O processo de institucionalização desse campo científico é descrito com base nos congressos principais e seus periódicos científicos, bem como a partir das condições criadas pelas políticas científica e de formação de pesquisadores. No processo de constituição e institucionalização deste campo, destacam-se seus aspectos teóricos, processos de formação e práticas políticas. O texto destaca, ainda, a importância da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) na consolidação da saúde coletiva brasileira.

PALAVRAS-CHAVE Pesquisa científica e desenvolvimento tecnológico. Saúde coletiva. Produção científica e tecnológica.

ABSTRACT *This text presents the concepts of social field, intellectual field and scientific field formulated by Pierre Bourdieu, in order to briefly introduce the constitution of the field of collective health and its institutionalization in Brazil, emphasizing the different movements that preceded its creation, such as the preventive medicine and social medicine, and how the new field differed from them. The institutionalization process of this scientific field is described from the main congresses, its scientific journal as well as the conditions of possibility created by the scientific policies and the training of researchers. In the process of constitution and institutionalization of the field, theoretical aspects, training processes and political practices are highlighted. The text also remarks the importance of Brazilian Association of Collective Health (ABRASCO) in the consolidation of Brazilian collective health.*

KEYWORDS *Scientific research and technological development. Public health. Scientific and technical activities.*

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



Introdução

Este ensaio foi produzido a partir de um conjunto de textos, artigos, livros e capítulos e acontecimentos marcantes que tratam do desenvolvimento do campo da saúde coletiva no Brasil. Com base no enfoque teórico de Bourdieu para a compreensão dos diferentes campos sociais, foram destacados, inicialmente, de forma abreviada, os conceitos de campo social e campo intelectual para, em seguida, se introduzir a ideia de campo científico com suas particularidades.

Partindo desse referencial, o campo da saúde coletiva e seu desenvolvimento foram conceituados levando em conta os movimentos anteriores como a medicina preventiva e a medicina social. Destacam-se alguns marcos importantes nesse processo de consolidação do campo. Finalmente, apresentam-se brevemente as etapas da produção científica nesse novo campo.

Campo social e campo intelectual

A teoria sociológica de Pierre Bourdieu¹ descreve o mundo social como um espaço constituído por relações sociais e processos de diferenciação entre agentes e instituições que ocupam diferentes posições nesse espaço segundo a distribuição de vários tipos de capitais, i.e., econômico, cultural, social e político.

Qualquer campo social pode ser descrito como um espaço multidimensional definido por um conjunto de agentes distribuídos, em diferentes dimensões, constituindo classes relacionais. A lógica de cada campo comanda as propriedades por meio das quais se estabelece a relação entre classe e prática. A posição social e o poder específico de cada agente dependem dos capitais que podem ser mobilizados em cada campo².

A classe social é o conjunto de agentes situados em posições homogêneas de existência que acabam por impor condicionamentos e

sistemas de disposições similares, engendrando práticas semelhantes, além de possuírem um conjunto comum de propriedades objetivadas ou incorporadas como *habitus* de classe. O *habitus* é o conhecimento adquirido no processo de socialização que garante a entrada e a fixação em um certo espaço social. É ele quem fornece aos agentes o senso prático necessário para mover-se no campo e nele relacionar-se a outros agentes².

As diferentes espécies de poder em jogo nos campos sociais dependem dos diferentes tipos de capitais produzidos em cada um deles. Os agentes distribuem-se, na primeira dimensão, segundo o volume global de capital de que dispõem e, na segunda dimensão, segundo a composição desse capital, isto é, de acordo com o peso relativo entre os capitais econômico, cultural, social, político e simbólico, no conjunto de suas posses, constituindo, assim, classes e frações de classes distintas¹.

No processo de diferenciação dos campos sociais, a sociedade institui campos específicos que se distinguem pelo tipo de conhecimento e de produção simbólica relacionados ao senso comum, à religião, à estética, à filosofia ou ao conhecimento científico. O campo intelectual é um sistema de posições que abrange classes de agentes que possuem habilidades e capacidades determinadas. A cultura escolar fornece aos indivíduos um corpo comum de categorias de pensamento que tornam possível a comunicação e permitem compartilhar um certo espírito religioso, estético, filosófico ou científico, em cada época^{3,4}.

Compreender a gênese social de um campo, isto é, identificar as crenças, ou *illusio*, que o sustentam: os jogos de linguagem, os objetos materiais e simbólicos em jogo, as instituições e os agentes que o constituem é essencial para explicar os atos dos produtores e os seus produtos¹. Utilizar a noção de campo permite superar a oposição entre duas abordagens adotadas na análise de qualquer campo de produção intelectual: de um lado, as abordagens internas ao próprio campo, que se debruçam sobre os processos e desenvolvimentos dos

conceitos, instrumentos, técnicas e teorias, como se ali elas tivessem brotado quase que espontaneamente ou fossem obras de gênios individuais; de outro, as abordagens que reduzem todos esses componentes a simples reflexos dos macroprocessos sociais aos quais as atividades intelectuais estão subsumidas.

Campo científico

O campo científico pode ser considerado um microcosmo da sociedade atravessado pelas mesmas disputas de poder e concentração de capitais, conflitos, jogos de interesse, mas que se diferencia de outros tantos campos sociais à medida em que nele o senso prático não serve como guia para a ação, visto que os agentes e instituições estão empenhados na produção de conhecimentos⁵. A construção do campo possibilita que a verdade de diferentes proposições e os limites de validade de diferentes tomadas de posição sejam avaliadas a partir de instrumentos de prova ou refutação sobre cuja eficácia todos os praticantes concordam, na medida em que contribuíram para as aquisições coletivas da ciência⁶.

A ciência é conduzida por comunidades de pesquisadores que constituem diferentes coletivos de pensamento nos quais se trocam ideias e são construídos estilos de conhecimento que determinam o tipo de preparação e orientação intelectual que os novos praticantes devem adquirir. Progressivamente, a comunidade de cientistas constrói a separação entre conhecimento popular e conhecimento especializado e organiza esferas particulares, inicialmente em torno de diferentes disciplinas e depois em torno de temas específicos⁷.

As leis de funcionamento do campo científico são determinadas por fatores estruturais tais como a posição de cada disciplina ou campo de conhecimento na hierarquia das ciências, posição dos produtores científicos na hierarquia interna a cada disciplina, natureza do capital social e das credenciais escolares necessárias, oportunidades objetivas

de carreira e outras aspirações, hierarquia das práticas e dos objetos de estudo. As escolhas epistemológicas e os interesses associados à posse de determinado capital científico recobrem posições políticas entre os grupos, definindo estratégias de busca por distinção ou competições em torno do monopólio da legitimidade científica^{3,8}.

O capital científico é um capital simbólico que resulta do reconhecimento da competência e da autoridade, atribuído pelo conjunto dos pares do campo científico. Há, no campo científico, duas formas de poder que se traduzem em dois tipos distintos de capital científico: um capital científico político decorrente de posições institucionais que conferem poder na gestão da política científica e um capital científico propriamente dito, construído a partir do reconhecimento pelos pares às contribuições feitas para o avanço da ciência. As formas de aquisição e acumulação desses capitais também são distintas: estratégias políticas determinam o capital científico político, enquanto as contribuições ao progresso da ciência condicionam o capital político em si^{6,9}.

No espaço científico, a estrutura das relações objetivas entre agentes e instituições define pontos de vista, tradições de publicação, formas de investigar, temas relevantes, objetos científicos. Além disso, esse espaço que delimita probabilidades objetivas de prática também define tendências: quais serão os temas importantes, quais as questões interessantes capazes de alavancar uma carreira, quais os melhores veículos de circulação de ideias, e assim por diante⁶.

A teoria científica só se revela no trabalho empírico em que se realiza. Ela orienta e organiza a prática científica. Para construir um objeto científico é necessário romper com o senso comum tanto no âmbito cotidiano como questionando representações oficiais mais ou menos estabelecidas no próprio campo científico. O que a ciência busca é converter problemas abstratos em operações científicas práticas. O trabalho acabado tende a esconder os vestígios dos toques e retoques praticados

ao longo do desenvolvimento da pesquisa. A questão do fundamento do conhecimento científico está posta na própria realidade social e é a estrutura do campo científico o único fundamento possível da razão científica. A ciência nada mais faz do que tentar estabelecer a verdade nessas lutas pela verdade, apreender a lógica objetiva segundo a qual se determinam os objetos em jogo, as estratégias metodológicas, produzindo representações e instrumentos de pensamento que aspiram à universalidade¹.

No campo científico, o *habitus* é um conhecimento adquirido, um haver, um capital que evidencia as capacidades inventivas e operativas dos agentes. Ele indica a disposição incorporada no agente, relativa aos modos de fazer, ao uso da razão prática na construção dos conhecimentos científicos. O ingresso no universo escolar em que se dá o preparo para a pesquisa exige o abandono do senso prático derivado do senso comum e a adesão a um conjunto radicalmente novo de pressupostos e modos de saber-fazer⁵. Portanto, a lógica específica de funcionamento de cada campo baseia-se, por um lado, em um *habitus* específico entre os praticantes e, por outro, em uma *illusio* particular que dá coerência e significado às práticas ali desenvolvidas¹⁰.

A competição científica produz uma forma de interesse que parece desinteressado, porque, na autoridade científica, confundem-se competência técnica e poder simbólico. No campo científico, predomina forma regrada e organizada de competição, restringida pelos requisitos lógicos e metodológicos da prática e pela finalidade de produção de conhecimentos verdadeiros. A disputa entre diferentes posições que almejam a condição de verdadeiras se desenvolve dentro das normas aceitas no campo, valendo-se somente das armas nele autorizadas, aí incluídas as estratégias retóricas e o prestígio dos defensores de cada uma delas.⁵ Só os cientistas comprometidos com a prática da pesquisa têm os meios para apropriar-se simbolicamente dos produtos científicos e avaliar seu mérito^{6,11}.

A luta no campo científico se dá entre ocupantes de posições desiguais, entre agentes portadores de diferentes volumes de capital. Os dominantes adotam estratégias de conservação da ordem estabelecida, preservando, assim, seu poder sobre a prática científica, sobre o sistema de ensino no qual se formam novos pesquisadores, sobre as instâncias de consagração e atribuição do mérito e sobre o sistema de difusão do conhecimento. Os novatos podem adotar estratégias de sucessão na perspectiva de uma carreira mais ou menos assegurada ou optar por estratégias de subversão da ordem instituída, defendendo pontos de vista considerados heréticos, construindo a investigação de temas e problemas excluídos dos paradigmas dominantes, inovando na formação de novos pesquisadores, questionando o sistema de atribuição de prestígio^{6,11}.

O interesse científico determina que as estratégias dos agentes sejam simultaneamente interessadas e desinteressadas. Obviamente, os cientistas têm interesses, como, por exemplo, a primazia nas descobertas, o prestígio conferido aos melhores em cada campo, o desejo de brilhar entre os próprios pares, o reconhecimento. Porém esses interesses diferem em muito dos interesses derivados da posse de outros tipos de capitais, podendo revestir-se dessa aparência de gratuidade e desinteresse⁶.

O grau de autonomia de um campo de produção intelectual em relação à sociedade inclusiva na qual ele se desenvolve pode ser avaliado por meio do poder para definir as próprias normas de produção, bem como os critérios para avaliar os próprios produtos³. Sem dúvida, as características de funcionamento do campo científico preenchem esses requisitos de autonomia que o tornam relativamente imune às pressões externas, mas, ao mesmo tempo, dificultam os processos de comunicação com outros campos. Em passado não tão remoto, o sucesso de um praticante da ciência obtido em produções dirigidas ao público leigo não aumentava o prestígio interno entre os pares, podendo ser interpretado como uma espécie de tráfico de influências indesejado e ilegítimo

sobre a capacidade de julgamento dos pares.

O campo científico, como outros tantos campos intelectuais, constitui um espaço relativamente autônomo, dotado de leis e regras próprias. O grau de autonomia, entretanto, varia no campo de acordo com as configurações assumidas pela organização em torno de determinadas ciências.

Há, no campo científico, tendência à sublimação dos interesses políticos internos ou externos, conforme a *illusio* dominante, que vê o campo como destituído de interesses políticos e livre das suas disputas. A percepção dos cientistas de que a prática da pesquisa científica é em si desinteressada e que o único interesse dos cientistas é fazer avançar o conhecimento constrói essa percepção de neutralidade face ao campo político⁶.

As disputas no campo variam de acordo com o grau de autonomia ou heteronomia existentes em diferentes regiões construídas em torno de certas problemáticas ou disciplinas científicas. Quanto maior o grau de autonomia mais regada pelos próprios princípios teóricos e metodológicos do espaço disciplinar serão as disputas internas, nelas não devendo intervir forças e instrumentos políticos externos. Quanto maior a heteronomia mais imperfeita será a concorrência entre os praticantes e mais frequente será o recurso a forças não científicas, estranhas ao processo de trabalho no campo, para as soluções das disputas⁶.

Mas, além das disputas propriamente científicas, o campo científico é atravessado por disputas políticas relativas ao controle sobre os recursos materiais e financeiros, formação de novos pesquisadores, estabelecimento de agendas de prioridades em pesquisa, atribuição de prêmios e honrarias, critérios para promoções na carreira.

Em diversas instituições de pesquisa, uma disputa importante se dá entre os praticantes da pesquisa básica e os da pesquisa estratégica em torno do monopólio da definição legítima da prática científica. Os pesquisadores inseridos no âmbito da pesquisa estratégica obtêm reconhecimento e peso político do

mundo externo em função do potencial de aplicação da sua produção, estando sujeitos a uma certa perda de autonomia na escolha dos temas ou até mesmo na condução da pesquisa, dependendo do grau de ingerência que as encomendas e pressões externas exerçam sobre a instituição. Os pesquisadores básicos obtêm poder e prestígio entre os pares, em função das contribuições para o avanço do conhecimento. A força relativa das duas posições varia segundo a conjuntura política e a evolução científica⁶.

Um dos grandes paradoxos do campo científico é que a autonomia advém do financiamento das atividades majoritariamente pelo Estado, o que dá ao campo a liberdade de não ter que submeter seus produtos à sanção do mercado. Essa dependência do Estado não está livre de ambiguidades, uma vez que pode haver interferências e constrangimentos oriundos da pauta política do Estado ou de pressões econômicas exercidas através do Estado⁶.

Campo da saúde coletiva

O campo da saúde coletiva, tal qual se desenvolveu no Brasil, tende a ser assimilado pelo movimento da medicina social dos outros países da América Latina. Os autores brasileiros preferem situar a saúde coletiva como um novo movimento com raízes históricas na medicina social e em oposição à medicina preventiva e à saúde pública tradicional⁹.

Laurell¹² identifica a saúde coletiva e a medicina social como uma mesma corrente de pensamento que emergiu no campo da saúde pública latino-americana, cuja especificidade é estudar a “saúde e a doença da coletividade como uma expressão do processo social”¹²⁽¹¹⁸³⁾. Para a autora, os elementos que possibilitaram essa emergência foram a deterioração da situação de saúde das populações do continente; a piora de indicadores de saúde; o aprofundamento das desigualdades sociais e a modificação do perfil epidemiológico no qual se acumulavam antigos problemas, como a

privação e a pobreza e novos problemas decorrentes do processo de urbanização. Somados a essas transformações socioeconômicas e sanitárias, os gastos em saúde tornam-se crescentes, fazendo das estruturas assistenciais recursos insuficientes e ineficientes. Politicamente, também foram importantes o surgimento e o fortalecimento de diversos movimentos sociais expressando a presença na arena pública de setores sociais tradicionalmente não representados pelas estruturas partidárias ou sindicais, como os jovens estudantes secundaristas e universitários, as mulheres, os negros e os pacifistas.

Everardo Nunes¹³ estabelece a distinção entre três momentos na emergência de saúde coletiva, iniciando com a pré-história do campo, situada entre 1950 e 1965 e correspondente à implantação do projeto preventivista; a segunda fase, entre 1965 e 1979, com o predomínio da medicina social sobre e contra o projeto preventivista original; e, a partir de 1980, a estruturação do campo da saúde coletiva.

O projeto preventivista, no plano epistemológico, produziu a metáfora da história natural da doença; e propôs, no âmbito da formação, o enfoque biopsicossocial a partir da incorporação das ciências comportamentais no currículo de graduação das profissões de saúde e, no âmbito das práticas, formulou o modelo da medicina comunitária. Na América Latina, foram se acumulando reflexões críticas relativas às proposições da medicina preventiva, levando à sua rápida substituição pela medicina social. Em vez da prevenção articulada à prática clínica, a medicina social postula a articulação da prática médica com as demais práticas sociais, a compreensão do processo saúde-doença como fenômeno social, a substituição das ciências da conduta pela sociologia e pela ciência política para a compreensão da realidade social¹⁴.

Vieira da Silva^{9,10} estudou a gênese do campo da saúde coletiva no Brasil, destacando o papel relevante exercido por médicos que se opuseram às concepções dominantes do movimento

da medicina preventiva da higiene e da saúde pública tradicional. A origem do movimento da saúde coletiva pode ser buscada nos vários departamentos de medicina preventiva ou de medicina social existentes nas escolas médicas brasileiras a partir de meados da década de 1950. Os principais líderes, nesse momento de gênese do campo, possuíam elevado capital científico, burocrático ou político em função de suas posições acadêmicas ou burocráticas nas instituições de ensino e pesquisa e participação político partidária.

A ideia de um campo denominado saúde coletiva vai se desenvolvendo a partir do solo da medicina social com a pretensão de ampliar os limites impostos pela medicina, afirmando a saúde como fenômeno para além do campo médico e opondo-se à dicotomia persistente entre práticas assistenciais e saúde pública. Pretende formular sistemas de saúde que incorporem tanto as práticas de promoção de saúde e prevenção de doenças como as de assistência para recuperação da saúde, articuladas sob o enfoque populacional. No plano político, o sistema de saúde passa a ser postulado como parte integrante de uma política mais ampla de seguridade social, na qual cada cidadão é portador de direitos sociais consubstanciados em políticas públicas¹⁴.

No plano da produção teórica, dois trabalhos elaborados por Cecília Donnangelo – ‘Medicina e Sociedade’ e ‘Saúde e Sociedade’, publicados em 1975 e 1976, além da tese de doutoramento de Antônio Sérgio Arouca, ‘O Dilema Preventivista’, publicada em 2003 – foram marcos teóricos importantes para a fundação do campo no País^{15,16}. Ricardo Bruno Mendes Gonçalves^{17,18} também desempenha papel central na construção teórica do campo, nessa fase de transição entre a medicina social e a saúde coletiva. Em 1979, seu mestrado – ‘Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico – analisa a posição dos médicos nas sociedades capitalistas e o caráter produtivo/improdutivo desse trabalho. Em 1986, o trabalho de doutorado dedicado ao estudo, denominado ‘Tecnologia e organização social das

práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho da rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo', inaugura um fecundo programa de pesquisa em torno dos processos de trabalho em saúde¹⁹.

A denominação saúde coletiva aparece pela primeira vez em 1978 no I Encontro Nacional de Pós-graduação em Saúde Coletiva realizado na Universidade Federal da Bahia (UFBA) e na reunião sub-regional de saúde pública realizada na Universidade de São Paulo (USP) de Ribeirão Preto pela Organização Pan-Americana da Saúde e Associação Latino-americana de Escolas de Saúde Pública (Opas/Alaesp), ambas voltadas para a redefinição da formação de pessoal para o campo da saúde. A denominação será definitivamente adotada após a criação da Abrasco – Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva, em 1979^{9,10,15,16}.

O primeiro marco politicamente importante para o campo foi a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, já na etapa de redemocratização do País, e a primeira a contar com ampla participação da sociedade civil, incluindo representantes dos grupos acadêmicos, profissionais de saúde e movimentos sociais diversos, presidida por Sérgio Arouca, então presidente da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). A tese apresentada pela Abrasco, elaborada por sua comissão de política de saúde, acabou servindo de referência para a elaboração do relatório final, que consubstanciava as diretrizes e princípios do sistema de saúde que deveria substituir a estrutura então vigente, unificando as ações do Ministério da Saúde e do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social¹⁴.

Para dar consequência às deliberações da VIII Conferência, foi instituída a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, composta em sua grande parte por associados da Abrasco e do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), que irá dialogar intensamente com o Congresso Nacional durante os trabalhos da Assembleia Nacional Constituinte, visando a inscrever na Constituição Brasileira a saúde

como um direito social garantido pelo Estado e firmando, ainda, as bases e os princípios do sistema nacional de saúde. Um importante aliado nessa tarefa política foi o deputado federal Sérgio Arouca, além de outros integrantes da chamada bancada da saúde^{9,15}. Arouca personifica em sua história pessoal a trajetória do próprio campo ao atuar na vida acadêmica produzindo um dos mais importantes textos teóricos do campo, formando alunos, presidindo o principal instituto de pesquisa em saúde do País e elegendo-se deputado federal, posição que lhe possibilitou defender, no campo político institucional, as ideias e concepções da saúde coletiva¹⁰.

A prática pedagógica, inicialmente focada na formação dos profissionais, foi garantida inicialmente por meio de cursos de pós-graduação *senso lato*, de programas de residência médica e de cursos de especialização em saúde pública oferecidos pela Faculdade de Saúde Pública da USP e pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz. Posteriormente, outros departamentos de Medicina Preventiva ou Medicina Social e escolas de Saúde Pública ligadas a secretarias estaduais de saúde também passaram a oferecer os cursos de especialização. Com a institucionalização do campo, a saúde coletiva passa a privilegiar a formação de pesquisadores e docentes nos cursos de mestrado e doutorado¹⁶.

Os primeiros programas de pós-graduação *senso estrito* foram criados ainda na fase que antecede o movimento da saúde coletiva. O primeiro mestrado em Saúde Pública foi oferecido pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, entre 1967 e 1969, tendo sido encerrado durante boa parte do período ditatorial e reaberto apenas em 1977. Na década de 1970, foram criados três programas com mestrado e doutorado, todos eles na USP: Saúde Pública, em 1970, na Faculdade de Saúde Pública; Medicina Preventiva, em 1971, na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; e Medicina Preventiva, em 1973, na Faculdade de Medicina de São Paulo. Além desses três programas, foram criados, em 1973, os mestrados em Saúde

Comunitária pela Faculdade de Medicina da UFBA e em Medicina Social, pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Assim, nesse momento que antecede a criação da Abrasco, existem apenas três cursos de doutorado no País, todos oferecidos pela USP, dois mestrados no Rio de Janeiro e um em Salvador^{15,20}.

Aliada à essa estrutura de formação de docentes e pesquisadores para o campo, começa a haver, por parte das agências de fomento à pesquisa no País, a abertura para o fomento da investigação científica. Entre 1968 e 1979, a Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP) apoiou 87 projetos de investigação e, entre 1976 e 1980, o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) concedeu as primeiras 20 bolsas a investigadores do campo, de um total de 113 destinadas às ciências da saúde²⁰.

No processo de institucionalização da saúde coletiva como campo de conhecimentos e

práticas a partir da criação da Abrasco, porta-voz do movimento, é importante assinalar a organização dos Congressos Brasileiros de Saúde Coletiva a partir de 1986, a criação de periódicos científicos dedicados ao campo, a constituição de diversos foros para apoiar e ampliar a atuação da associação, a criação do comitê de assessoramento da área no CNPq e a criação da área de avaliação na Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes).

O primeiro congresso de saúde coletiva, organizado pela Abrasco sob o lema 'Reforma Sanitária e Constituinte: garantia do direito universal à saúde', ocorreu no *campus* da Uerj em 1986. A partir daí, os congressos se sucederam a cada três anos, sempre tendo como tema central questões da política de saúde, ainda que suas inúmeras atividades contemplassem as questões de pesquisa, ensino, publicação e da ação política no âmbito das políticas de educação superior, científica e de saúde (*quadro 1*).

Quadro 1. Congressos Brasileiros de Saúde Coletiva: tema, local e ano de realização

Congresso	Tema	Local	Ano
1º	Reforma sanitária e constituinte: garantindo o direito universal à saúde	Rio de Janeiro	1986
2º	Sistema Único de Saúde: conquista da sociedade	São Paulo	1989
3º	Saúde como direito à vida	Porto Alegre	1992
4º	Saúde: o feito por fazer	Olinda	1994
5º	Saúde responsabilidade do Estado contemporâneo	Águas de Lindóia	1997
6º	O sujeito na saúde coletiva	Salvador	2000
7º	Saúde, justiça, cidadania	Brasília	2003
8º	Saúde coletiva em um mundo globalizado: rompendo barreiras sociais, econômicas e políticas	Rio de Janeiro	2006
9º	Compromisso da ciência, tecnologia e inovação com o direito à saúde	Olinda	2009
10º	Saúde é desenvolvimento: ciência para a cidadania	Porto Alegre	2012
11º	Saúde: desafio da construção do sistema universal	Goiânia	2015
12º	Fortalecer o SUS, os direitos e a democracia	Rio de Janeiro	2018

Fonte: elaboração própria.

Indicativos do grau de maturidade e reconhecimento do campo são a realização conjunta do VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e o XI Congresso Mundial de Saúde Pública, promovidos pela Abrasco e pela World Federation of Public Health Association (WFPHA) em 2006, além da presença do ex-presidente Lula na sua sessão de abertura, o que já havia acontecido no sétimo congresso brasileiro, em 2003.

Em 1992, sob a presidência da Professora Maria Andréa Loyola, docente e pesquisadora do Instituto de Medicina Social da Uerj, foi criada a área de avaliação da saúde coletiva na Capes. Desde esse momento, sucederam-se na coordenação da área docentes associados à Abrasco: Maurício Barreto (1992-1998), Moisés Goldbaum (1999-2004), Aluísio Barros (2005-2007), Rita Barradas Barata (2008-2013), Guilherme Werneck (2014-2017) e Bernardo Lessa Horta (2018 em diante). A criação da área de avaliação contribuiu para a expansão dos programas de pós-graduação, possibilitando o reconhecimento da especificidade do campo e o ajuste dos critérios de avaliação às necessidades epistemológicas e metodológicas, muito distintas daquelas dos programas da área médica.

A ação da Abrasco constituindo o Fórum de Coordenadores dos Programas de Pós-graduação em Saúde Coletiva em 1994, também contribuiu de maneira expressiva para o avanço e a consolidação da formação pós-graduada. O Fórum tem funcionado desde sua criação como instância de reflexão e elaboração de propostas para a qualificação dos programas, compartilhamento de informações, processo de aprendizagem para os programas recém-criados e espaço de debate político acerca da política de educação e da política científica.

Em 1996, a Abrasco criou sua primeira revista científica – ‘Ciência & Saúde Coletiva’ –, que vai se somar a outros periódicos já existentes no campo: ‘Revista de Saúde Pública’ em 1967, ‘Saúde em Debate’ em 1976, ‘Cadernos de Saúde Pública’ em 1985, ‘Physis’ a partir

de 1991 e ‘Saúde e Sociedade’ em 1992. Em 1997, a ‘Revista Interface: comunicação, saúde, educação’ oferece um novo espaço editorial voltado para as questões de formação dos profissionais de saúde e comunicação social em saúde, temáticas menos presentes nos veículos já existentes no campo. Em 1998, surge a ‘Revista Brasileira de Epidemiologia’, também editada pela Abrasco. Diversas outras publicações científicas vinculadas aos programas de pós-graduação ou aos organismos de saúde vão aparecendo ao longo das décadas, canalizando parte da produção de conhecimento realizada no campo²¹. Em 2014, a Abrasco instituiu o Fórum dos Editores de Revistas de Saúde Coletiva para apoiar o aprimoramento dos periódicos nacionais.

Cerca de 20 anos após a fundação da Abrasco, Jairnilson Paim e Naomar de Almeida Filho²² definiram a saúde coletiva como:

Campo científico onde se produzem saberes e conhecimentos acerca do objeto saúde e onde operam distintas disciplinas que o contemplam sob vários ângulos; e como âmbito de práticas, onde se realizam ações em diferentes organizações e instituições por diversos agentes (especializados ou não) dentro e fora do espaço convencionalmente reconhecido como setor saúde²²⁽³⁰⁸⁾.

Eles produzem, nesse momento, uma delimitação provisória do campo que pode ser considerada atual ainda hoje:

Enquanto campo de conhecimento, a saúde coletiva contribui com o estudo do fenômeno saúde/doença em populações, enquanto processo social, investiga a produção e distribuição das doenças na sociedade como processos de produção e reprodução social; analisa as práticas de saúde (processo de trabalho) na sua articulação com as demais práticas sociais, procura compreender, enfim, as formas com que a sociedade identifica suas necessidades e problemas de saúde, busca sua explicação e se organiza para enfrentá-los²²⁽³⁰⁹⁾.

Amélia Cohn²³, em 1992, apontava uma série de tensões entre a prática científica e a prática política no campo. A primeira dessas tensões é identificada pela autora na incorporação do materialismo histórico como modelo explicativo para a produção social do processo saúde-doença e incapacidade de a concepção de Estado, dessa corrente, dar conta das especificidades de formações sociais concretas, como a brasileira. Uma segunda tensão se revela no descompasso entre as análises teóricas da política de saúde como processo histórico e a adoção de outra matriz conceitual para orientar as intervenções práticas na organização e gestão dos serviços de saúde, i.e., administração e planejamento normativo. A autora aponta, ainda, uma terceira tensão decorrente da imposição da prática política do movimento da reforma sanitária sobre a produção de conhecimento que resulta em predomínio do político sobre o científico no campo.

Burlandy e Bodstein²⁴, tematizando as relações entre política e saúde coletiva e seus reflexos na produção científica, identificam a especificidade do campo na tentativa de construção de um quadro conceitual e metodológico, privilegiando a compreensão dos processos de produção e reprodução social e a articulação das políticas de saúde ao processo de acumulação de capital. Segundo as autoras, na produção da área, a concepção de estado e sociedade varia em torno de três concepções básicas fundamentais: o Estado como agente do interesse das classes dominantes, o Estado como o detentor do poder de legitimação política e do exercício da dominação, e o Estado ampliado, no qual as políticas públicas fazem parte da estratégia de hegemonia institucional. As autoras chamam a atenção para a reintrodução da positividade do conceito de saúde operada pela saúde coletiva e ausente dos movimentos anteriores, que, embora tenham tematizado e criticado a prática médica e o processo de medicalização da sociedade, não tomaram a questão da saúde como questão científica.

Para as autoras, o projeto da reforma sanitária é construído como proposta contra hegemônica, resultando da articulação entre produção teórica e ação política. As questões relacionadas ao planejamento estratégico como ferramenta orientadora tanto da atuação prática quando da reflexão crítica no âmbito da política de saúde passam a ocupar lugar de destaque no campo, principalmente na medida em que agentes dedicados anteriormente à produção acadêmica passam a ocupar espaços políticos no aparelho de Estado.

Mais do que um campo multidisciplinar, a saúde coletiva se mostra um espaço de confluência de numerosas disciplinas ou áreas de conhecimento que possuem especificidades teóricas e conceituais, provenientes de ciências biológicas, médicas, epidemiológicas, matemáticas, sociais e humanas e compartilham tradições de produção científica as mais variadas^{16,25}.

A partir de 2000, os programas profissionais de pós-graduação senso estrito vêm se somar aos programas de formação no campo, visando ao aprimoramento dos profissionais de saúde. Os novos cursos de graduação em Saúde Coletiva começam a ser instalados já no final da primeira década do novo século. Em 2010, a Abrasco cria o Fórum dos Cursos de Graduação em Saúde Coletiva, seguindo o modelo anteriormente adotado para os programas de pós-graduação²⁶.

Mais um passo na consolidação do campo científico da saúde coletiva é dado pela criação do Comitê Assessor (CA) de Saúde Coletiva e Nutrição do CNPq em 2003. Os comitês assessores haviam sido instituídos a partir de 1978, reunindo grandes áreas do conhecimento e passando por diferentes etapas de divisão interna ou fusão, até que, em 2003, a área de saúde coletiva passou a ter seu próprio comitê juntamente com a área de nutrição²⁷.

A existência de um CA próprio garante à área uma certa repartição nos recursos destinados ao auxílio à pesquisa, concessão de bolsas de produtividade em pesquisa, bolsas de desenvolvimento tecnológico, bolsas de iniciação científica, mestrado e doutorado no

País e no exterior e auxílio à participação ou organização de eventos científicos, respondendo às necessidades de uma área em franca expansão no campo acadêmico.

Trinta anos após a criação da Abrasco e da institucionalização da saúde coletiva, Luz²⁸ aponta a complexidade do campo, evidenciada tanto na produção acadêmica como no âmbito das práticas. Segundo a autora, o campo lida com duas lógicas de ‘regimes de produção de verdades’ que remetem à essa natureza híbrida: a lógica interpretativa ou explicativa das diversas disciplinas e a lógica pragmática implicada nas intervenções na política de saúde. Portanto, esse campo se mostra irreduzível a um ‘modelo ou paradigma único’, combinando de maneira complexa conhecimentos, saberes e práticas produzidos por agentes situados em diferentes territórios no seu interior²⁹.

Essa grande diversidade de áreas de conhecimento e disciplinas pode ser agrupada em territórios constituídos pela epidemiologia, ciências humanas e sociais em saúde, pesquisa em serviços e sistemas de saúde, políticas de saúde e Determinantes Sociais em Saúde. Há inúmeras esferas temáticas que entrelaçam esses campos disciplinares ao tratar de questões como nutrição e saúde coletiva, saúde e ambiente, saúde e trabalho, gênero e saúde, comunicação social e saúde, direito sanitário, economia e saúde, espaço e saúde, saúde mental, envelhecimento e saúde, violência e saúde, direitos humanos e saúde, sem mencionar os estudos de grupos específicos de agravos à saúde como as doenças transmissíveis, câncer, doenças cardiovasculares, acidentes, ou, ainda, temáticas referidas aos diferentes momentos do ciclo de vida tais como saúde reprodutiva, saúde da criança, saúde do adolescente, saúde do adulto e saúde do idoso.

A publicação do primeiro ‘Tratado de Saúde Coletiva’³⁰ e do segundo, ‘Saúde Coletiva – teoria e prática’³¹ representa a sistematização dos conhecimentos e temas do campo para estudantes, docentes, pesquisadores e profissionais de saúde. Conforme afirma Nunes²⁰,

a organização de tratados “garante todo um processo de constituição, consolidação, legitimação e sistematização de um campo do conhecimento”²⁰⁽³⁵⁵⁾.

Produção científica no campo da saúde coletiva

Novaes e colaboradores³², assim como diversos outros autores, atribuem o crescimento da produção científica brasileira na saúde coletiva à bem-sucedida política de pós-graduação implantada no País. Apontam a sólida articulação entre a Capes, as agências de fomento e as instituições de ensino e pesquisa como componentes essenciais para a formação, a produção de conhecimentos e o desenvolvimento nacional.

Pellegrini Filho e colaboradores³³ estudaram a produção científica da saúde coletiva (1973-1992) com base nos artigos indexados na base do Institute for Scientific Information (ISI), identificando 672 artigos de autores brasileiros ou trabalhando no Brasil. O crescimento foi de quase seis vezes entre o primeiro quinquênio (47 artigos) e o último (281 artigos). A maioria dos artigos foi publicada em revistas norte-americanas ou europeias. Entre 1981 e 1992, Guimarães e Vianna³⁴ identificaram 1.169 artigos em saúde coletiva indexados na base da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs).

Quando a Abrasco promoveu a primeira avaliação internacional dos programas de pós-graduação da área, em 1996, os 16 programas registraram 474 artigos em periódicos nacionais e 108 artigos em periódicos internacionais³⁵.

Com a criação do Qualis em 1998, a avaliação da produção dos programas passou a privilegiar a circulação dos artigos em periódicos de maior impacto. Moisés Goldbaum³⁶, analisando a produção entre 1998 e 2000, informou que o volume da produção havia aumentado, porém artigos classificados em periódicos Qualis A e B internacional ficaram aquém dos

limites esperados pela área. Nas avaliações dos períodos subsequentes, se observa aumento considerável no número de artigos, bem como na proporção deles nos estratos de melhor qualificação. Dos 3.175 artigos registrados no triênio 2001-2003, chegou-se a 23.824 artigos no quadriênio 2013-2016³⁷⁻⁴².

Pereira⁴³, considerando apenas a produção dos docentes entre 1975 e 2005, observou aumento geométrico no número de artigos e de citações, com taxa de 9,6% ao ano para os artigos e 12,6% ao ano para as citações. Barreto e colaboradores⁴⁴, analisando a produção científica em epidemiologia da América Latina, identificaram 15.170 artigos publicados entre 1961 e 2010 no MedLine, dos quais 75,5% dos primeiros autores trabalhavam no Brasil. A taxa de 1,20 artigos por milhão de habitantes em 1990 passa a 6,33 em 2010, crescimento de 526% no período de 20 anos. Santos⁴⁵, contando a produção dos docentes com bolsa de produtividade do CNPq entre 2000 e 2012, chegou a 12.016 artigos, com média de 3,14 artigos por docente-ano.

Nos últimos 25 anos, a produção científica no campo da saúde coletiva passou de incipiente e concentrada em apresentações em congressos para uma produção numericamente expressiva e qualitativamente consistente, refletindo a maturidade do campo como produtor de conhecimentos e formador de novos docentes, pesquisadores e profissionais de saúde. No entanto, essa escalada contínua no número de artigos, que acompanha o aumento do número de programas e de docentes e mostra um crescimento na produtividade, tem

sido objeto de muita discussão^{15,46}.

Segundo a maioria dos docentes envolvidos nos programas de pós-graduação, a pressão exercida pelo sistema de avaliação tem gerado uma série de efeitos indesejáveis tais como menor qualidade, *stress* acentuado em função das metas que os próprios programas impõem, menor importância dada a outros aspectos da formação e redução da criatividade. Todas essas reflexões, que não são exclusivas do campo da saúde coletiva, impõem a necessidade de revisão do sistema de avaliação dos programas de pós-graduação e do desempenho dos pesquisadores pelas agências de fomento do Sistema de Ciência, Tecnologia e Inovação, bem como sugerem a necessidade de revisão dos próprios critérios de promoção adotados pelas instituições de ensino superior no País.

Portanto, ao longo dos últimos 40 anos a saúde coletiva, configurou-se um campo de produção de conhecimentos científicos e tecnológicos sobre a saúde na dimensão coletiva; de formação acadêmica e profissional para os praticantes no ambiente acadêmico e no espaço das práticas do setor saúde; de formulação de políticas educacionais, científicas e de saúde; e, sobretudo, um campo de reflexão crítica sobre a saúde como processo social indissolúvelmente associado aos processos sociais e políticos mais amplos.

Colaboradora

Barata RB (0000-0002-7215-9788)* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Bourdieu P. O poder simbólico. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2001.
2. Bourdieu P. A Distinção: crítica social do julgamento. São Paulo: Zouk; EDUSP; 2007.
3. Bourdieu P. A economia das trocas simbólicas. São Paulo: Perspectiva; 1974.
4. Doblyté S. Bourdieu's theory of field: towards understanding help-seeking practices in mental distress. *Soc. Theo. Health*. 2019; (17):273-290.
5. Bourdieu P. Meditações pascalianas. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2001.
6. Bourdieu P. Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico. São Paulo: UNESP; 2004.
7. Fleck L. La génesis y el desarrollo de un hecho científico. Madrid: Alianza Editorial; 1986.
8. Kuhn T. A estrutura das revoluções científicas. São Paulo: Perspectiva; 1989.
9. Vieira-da-Silva LM, Pinell P. The genesis of collective health in Brazil. *Soc. Health Illn*. 2014; 36(3):432-446.
10. Vieira-da-Silva LM. O Campo da Saúde Coletiva. Rio de Janeiro; Salvador: Fiocruz; Edufba; 2018.
11. Bourdieu P. Le champ scientifique. *Actes de la rechez. scienc. soc*. 1976; 2(2/3):88-104.
12. Laurell AC. Social analysis of Collective Health in Latin America. *Soc. Scienc. Med*. 1989; 28(11):1183-1191.
13. Nunes ED. Saúde Coletiva: história de uma ideia e de um conceito. *Saúde e Soc*. 1994; 3(2):5-21.
14. Osimo A, Schraiber LB. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. *Saúde e Soc*. 2015; 24(supl1):205-218.
15. L'Abbate S. A trajetória da saúde coletiva no Brasil: análise das suas dimensões políticas e educativas em articulação com a análise institucional. *Mnemosine*. 2018; 14(2):236-262.
16. Nunes ED. Pós-graduação em Saúde Coletiva no Brasil: histórico e perspectivas. *Physis: Rev Saúde Colet*. 2005; 15(1):13-38.
17. Mendes-Gonçalves RB. Medicina e historia: raíces sociales del trabajo medico. Mexico: Siglo Veintiuno; 1984.
18. Mendes-Gonçalves RB. Tecnologia e organização social das práticas de saúde. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco; 1994.
19. Ayres JRCM, Ricardo Bruno: história, processos sociais e práticas de saúde. *Ciênc. Saúde Colet*. 2015; 20(3):905-912.
20. Nunes ED. La salud colectiva en Brasil: analizando el proceso de institucionalización. *Salud Colect*. 2016; 12(3):347-360.
21. Barreto ML, Barata RB. Public Health and epidemiology journals published in Brazil and other Portuguese speaking countries. *Emerg. Themes in Epid*. 2008; (5):18.
22. Paim J, Almeida Filho N. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev. Saúde Pública*. 1998; 32(4):299-316.
23. Cohn A. Conhecimento e prática em Saúde Coletiva: o desafio permanente. *Saúde e Sociedade*. 1992; 1(2):97-109.
24. Burlandy L, Bodstein RCA. Política e saúde coletiva: reflexão sobre a produção científica (1976-1992). *Cad. Saúde Pública*. 1998; 14(3):543-554.
25. Birman J. A physis da Saúde Coletiva. *Physis: Rev. Saúde Colet*. 2005; 15(supl):11-16.
26. Pinto I, Paim J. A Abrasco e a experiência da graduação em Saúde Coletiva. Capítulo 6. In: Lima NT, Santana JP, Assunção CH, organizadores. *Saúde Coletiva: a Abrasco*

- em 35 anos de história. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015.
27. Mota MVB. Entre critérios, contextos e demandas: a trajetória do comitê assessor em Saúde Coletiva no CNPq. [dissertação]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2014. 176 p.
 28. Luz MT. Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas- análise sócio histórica de uma trajetória paradigmática. *Saúde Soc.* 2009; 18(2):304-311.
 29. Nunes ED. Paradigmas de la salud colectiva: breve reflexión. *Salud Colect.* 2014; 10(1):57-65.
 30. Campos GWS, Bonfin JRA, Minayo MCS, et al. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006.
 31. Paim J, Almeida Filho N. Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook; 2014.
 32. Novaes HMD, Werneck G, Cesse EAP, et al. Pós-graduação senso estrito em Saúde Coletiva e o Sistema Único de Saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; 23(6):2017-2025.
 33. Pellegrini Filho A, Goldbaum M, Silvi J. Production of scientific articles on health in six Latin American countries, 1973-1992. *Rev. Panam. Salud Publica.* 1997; 2(2):121-132.
 34. Guimarães R, Vianna CM. Ciência e tecnologia em Saúde. Tendências Mundiais. Diagnóstico global e estado da arte no Brasil. Brasília, DF: I Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde; 1994.
 35. Luz MT. A produção científica em Saúde Coletiva (1994-1995). *Ciênc. Saúde Colet.* 1997; 2(1/2):117-141.
 36. Goldbaum M. Avaliação da pós-graduação em saúde coletiva no Brasil. Editorial. *Cad. Saúde Pública.* 2001; 17(6):1274-1275.
 37. Goldbaum M. Avaliação da pós-graduação em saúde coletiva no Brasil. Editorial. *Cad. Saúde Pública.* 2001; 17(6):1274-1275.
 38. Barros AJD. Produção científica em saúde coletiva: perfil dos periódicos e avaliação pela CAPES. *Rev Saúde Pública.* 2006; 40(esp):43-49.
 39. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Documento de área. Período de avaliação 2004/2006. Área de avaliação: Saúde Coletiva. Brasília, DF: Capes; 2007.
 40. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Relatório da Avaliação 2007-2009, trienal 2010, área Saúde Coletiva. Brasília, DF: Capes; 2010.
 41. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Relatório da Avaliação 2010-2012, trienal 2013, área Saúde Coletiva. Brasília, DF: Capes; 2010.
 42. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Relatório da Avaliação 2013-2016, quadrienal 2017, área Saúde Coletiva. Brasília, DF: Capes; 2010.
 43. Viacava F. Produção científica dos cursos de pós-graduação em Saúde Coletiva no período 1998-2006. *Ciênc. Saúde Colet.* 2010; 15(4):1977-1988.
 44. Pereira JCR. Revista de Saúde Pública: quarenta anos da produção científica no Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2006; 40(esp):148-159.
 45. Barreto SM, Miranda JJ, Figueroa JP, et al. Epidemiology in Latin America and the Caribbean: current situation and challenges. *Inter. J. Epid.* 2012; (41):557-571.
 46. Santos MIP, Fernandes TF, Silveira MF, et al. Scientific production indicators and researchers training in the Brazilian Collective Health. *Rev Bras. Enfer.* 2019; 72(1):9-18.
 47. Camargo Jr. KR. Produção científica: avaliação da qualidade ou ficção contábil? *Cad. Saúde Pública.* 2013; 29(9):1707-1710.

Recebido em 05/09/2021

Aprovado em 16/03/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Neoextrativismo, garimpo e vulnerabilização dos povos indígenas como expressão de um colonialismo persistente no Brasil

Neo-extractivism, mining, and vulnerability of indigenous peoples as an expression of persistent colonialism in Brazil

Marcelo Firpo de Souza Porto¹, Diogo Rocha¹

DOI: 10.1590/0103-1104202213317

RESUMO O artigo, em forma de ensaio, defende que as ameaças de vulnerabilização mais recentes contra os povos indígenas, intensificadas no contexto da pandemia de Covid-19, refletem um colonialismo persistente. Este se atualiza no contexto da inserção semiperiférica do Brasil no sistema-mundo capitalista, neoliberal e globalizado como exportador de *commodities* produzidas pelos dois setores estratégicos do neoextrativismo, a mineração e o agronegócio. O modelo neoextrativista beneficia principalmente grupos transnacionais e elites nacionais com grande poder econômico e político, além do próprio setor financeiro. Além disso, estabelece conexões com o submundo dos circuitos inferiores e ilegais vinculados a setores como o garimpo, e incluem desde práticas de violência até a lavagem de dinheiro com a participação de grupos locais que, nos últimos tempos, vêm assumindo crescente poder político e institucional. Tais grupos fazem parte do complexo mosaico do fortalecimento de ideologias de extrema-direita nos últimos anos no cenário nacional, que vêm reunindo alianças. O artigo tem por base experiências de pesquisa colaborativa nos últimos anos com o povo Munduruku na região do Médio Tapajós, com reflexões sobre a atual expansão de agenda política anti-indígena.

PALAVRAS-CHAVE Povos indígenas. Mineração. Economia ambiental. Desenvolvimento e meio ambiente.

ABSTRACT *This essay argues that the most recent threats of vulnerability against indigenous peoples, intensified in the context of the COVID-19 pandemic, reflect a persistent colonialism. This is updated in the context of Brazil's semi-peripheral insertion into the capitalist, neoliberal, and globalized world-system as an exporter of commodities produced by the two strategic sectors of neo-extractivism, mining and agribusiness. The neo-extractivist model benefits mainly transnational groups and national elites with great economic and political power, in addition to the financial sector. Moreover, it establishes connections with the underworld of inferior and illegal circuits linked to sectors such as mining, and ranges from practices of violence to money laundering with the participation of local groups that, in recent times, have been assuming growing political and institutional power. Such groups are part of the complex mosaic of the strengthening of far-right ideologies in recent years on the national scene, which have been gathering alliances. This essay is based on collaborative research experiences in recent years with the Munduruku people in the Middle Tapajós region, along with reflections on the current expansion of the anti-indigenous political agenda.*

KEYWORDS *Indigenous peoples. Mining. Environmental economics. Ecological development.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil
mfirpo2@gmail.com



Introdução: neoextrativismo e garimpo de ouro como expressões de um colonialismo persistente

Este ensaio expõe uma trajetória de pesquisa e reflexão dos autores nos últimos anos sobre as ameaças que os povos indígenas vêm sofrendo nas últimas décadas diante do modelo de desenvolvimento neoextrativista apoiado em setores econômicos como a mineração e o agronegócio. Nosso principal argumento é que os processos de vulnerabilização mais recentes, intensificados no contexto da pandemia de Covid-19, refletem a existência de um colonialismo persistente atualizado no contexto da inserção semiperiférica do Brasil no sistema-mundo capitalista, neoliberal e globalizado¹, e que se expressa no modelo de desenvolvimento.

Tal modelo simultaneamente intensifica a exploração do trabalho e dos bens comuns, reduzidos no discurso tecnopolítico hegemônico à categoria de ‘recursos naturais’, com a exportação de *commodities* minerais (como o ferro/aço e o ouro) e agrícolas (como a soja e a proteína animal). Ele beneficia principalmente grupos transnacionais e elites nacionais com grande poder econômico e político, além do próprio setor financeiro que custeia e se aproveita de um intenso fluxo de capitais cada vez mais desregulados. Além disso, as conexões com o submundo dos circuitos inferiores e ilegais (por meio de redes de garimpo ilegal) envolvem desde práticas de violência até a lavagem de dinheiro com a participação de grupos locais que, nos últimos tempos, vêm assumindo crescente poder político e institucional. Tais grupos fazem parte do complexo mosaico do fortalecimento de ideologias de extrema-direita nos últimos anos no cenário nacional que vêm reunindo alianças.

Nosso argumento central é que o neoextrativismo e sua articulação tanto com grupos neoliberais como de extrema-direita criam importantes barreiras para a construção de

alternativas mais soberanas, democráticas, inclusivas, sustentáveis e saudáveis de desenvolvimento econômico e social no Brasil e na América Latina. Acreditamos existir uma profunda conexão em escalas locais, nacionais e globais entre o atual modelo de desenvolvimento brasileiro, a degradação ecossistêmica de biomas, como a Amazônia e o Cerrado, a violação de direitos humanos e constitucionais de povos e comunidades tradicionais e camponeses, bem como de trabalhadores nas periferias urbanas. Os processos de vulnerabilização dos povos indígenas, expresso em retrocessos legais, fragilização de políticas públicas, violências e problemas de saúde, estão a se agravar com a atual pandemia de Covid-19, mas não podem ser compreendidos sem relacioná-los ao modelo neoextrativista.

Nosso referencial conceitual apoia-se em três campos interdisciplinares de conhecimento; a saúde coletiva, a ecologia política e as abordagens pós-coloniais, em especial, as Epistemologias do Sul^{2,3}. Em nossa perspectiva teórica, as várias crises globais atuais fazem parte de uma crise civilizatória mais ampla da modernidade eurocêntrica. Tal crise envolve os limites do Estado, do direito e da ciência que compõem os três eixos estratégicos de realização da emancipação social perseguidos pela modernidade eurocentrada nos últimos séculos, seja pela utopia liberal e a constituição dos mercados capitalistas, seja pela utopia socialista e a ideia de processos reformistas ou revolucionários de construção de uma sociedade comunista.

Para analisar esse quadro complexo, temos trabalhado de forma integrada quatro dimensões de (in)justiça; social, sanitária, ambiental e cognitiva. As duas primeiras são bem conhecidas do campo da saúde coletiva, já as injustiças ambientais têm-se agravado com a degradação dos ecossistemas associada à disseminação de diversos riscos ecológicos globais, como a poluição e as mudanças climáticas, e com os processos de (des)territorialização relacionados com o modelo de desenvolvimento. A junção das injustiças sociais e ambientais faz com

que certos territórios, grupos e classes sociais sofram primeiro e de forma mais intensa as consequências negativas do desenvolvimento econômico. Mais que vulneráveis, são grupos vulnerabilizados por processos históricos que se sobrepõem ao colonialismo, ao racismo estrutural, às desigualdades sociais do capitalismo dependente e aos riscos ambientais.

Já a (in)justiça cognitiva, de especial importância para entendermos a persistência das violências contra os povos indígenas, é um conceito central das Epistemologias do Sul. Ela analisa as lutas por emancipação social no Sul Global a partir de dimensões ontológicas e epistêmicas muitas vezes desconsideradas em abordagens críticas sobre a emancipação social. A busca por justiça cognitiva passa por entendermos as justiças sociais, sanitárias e ambientais envolvendo povos e comunidades tradicionais para além da exploração capitalista e de alternativas desenvolvimentistas com políticas redistributivas e de sustentabilidade. A justiça cognitiva coloca em jogo dimensões existenciais relacionadas com concepções outras de desenvolvimento econômico, trabalho, natureza, saúde e espiritualidade, entre outras. Em vários países e regiões multiculturais do Sul Global, especialmente países latino-americanos como o Equador, a Bolívia e, mais recentemente, o Chile, as majorias indígenas têm feito inscrever no panorama político outras formas de conceber o mundo e a sociedade e, por isso, tensionam por uma forma de democracia que incorpore conhecimentos, saberes e experiências que historicamente foram desprezados pelos Estados coloniais.

A transformação social e a promoção emancipatória da saúde, portanto, passariam por diálogos interculturais e interdisciplinares envolvendo a interação entre um conjunto de saberes, experiências e práticas oriundo tanto da ciência como de sistemas ancestrais e tradicionais. Esse é um pré-requisito para, mais que evitarmos violências, superarmos as exclusões radicais e podermos reconhecer a contribuição da sabedoria indígena para a superação das inúmeras crises em curso em

direção à necessária transição civilizatória para sociedades pós-capitalistas e pós-coloniais.

Para avançarmos nessa discussão, temos realizado, nos últimos anos, estudos colaborativos e diálogos com o povo Munduruku na região do Médio Tapajós em um contexto de resistências ante as ameaças produzidas pelo garimpo. Em especial, os efeitos da contaminação por mercúrio e da expansão de infraestruturas como o corredor hidroviário e rodoviário para o escoamento da soja e milho produzidos nas regiões Centro-Oeste e Norte. Com a chegada da pandemia de Covid-19, desde 2020, temos articulado nossas análises com esse grave problema de saúde. Uma primeira contribuição nesse sentido foi um relatório publicado no Observatório da Covid-19 da Fiocruz⁴. O presente ensaio é, em boa parte, baseado nesse relatório com o aporte de pesquisas em andamento com os Munduruku.

O restante do ensaio está organizado nos seguintes tópicos: discutimos a manutenção de um padrão histórico de colonialismo e subalternização da sociedade brasileira em relação aos povos tradicionais, como indígenas e os de matriz africana. Provocativamente e relacionando ao tema do garimpo, denominamos de padrão-ouro a história de exclusões radicais da sociedade brasileira: uma sociedade branca, de descendência europeia, culta a partir do domínio de referenciais linguísticos e culturais ocidentais, que enxerga o mundo a partir do Norte Global, ou seja, do olhar do colonizador, economicamente dita liberal (embora Estado e iniciativa privada atuem cada vez mais de forma articulada), mas conservadora nos costumes, que silencia e se envergonha de suas raízes ameríndias e africanas. Esse padrão, nos últimos anos de neoliberalismo e neoextrativismo, vem intensificando uma agenda política anti-indígena. Do ponto de vista institucional e do legislativo, inúmeros retrocessos vêm ocorrendo, e incluem a flexibilização para a exploração de Terras Indígenas (TI) e a tese do Marco Temporal ainda em discussão no Supremo Tribunal Federal (STF).

Na sequência, discutimos como a expansão da mineração, do garimpo e dos impactos do

modelo de desenvolvimento neoextrativista expressam a continuidade e o agravamento do colonialismo persistente na política indigenista brasileira. Isso é ilustrado no tópico seguinte com a apresentação do caso do povo Mundurucu da região do Tapajós, no Pará. Esse povo vem sofrendo com os inúmeros efeitos do garimpo de ouro na região, incluindo as recentes ondas de violência e ameaças à vida de lideranças. Concluímos o ensaio com algumas reflexões sobre a importância estratégica da defesa da saúde e dos territórios indígenas para o futuro da democracia, da sustentabilidade ambiental e da necessária transição civilizatória. Acreditamos que a mudança do modelo de desenvolvimento neoextrativista necessitará do aprofundamento do diálogo interdisciplinar e intercultural entre a academia, os movimentos sociais e o conjunto da sociedade brasileira com as lutas sociais dos povos indígenas.

A agenda política anti-indígena e retrocessos recentes em tempos de Covid-19

Para as epistemologias do Sul, o fim do regime colonial não implicou o fim do colonialismo³. Este se articula aos outros dois eixos de dominação e opressão da modernidade, o capitalismo e o patriarcado, cujas consequências marcam as relações entre a sociedade brasileira e os grupos que originariamente habitam o território hoje chamado de Brasil, mas que são subalternizados e discriminados por suas características étnicas e raciais. Ao se afastarem do que chamamos antes de padrão-ouro da sociedade brasileira, povos indígenas e de matriz africana, além de camponeses, tornam-se mais vulneráveis a inúmeras formas de violação dos seus direitos fundamentais, e por isso precisam realizar lutas sociais com mais vigor para vê-los respeitados.

Nas últimas décadas, as lógicas de exclusão radical, violência e subalternização vêm sendo acentuadas pelo modelo neoextrativista puxado por setores como a mineração e o agronegócio, e pela construção de infraestruturas como hidrelétricas, rodovias, hidrovias e portos de exportação. É nesse contexto que o neoextrativismo pode ser compreendido como o modelo de desenvolvimento inserido de forma subalternizada na economia internacional, baseado na apropriação de recursos naturais e apoiado em redes produtivas pouco diversificadas. Porém, agora não transitam apenas na forma de mercadorias, mas também de ativos financeiros, já que, nos mercados de mercadorias e futuros, transacionam-se tanto as extrações atuais quanto aquelas que serão realizadas futuramente, ou seja, também se especula sobre a capacidade de os grupos econômicos multinacionais conseguirem impor seus interesses sobre os territórios⁵.

Devido à rapidez das mudanças nas expectativas e nas pressões sobre as corporações e governos, o neoextrativismo intensifica a degradação ambiental e vulnerabiliza ainda mais os povos que vivem com e dependem da natureza. Com trabalhadoras/es precarizadas/os que vivem nas periferias urbanas sem saneamento, moradia digna e transporte adequados, além dos profissionais de saúde, tais povos e grupos sociais são especialmente vulneráveis a diversos riscos à saúde, inclusive à pandemia de Covid-19⁴.

Com relação à atual pandemia e os povos indígenas, estudos recentes indicam sua maior vulnerabilidade⁶. Organizações indigenistas, ambientalistas, de defesa dos direitos humanos, da saúde pública, ligadas às igrejas e até mesmo os Ministérios Públicos se posicionaram a respeito da urgência de medidas serem coordenadas nacionalmente para evitar a expansão da epidemia e suas consequências mais graves e de curto prazo. Entretanto, apenas medidas parciais foram implementadas sob a forte pressão da sociedade civil e, em parte, acolhidas pelo STF. Diante da fragilidade institucional, diversas medidas

vêm sendo realizadas de forma autônoma por organizações indígenas como a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (Apib) em parceria com universidades e Organizações Não Governamentais. Elas têm sido responsáveis pela criação de redes de promoção, vigilância e cuidado à saúde que buscam integrar práticas populares e técnico-científicas.

Essas disputas adquirem uma feição político-ideológica quando a presidência da República, o Congresso Nacional e setores do judiciário não conseguem estabelecer e coordenar uma agenda mínima de ação. Assim, uma série de fatores conflui para ampliar a vulnerabilização dos povos indígenas brasileiros à Covid-19 e a outros processos que ameaçam suas vidas.

Após a Constituição Cidadã de 1988, diversas pressões continuaram a abalar os direitos conquistados pelos povos e comunidades tradicionais. As tentativas de flexibilização dos territórios indígenas adiante da mineração e do garimpo teve por marco uma ação movida por deputados e senadores do estado de Roraima para sustar a portaria de homologação assinada pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva em abril de 2005. Ela criou uma área de 1,7 milhão de hectares que seria de usufruto exclusivo dos povos Wapixana, Ingaricó, Macuxi, Patamona e Taurepangue sob a denominação de TI Raposa Serra do Sol, e a demarcação afetava principalmente produtores de arroz.

Nessa época, o STF colocou 19 condicionantes que definiam as bases para a legitimidade do processo de demarcação, sendo uma delas de especial relevância, o chamado Marco Temporal. Ele estabelecia que os indígenas deveriam estar no território em disputa por ocasião da promulgação da Constituição de 1988⁴. Apesar de o STF ter assumido que essa decisão não seria vinculante, isto é, que só se aplicava àquele caso específico, ela acabou sendo apropriada por outras instituições do Estado de Roraima e está sendo usada como pretexto para negar a demarcação de TI de povos que, ao longo de sua história, foram expulsos ou compulsoriamente transladados

de seus territórios tradicionais. Tal interpretação foi recentemente assumida pelo Parecer 001/2017 da Advocacia-Geral da União, que estabeleceu a tese do marco temporal como parâmetro a ser seguido pela Fundação Nacional do Índio (Funai) em todos os processos de demarcação dali em diante. Essa posição foi questionada tanto pelo Ministério Público Federal quanto pelo movimento indígena e seus parceiros indigenistas, tendo sido interpretada como uma concessão do então presidente Michel Temer aos interesses do agronegócio e da mineração. Posteriormente, os efeitos do parecer foram suspensos em 7 de maio de 2020 pela decisão liminar concedida pelo ministro Edson Fachin, e em breve o STF se posicionará sobre o Marco Temporal, o que tem mobilizado várias manifestações de organizações indígenas e parceiras.

Desde então, surgiram outras ameaças aos direitos fundamentais dos povos indígenas. Além da luta diária pela sobrevivência no contexto da maior ameaça sanitária deste século, eles também estão mobilizados em torno da resistência ao Projeto de Lei (PL) nº 191/2020, proposto pelo governo do presidente Jair Bolsonaro, o qual tem atuado no sentido de desconstruir a política territorial indigenista vigente. Logo no primeiro mês de governo, publicou medida provisória sobre a reorganização do Executivo federal que transferia a Funai para a pasta do Ministério da Agricultura, um ministério que historicamente tem privilegiado o agronegócio. Essa ação foi vetada pelo Congresso Nacional e, posteriormente, sustada por decisão do STF. Porém, continuaram as tentativas de submeter os territórios indígenas à lógica do agronegócio. Isso ocorreu por ocasião do discurso de abertura na Assembleia Geral das Nações Unidas, em setembro de 2019, quando o presidente Jair Bolsonaro abriu espaço para supostos representantes de ‘agricultores indígenas’ não reconhecidos por seus pares no movimento indígena como lideranças de seus povos.

Entre as principais críticas ao PL 191/2020, está o fato de ele excluir do rol de TI todas

aquelas que ainda estão em alguma etapa do processo administrativo de demarcação e que, por isso, ainda não foram homologadas. Isso está em consonância com a recente Instrução Normativa (IN) nº 9/2020 da Funai, que também limita a categoria de TI àquelas já homologadas para efeitos de emissão de declaração de limites e resposta a consultas oficiais sobre a existência ou não de TI em determinadas áreas. O PL reduz mais os direitos indígenas ao permitir a mineração, o garimpo, a agricultura com transgênicos, além da construção de aproveitamentos hidrelétricos nesses territórios. Se aprovada, essa lei vai, na prática, transferir para o Executivo a prerrogativa constitucional do Congresso Nacional de autorizar mineração e garimpo em TI. Também impedirá o poder de veto dos povos indígenas sobre essas questões, limitando a consulta a um processo formal de negociação de compensações. O PL também prevê a autorização imediata de todos os requerimentos minerários anteriores à homologação das TI. Isso afetaria diretamente, segundo o Instituto Socioambiental (ISA), 237 TI (175 não homologadas e 62 homologadas), sobre as quais existem cerca de 3.843 requerimentos de pesquisa e lavra na Agência Nacional de Mineração (ANM). Em um primeiro momento, cerca de 25 grupos indígenas em isolamento voluntário ou de recente contato também seriam afetados.

Além dos efeitos do PL 191/2020 e da IN/Funai/9/2020, que mais diretamente beneficiam interesses de garimpeiros e mineradores, os povos indígenas atualmente ainda enfrentam outra importante tentativa de flexibilização de seus direitos territoriais, a Medida Provisória nº 910/2019. Seu objetivo é ‘modificar a sistemática legal que trata da regularização fundiária das ocupações incidentes sobre terras situadas em áreas da União’. Essa medida acabou não sendo votada e foi substituída pelo PL nº 2.633/20, que foi recentemente aprovado pela Câmara dos Deputados em 3 de agosto de 2021, e aguarda ser apreciado pelo Senado Federal. O PL amplia o tamanho de

terras da União que podem ser regularizadas sem vistoria prévia pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (Incra), tendo sido chamada pela bancada do agronegócio de ‘PL da Regularização Fundiária’, enquanto ambientalistas, movimentos sociais e indígenas a denominam de ‘PL da Grilagem’. No momento da entrega do artigo, esperava ser apreciado para votação no Senado.

O projeto, assim como a medida provisória que o antecedeu, foi considerado pelo Ministério Público Federal como um ‘estímulo à grilagem de terras públicas’ com potencial para ampliar o desmatamento, intensificar os conflitos territoriais no campo e frear ainda mais a política de reforma agrária no País. Segundo diversas entidades, apesar da flagrante inconstitucionalidade do PL, a sua aprovação pelo Congresso Nacional permitiria que o Incra emitisse títulos sobre as áreas em processo de demarcação, consolidando uma agenda anti-indígena bem como contra outros grupos vulnerabilizados, como quilombolas, comunidades tradicionais e camponeses.

A situação se agrava ainda mais devido à crescente fragilização das agências estatais que atuam nos territórios indígenas, como a já citada Funai, o Instituto Brasileiro de Meio Ambiente e Recursos Naturais Renováveis (Ibama) e até mesmo a Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai). Esse processo tem sido denunciado pela Apib e por outras organizações da sociedade civil, justamente em um momento de pandemia e de necessidade de recursos para que as instituições responsáveis possam atuar mais efetivamente no atendimento da população indígena. Ela é ameaçada tanto pela Covid-19 e por outras doenças preexistentes como a malária, mas também por outros problemas de saúde decorrentes da exposição a subprodutos do garimpo e da mineração, em especial, a intoxicação crônica por mercúrio.

A mineração e o garimpo só não são atualmente legalizados nos territórios indígenas devido à falta da regulamentação necessária, mas está prevista na Constituição. O PL

191/2020, que pretende fazê-lo, considera o licenciamento dessas atividades nas TI como uma prerrogativa exclusiva do Estado. Dessa forma, aliena os povos indígenas do seu direito à consulta prévia, livre e esclarecida tal como previsto na Convenção nº 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), hoje incorporada em nosso ordenamento jurídico. Isso vulnerabiliza esses povos em tempos de crises econômicas e sociais, fazendo-os arcar com os custos do desenvolvimento que é dito como necessário para geração de emprego e renda para toda a sociedade nacional, ao mesmo tempo que não se discute seriamente alternativas de desenvolvimento mais sustentáveis e socialmente justas.

O garimpo e a mineração não afetam os territórios indígenas apenas por meio dos impactos diretos relacionados com a perda do território, o desmatamento, a poluição dos rios, a diminuição ou degradação das terras agricultáveis, ou pela redução na variedade e disponibilidade de caça e outros frutos da floresta, dos campos e das águas, importantes para sua alimentação e autocuidado à saúde. Também impulsionam uma série de outras atividades produtivas correlatas que são necessárias à sua manutenção, como a construção civil, a geração e transmissão de energia elétrica, o sistema de transporte dos minérios (como minerodutos, ferrovias e hidrovias), as indústrias de transformação, como a siderúrgica, e a infraestrutura de exportação como portos e complexos portuários. Todos esses empreendimentos intensificam os impactos sobre os territórios localizados nas áreas de influência direta das minas, e sobre territórios de povos e comunidades tradicionais, muitos localizados a milhares de quilômetros de onde o minério é extraído.

No caso do garimpo, as atividades de exploração se articulam a outras economias informais, muitas vezes marginais e ilegais denominadas por Milton Santos de circuitos inferiores do capitalismo⁷. São atividades que agravam os processos de vulnerabilização e violência relacionados com a extração e o

comércio de ouro e envolvem armas, drogas e prostituição. Além disso, o próprio mercúrio é um metal altamente tóxico usado nos processos de concentração do ouro que contamina rios, peixes e, dessa forma, populações indígenas e ribeirinhas. O mercúrio usado no garimpo é de origem estrangeira e, em sua grande maioria, ilegal, já que não obedece à Convenção de Minamata, da qual o Brasil é signatário, sendo comprado sem nota fiscal pelos garimpeiros⁸.

Por esses motivos, a perspectiva de permitir essas atividades dentro dos territórios indígenas pode ter efeitos que atualizam as políticas coloniais de extermínio que todo o ordenamento jurídico elaborado no último século buscou evitar. Se hoje eles alcançaram um equilíbrio legal precário com a atual legislação indigenista, a qual concede direitos que eles têm grande dificuldade de efetivar, a flexibilização dessa legislação em benefício do restante da sociedade, em especial, os grupos econômicos que sustentam o neoextrativismo, é uma forte ameaça ao modo de vida e meios de subsistência dos povos indígenas.

O caso dos Munduruku do Tapajós: conflitos e ameaças relacionados ao garimpo

Os conflitos territoriais vividos no presente pelo povo Munduruku na bacia do rio Tapajós, no Pará, em especial o relacionado com o garimpo, são importantes exemplos de como atividades relativas ao modelo desenvolvimentista e neoextrativista desestruturam o cotidiano indígena nos territórios onde atuam. O primeiro elemento a se levar em consideração nesse tipo de conflito é como dado espaço geográfico é visto pelos diversos agentes que nele interagem.

Para os Munduruku, o Tapajós é simultaneamente território e uma herança legada a eles por *Karosakayban*, uma divindade fundamental em sua cosmovisão. Já para o Estado

brasileiro, o Tapajós é o principal rio de uma bacia hidrográfica, a Tapajós-Teles Pires, que se inicia em Sorriso/MT e tem sua foz no rio Amazonas, na altura de Santarém/PA. Para diversos agentes econômicos, a água é vista enquanto recurso natural, base potencial para hidrelétricas e meio de navegação a partir da instalação de uma hidrovia, e como parte da chamada Província Mineral do Tapajós (PMT), uma área aurífera de cerca de 100 mil quilômetros quadrados considerada uma das maiores jazidas submersas de ouro do mundo⁹.

Um mesmo rio pode ser parte fundamental do modo de vida de um povo, insubstituível por nenhum outro devido ao seu caráter cosmológico e sagrado, ou apenas fonte de riqueza e recursos naturais para empresas e corporações, com o apoio do Estado moderno na estruturação do desenvolvimento. As riquezas dali extraídas se realizam enquanto *commodity*, reserva de valor ou valor de troca em mercados internacionais hegemônicos pelos países centrais do sistema-mundo¹.

Os Munduruku tendem a identificar como seus opositores nos conflitos os agentes mais visíveis no território, como os garimpeiros, as empresas da cadeia do garimpo sediadas em cidades como Itaituba e Jacareacanga (PA), e até mesmo o Estado brasileiro. Este assume sistematicamente o papel de tutelar, intermediar e regulamentar os interesses de projetos de desenvolvimento econômico, ou ainda por omissão na fiscalização do garimpo, particularmente o ilegal. Contudo, a atividade do garimpo de ouro só se torna economicamente viável a partir de circuitos globais de troca que articulam diferentes escalas entre os circuitos econômicos superiores e legais do ouro com circuitos inferiores frequentemente ilegais. São dinâmicas complexas e pouco visíveis no nível local onde se realiza o garimpo, e isso dificulta a capacidade de incidência do povo Munduruku nos processos decisórios que os afetam.

Ocasionais e estratégicas alianças com grupos acadêmicos e movimentos ecológicos nacionais e internacionais têm ajudado a impedir a continuidade de certos

empreendimentos, como a Usina Hidrelétrica São Luiz do Tapajós, ou amplificam as denúncias desse povo. Porém, têm pouca influência sobre o mercado internacional do ouro, cujos preços são determinados por macrodeterminantes econômicos, muitos deles invisibilizados pela forma como funcionam e se integram com os circuitos inferiores, ignorando os destinos dos povos e dos ecossistemas amazônicos.

Essas múltiplas escalas do conflito ambiental e as dificuldades do povo Munduruku em atuar para muito além da escala territorial mais próxima fazem com que os efeitos das suas ações também sejam limitados, no máximo, às arenas nacionais de decisão. Ocasionalmente, realizam eventuais incursões a Brasília, onde se aliam a outros povos em momentos estratégicos de discussão da legislação territorial (como no caso do julgamento do Marco Temporal), ambiental ou de regularização do garimpo. Já o Brasil tem uma influência limitada na definição das regras globais dos mercados de minerais, embora possua algumas das maiores jazidas do mundo e seja um importante *player* nesse mercado. Trata-se de uma situação distinta do mercado do petróleo, pois a Organização dos Países Exportadores de Petróleo (Opep) atua como um ativo agente de pressão. No caso do mercado do ouro e de outras *commodities*, os países consumidores mais poderosos hegemônicos definem os preços, estimulando a concorrência entre os países produtores.

A falta de soberania é um paradoxo persistente em sociedades ricas em determinadas *commodities*, porém subalternizadas por estarem inseridas como periféricas no sistema-mundo capitalista, também caracterizadas como de capitalismo dependente¹⁰. Por seu baixo desenvolvimento tecnológico e social, bem como suas heranças coloniais, tais países acabam tendo de importar outras mercadorias fundamentais, inclusive alimentos, levando-os a sucessivas crises econômicas e sociais decorrentes das oscilações periódicas nas cotações internacionais dessas *commodities*. Trata-se de uma característica marcante da economia brasileira durante todo o seu período colonial

e pós-independência até meados do século XX, quando iniciou sua industrialização com espaços para políticas desenvolvimentistas menos dependentes.

Com a expansão do modelo neoextrativista em fins do século XX e na continuidade do XXI, vem ocorrendo um bloqueio recente a estratégias mais autônomas de desenvolvimento de governos progressistas, por exemplo, a relação Sul-Sul e a inserção do Brasil nos Brics. Esse risco está cada vez mais presente devido ao atual aprofundamento do processo de desindustrialização nacional, das injustiças do comércio internacional de *commodities* e do papel da ação imperial dos Estados Unidos da América na disputa do controle geopolítico da América perante o crescimento chinês. Nesse sentido, a relevância política e econômica de setores-chave do neoextrativismo (agronegócio e mineração) representa um enorme desafio para a retomada de políticas mais soberanas e menos dependentes para o Brasil e o conjunto da América Latina.

No caso do território Munduruku, estima-se que o garimpo do ouro já ocorresse desde que as primeiras frentes de colonização europeia iniciaram as explorações ali no século XVI. Embora presente desde muito cedo de forma artesanal, com bateia e recursos manuais, as empreitadas garimpeiras intensificaram-se a partir de 1970 quando novas tecnologias foram introduzidas, permitindo a expansão espacial da atividade e a intensificação da extração do ouro em pó. O mercúrio tornou-se desde então um elemento fundamental nesse processo. Tão importante quanto as grandes embarcações e maquinário pesado hoje utilizados no garimpo no Tapajós, esse raro metal, que se apresenta naturalmente em estado líquido, agrega-se facilmente ao ouro em pó formando um composto denominado de amálgama, sendo este posteriormente aquecido para separação do ouro. Entretanto, o mercúrio também é um metal tóxico para a maioria dos seres vivos, inclusive os humanos, e acumula-se na gordura animal após processos de bioacumulação e biomagnificação, fazendo com que os animais

que ocupam as posições superiores da cadeia alimentar, inclusive grupos humanos indígenas e ribeirinhos, recebam altas doses através da alimentação principalmente de peixes, o que ocasiona problemas de saúde, como neuropatias e doenças hepáticas, além de impactos no desenvolvimento infantil¹¹. Além das comunidades que vivem ao longo dos rios, os próprios garimpeiros são contaminados durante seu processo de trabalho, especialmente durante a queima do amálgama.

Em geral, a economia do garimpo está estruturada em duas classes bem distintas. Os garimpeiros, em geral, são pobres ou empobrecidos, e atuam de maneira informal. Diferentemente das empresas mineradoras e do comércio legal de ouro, eles estão longe dos circuitos superiores de poder e do mercado formal do ouro, o qual se alimenta dos circuitos inferiores e frequentemente ilegais. O horizonte do garimpo artesanal é limitado e de curto prazo para os garimpeiros, voltados à subsistência imediata da família; mas, o garimpo sustenta uma classe política formada pelos donos dos equipamentos que contratam garimpeiros, negociam frentes de garimpo e realizam a fase inicial do comércio de ouro. Essa classe mais poderosa de 'garimpeiros' envolve empresários locais com crescente expressão na estrutura política da região e mesmo em âmbito nacional¹².

Os trabalhadores do garimpo, portanto, muitas vezes oriundos dos próprios povos indígenas e das comunidades ribeirinhas, acabam subordinados a empresários locais que financiam e organizam uma atividade cada vez mais mecanizada e cara. Dependentes de tecnologias como escavadeiras, barcos, combustíveis, mercúrio e outros insumos de alto valor, dificilmente os garimpeiros locais poderiam pagar por conta própria¹². Assim, enquanto um grande contingente de pessoas ligadas à atividade consegue auferir apenas o suficiente para assegurar a própria subsistência, há empresas e pessoas físicas que acumulam ilegalmente licenças para garimpo e auferem lucros significativos, conectando

as elites locais com o mercado global do ouro a partir de circuitos que muitas vezes envolvem também atividades ilegais, como o tráfico de drogas, de armas, redes de prostituição e distribuição de bebidas. Dessa forma, o neo-extrativismo do garimpo de ouro, em nível local, reproduz as desigualdades e as injustiças que marcam esse mercado em nível global, na relação entre os países envolvidos, porém agravando as características de violência e espoliação típicas do padrão colonial que persiste e se reatualiza.

A economia do garimpo se estrutura às margens da legislação e da economia formal, aproveita-se até os dias de hoje da imagem social do garimpeiro como um trabalhador a serviço da sua família e do garimpo como uma atividade quase artesanal que pode gerar riqueza no curto prazo, uma dimensão simbólica marcante da exploração de metais e pedras preciosas. Foi essa perspectiva que, em 1983, justificou a criação da Reserva Garimpeira do Tapajós pelo Ministério de Minas e Energia (MME). Embora a atividade ainda seja intensiva no uso de mão de obra local, na atualidade, ela cada vez menos corresponde a essa narrativa recorrente. Se, por um lado, grupos políticos locais e nacionais permanecem mobilizando-a para legitimar as tentativas de regularização do garimpo em TI; por outro, os principais beneficiados por uma eventual aprovação dos vários PL nesse sentido seriam os grupos econômicos que já atuam na região e as grandes multinacionais da mineração, como a Vale, a AngloGold Ashanti e a Kinross, gigantes nesse mercado com atuação em diversos países.

É por esse motivo que, embora no passado muitos Munduruku tenham atuado no garimpo, e atualmente alguns membros da etnia ainda participem em posições subalternas nessa cadeia, a partir dos anos 2000, eles começaram a denunciar publicamente seus impactos e do mercúrio sobre as TI já demarcadas (TI Munduruku e Sai Cinza, no alto Tapajós), mas especialmente sobre aquelas em processo de demarcação (Reservas indígenas Praia do Mangue e Praia do Índio e Terras

indígenas Sawré Bapin, Sawré Jaybu e Sawré Muybu no Médio Tapajós).

Um marco nessa luta aconteceu naquele ano, quando os Munduruku detiveram garimpeiros em suas terras e servidores da Funai para pressionar o Estado brasileiro a reconhecer o problema¹³. Desde então, as estratégias de ação dos Munduruku sobre o tema tem se multiplicado e diversificado, vão desde articulações com o Ministério Público Federal no Pará (MPF/PA), a projetos de pesquisa colaborativos com instituições públicas de saúde, como a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), passando por projetos de pesquisa arqueológicos conduzidos em conjunto com estudantes Munduruku da Universidade Federal do Oeste do Pará (Ufopa)¹⁴, e construção de documentários, como o recente 'Fio da Meada' do cineasta brasileiro Silvio Tendler, este tendo por corrotistas dois pesquisadores do Núcleo Ecologias, Epistemologias e Promoção Emancipatória da Saúde (Nepes/Fiocruz).

Por outro lado, tais estratégias de resistência de determinados grupos Munduruku ao garimpo coexistem com outros grupos da mesma etnia que mantêm algum nível de acordo com os garimpeiros. De acordo com Sposati¹¹⁽⁴⁶⁾, há aldeias no município de Jacareacanga, no alto Tapajós, onde o dinheiro do garimpo, a partir de acordos informais com as lideranças, financiava

Uma casa de apoio em Jacareacanga. Garantiam a geração de energia para a aldeia. [...]. Os alunos que estudam fora eram mantidos com o dinheiro da mensalidade do garimpo, e tudo o que era [era] de toda a comunidade.

Essas diferentes estratégias de sobrevivência perante a devastação causada pelo garimpo, que vão dos acordos à ação direta contra os garimpeiros, passando por articulações com o Estado, a sociedade civil e a mídia, tensionam a vida nos territórios Munduruku, pois estabelecem campos de disputa tanto intraétnicos quanto interétnicos. Ou seja, fracionam a necessária articulação interna em momentos

em que as pressões externas demandam uma ação colaborativa. Isso não significa que haja uma separação radical entre as várias aldeias: se a questão do garimpo os divide, outras questões mobilizam articulações, como a luta pela demarcação dos territórios e contra a instalação de barragens ao longo da bacia do rio Tapajós. O Tapajós e o Teles Pires são rios que, pela geologia de seus percursos, apresentam muitas quedas d'água e cachoeiras, o que os torna propícios para a instalação de usinas e pequenas centrais hidrelétricas. Em um levantamento recente feito pelos Munduruku e seus aliados, foram identificados 43 pontos na bacia considerados pelo Estado brasileiro como de grande potencial para esse tipo de usina, que juntas poderiam gerar até 30 MW¹⁵.

Essa multiplicidade de conflitos dentro do território do povo Munduruku impõe a necessidade de acordos internos mínimos, e faz com que, mesmo tensionados pelo garimpo em diversas dimensões de seu cotidiano, os Munduruku continuem a construir mecanismos de coesão política ante as várias forças que os pressionam. Há, entretanto, períodos em que as correlações de força políticas e econômicas fazem com que esse tenso equilíbrio interno, e nas relações com os garimpeiros, rompa-se, e a violência assume o lugar da negociação e da denúncia pública.

Foi o que ocorreu em novembro de 2012, quando Adenilson Kirixi Munduruku foi assassinado. O caso se tornou um símbolo da luta dos Munduruku por seu território, e iniciou um longo período de tensionamento, pois os Munduruku, por diversas vezes, denunciaram a leniência do Estado nas investigações e julgamento do caso, e da truculência da Polícia Federal, que, sob a alegação de combater o garimpo ilegal, causou violência nas aldeias do alto Tapajós, como durante a chamada Operação Eldorado¹⁶, quando o líder indígena Adenilson Kirixi Munduruku foi assassinado.

A mais recente situação de violência no território aconteceu em 25 de março de 2021, quando um grupo de garimpeiros, alguns do

próprio povo Munduruku, invadiu e incendiou a sede de três associações Munduruku: Associação das Mulheres Munduruku Wakobor n, Associação Da'uk e Associação Arikico, sendo que nesta também funcionava o Movimento Munduruku Ipereg Ayu e o Conselho Indígena Munduruku do Alto Tapajós (Cimat), conforme denunciado publicamente pelas entidades em carta pública divulgada na ocasião¹⁶. Esse evento ocorreu no esteio da intensificação do garimpo no território Munduruku e do fortalecimento político dos grupos pró-garimpo a partir de sinalizações públicas do governo federal de que a atividade seria legalizada e que as ações de fiscalização do Ibama seriam enfraquecidas.

Situações como essa apontam para a complexidade do contexto político e territorial da região, onde a ação estatal, desde o período colonial, tem contribuído para o esgarçamento das relações intraétnicas e para um crescente processo de vulnerabilização daquele povo que o deixa exposto simultaneamente aos riscos ambientais e à violência, muitas vezes fratricida. Esse é o efeito de uma política indigenista que não reconhece a autonomia dos povos indígenas para decidir seu próprio futuro, mas, ao contrário, os pressiona ao difícil dilema entre abandonar seu modo de vida e incorporar-se nas próprias atividades que destroem seus territórios, muitas vezes à revelia das decisões coletivas de seu próprio povo; ou a um desigual e difícil enfrentamento que os leva simultaneamente a conflitos com forças estatais e sociais poderosas. Embora oficialmente não se afirme o extermínio indígena como política de Estado, como no período colonial, ações e omissões políticas têm levado aos mesmos resultados, o que se colocou de forma mais óbvia com a pandemia de Covid-19, mas também ocorre com inúmeras ações, como o apoio ao garimpo, mineração, agronegócio e grilagem de terras na região que estão por detrás do modelo neoextrativista.

Considerações finais: a crise atual exige a superação do modelo de desenvolvimento neoextrativista

Acreditamos que a defesa dos direitos territoriais e da saúde dos povos indígenas implica um aprofundamento do diálogo interdisciplinar e intercultural entre a academia e o conjunto da sociedade brasileira com tais povos, não apenas para defender a sustentabilidade dos ecossistemas e preservar o meio ambiente, mas também para que possamos nos preparar com mais clareza para a necessária transição civilizatória diante das várias crises e injustiças em curso. Entendemos que o atual quadro de degradação ambiental e ameaça aos direitos dos povos indígenas em regiões como a Amazônia encontra-se profundamente conectado ao modelo neoextrativista, dentro do qual está o garimpo de ouro. Esse caso é particularmente relevante para entendermos a especificidade do neoextrativismo e suas consequências políticas, econômicas, sanitárias e ambientais.

Com o fim do acordo de Bretton Woods em 1971, o ouro deixou de ser um lastro financeiro do sistema financeiro internacional para se tornar uma *commodity*¹⁸. Essa passagem provoca, em um primeiro momento, um elevado aumento no preço do ouro e uma corrida em várias reservas auríferas no mundo, inclusive no Brasil e na região do Tapajós por meio do garimpo artesanal, que incorpora investimentos em sua mecanização que ampliam seus impactos socioambientais. Como se tratou de um processo pouco regulado pelo Estado e com forte atuação de agentes econômicos dos circuitos inferiores do capitalismo, o neoextrativismo envolvendo o garimpo ilegal possui fortes conexões com atividades ilícitas, o que traz uma dimensão ainda mais violenta para a expansão dessa atividade.

Como o ouro é uma fonte de riqueza com expressão econômica, política e simbólica que assume influências crescentes na política e no Estado, são geradas tensões e contradições

entre a visão modernizadora e desenvolvimentista do Estado com os retrocessos do neoextrativismo na continuidade do que denominamos de colonialismo persistente do ‘padrão-ouro’ na região. As violências e as espoliações características das exclusões radicais e das linhas abissais do colonialismo³ assumem contornos semelhantes aos séculos anteriores a ele nas Américas em pleno século XXI, o que se choca com as pretensões de civilidade do Estado Democrático de Direito.

Nesse sentido, o neoextrativismo vincula-se à expansão do fascismo social e a grupos de extrema-direita que unem não apenas forças racistas, autoritárias e negacionistas com as do capital financeiro e representantes do neoliberalismo, mas também aquelas assentes em atividades dos circuitos inferiores, como o garimpo e comércio de ouro, a grilagem de terras, a segurança privada e os grupos de extermínio. No contexto urbano, também encontramos expressões similares dos circuitos inferiores no crescimento não apenas do narcotráfico, mas também das milícias e grupos político-ideológicos que pregam, contraditoriamente, o uso da violência contra a criminalidade e que se opõem aos grupos que defendem os direitos humanos.

Acreditamos que, ao discutirmos a economia e a ecologia política do neoextrativismo no Brasil, poderemos contribuir para a compreensão das dinâmicas econômicas, políticas e culturais que desembocaram no abismo do fascismo social em curso no País, principalmente após a retirada inconstitucional da presidenta Dilma Rousseff em 2016. Estava em curso, sem muita clareza à época, o crescimento de grupos de extrema-direita que alcançaram um poder político-institucional inédito desde a última eleição presidencial com o apoio de forças políticas como o agronegócio que, pouco antes, formavam o governo de coalização do Partido dos Trabalhadores. Ao longo do artigo, buscamos apresentar elementos que buscam conectar o modelo neoextrativista e as recentes mudanças político-institucionais em curso, que se caracterizam por serem claramente anti-indígenas.

Por isso, a crise democrática, socioambiental e sanitária em curso exigirá, para além da busca por soberania econômica e tecnológica, e de lutas antirracistas, a busca por alternativas ao modelo desenvolvimentista e neoextrativista. Trata-se de lutas por justiça cognitiva que exigem novas formas de pensar e sentir, de articular razão e afeto, de coracionar², e isso faz parte dos desafios da academia nesta e nas próximas gerações.

Os desafios para superar tais problemas não são fáceis, mas passam necessariamente por uma transição para economias e formas de organização social mais harmoniosas entre sociedade e natureza. O caso dos povos indígenas e da luta dos Munduruku pela demarcação de suas terras e o enfrentamento do garimpo de ouro representa mais que um caso isolado de resistência. Podemos aprender com eles a reinventar outras formas de territorialidade, de políticas públicas e economias mais solidárias em direção a outros futuros possíveis mais justos, inclusivos e sustentáveis, ainda que difíceis de imaginar no atual cenário desenvolvimentista, neoextrativista e conservador. Por isso, sugerimos a todos que lerem este ensaio que assistam ao média-metragem ‘Garimpo, natureza e conflitos ambientais no Médio Tapajós’¹⁹ (<https://bit.ly/3J89WCa>), construído em uma parceria entre o Neepees/

Fiocruz, a Associação Pariri e a produtora audiovisual Couro de Rato. Nele, trazemos as vozes dos próprios Munduruku e sua sabedoria para que todos/as possamos compreender o que está realmente em jogo no rio Tapajós nesse momento.

Uma maneira de explicitar esse problema foi recentemente formulada a nós pelos Munduruku em trabalho de campo por meio da seguinte questão: por que os *Pariwat* (homens brancos) matam e morrem tanto por ouro se não vemos sua aplicação nos produtos que são usados no cotidiano? Os Munduruku sabem que o uso ornamental em cordões e pulseiras representa apenas uma parcela ínfima do ouro garimpado na região. Para onde então estaria indo esse ouro, e quais interesses eles servem? Responder essa pergunta aos Munduruku significa também respondermos a nós mesmos: até quando e o que precisamos fazer para deixar de matar e morrer por riquezas materiais que impedem a vida no planeta e a felicidade de tantos seres humanos?

Colaboradores

Porto MFS (0000-0002-9007-0584)* e Rocha D (0000-0002-7909-2125)*, contribuíram igualmente para elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Wallerstein I. *The capitalist world-economy*. Cambridge: Cambridge University; 1979.
2. Porto MFS, Rocha DF, Fasanello MT. Saúde, ecologia e emancipação: conhecimentos alternativos em tempos de crise(s). São Paulo: Hucitec; 2021.
3. Santos BSS. *O fim do império cognitivo*. Coimbra: Almedina; 2018.
4. Rocha DF, Porto MFS. A vulnerabilização dos povos indígenas frente ao COVID-19: autoritarismo político e a economia predatória do garimpo e da mineração como expressão de um colonialismo persistente

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- te. Observatório Covid-19 Fiocruz, 2020. [acesso em 2021 ago 14]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/41407>.
5. Gudynas E. Diez tesis urgentes sobre el nuevo extractivismo. In: Centro Andino de Acción Popular – CAAP e Centro Latinoamericano de Ecología Social – CLAES. Extractivismo, política y sociedad. Quito: Centro Andino de Acción Popular: Centro Latinoamericano de Ecología Social; 2009.
 6. Santos RV, Pontes AL, Coimbra JR, CEA. Um “fato social total”: COVID-19 e povos indígenas no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2020 [acesso em 2021 ago 14]; 36(10):1-5. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00268220>.
 7. Santos M. O espaço dividido. São Paulo: EdUSP; 2008.
 8. Brasil. Ministério Público Federal. MPF reafirma incoerência de parecer da AGU sobre marco temporal e demarcação de terras indígenas. MPF Notícias. 2018 ago 15. [acesso em 2020 maio 11]. Disponível em: <https://bit.ly/2SU2dzt>.
 9. Coutinho MCN. Província mineral do Tapajós: geologia, metalogenia e mapa previsional para ouro em SIG. Rio de Janeiro: CPRM; 2008.
 10. Fernandes F. Capitalismo dependente e classes sociais na América Latina. Rio de Janeiro: Zahar; 1972.
 11. Wasserman JC, Hacon SS, Wasserman MA. *Mundo e Vida*. 2001; 2(46):46-53.
 12. Coelho MC, Wanderley LJ, Costa R. Garimpeiros de ouro e cooperativismo no século XXI. Exemplos nos rios Tapajós, Juma e Madeira no sudoeste da Amazônia brasileira. *Confins. Revista franco-brasileira de geografia*. 2017 [acesso em 2021 ago 14]; 33. Disponível em: <https://doi.org/10.4000/confins.12445>.
 13. Sposati R. Por que a Polícia Federal matou Adenilson Munduruku? *Brasil de Fato*. 2012 nov 27. [acesso em 2020 maio 11]. Disponível em: <https://bit.ly/3NoVPKU>.
 14. Rocha B, Lourdes R. Na Amazônia, as bibliotecas estão sendo incendiadas. *El País*. 2020 jun 4. [acesso em 2021 abr 10]. Disponível em: <https://bit.ly/3ruBjfl>.
 15. Munduruku AK, Chaves KA. “Precisamos estar vivos para seguir na luta”: pandemia e a luta das mulheres Munduruku. *Mundo Amazônico*. 2020 [acesso em 2021 ago 14]; 11(2):179-200. Disponível em: <https://doi.org/10.15446/ma.v11n2.88662>.
 16. Oliveira RM. O jabuti e a anta: povo Munduruku, hidrelétrica, conflito e consulta prévia na bacia do rio Tapajós. *Amazônica Revista de Antropologia*. 2020 [acesso em 2021 ago 14]; 12(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18542/amazonica.v12i2.7947>.
 17. Associação das Mulheres Munduruku Wakobor n, Associação Da'uk, Associação Arikico, Movimento Munduruku Ipereg Ayu e CIMAT. Denúncia da queima do escritório. *Apib Oficial*. 2021 mar 25. [acesso em 2021 dez 20]. Disponível em: <https://bit.ly/3smO3co>.
 18. Andrade MLA, Cunha, LMS, Gandra GT. Ouro: de lastro financeiro a commodity. *BNDES Setorial*, Rio de Janeiro, 2020; (11):27-46.
 19. Neepes/Fiocruz; Associação Pariri Munduruku; Produtora Couro de Rato. Garimpo, natureza e conflitos ambientais no Médio Tapajós: Diálogos Interculturais. YouTube, Canal Neepes em Movimento. [acesso em 2021 dez 20]. Disponível em: <https://bit.ly/3J89WCa>.

Recebido em 15/08/2021

Aprovado em 23/12/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Programa Inova Fiocruz e VPAAPS/Fiocruz via projeto 'Aprimoramento do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, através do desenvolvimento de estudos, estudos técnicos, pesquisas científicas e ações estratégicas, essenciais para a diversificação, ampliação e qualidade dos serviços de saúde prestados aos indígenas'. A tradução para o inglês recebeu também o apoio parcial do 'Foment Program ENSP 2021'

Assistência Farmacêutica e governança global da saúde em tempos de Covid-19

Pharmaceutical Services and global health governance in times of COVID-19

Alane Andreino Ribeiro¹, Luciani Martins Ricardi², Marcela Amaral Pontes¹, Silvana Nair Leite³

DOI: 10.1590/0103-1104202213318

RESUMO Este ensaio aborda como e em que níveis a Assistência Farmacêutica é atravessada pela dinâmica da governança global da saúde, e como se relaciona com aspectos geopolíticos e socioeconômicos. Tenta-se ir além do acesso a medicamentos e produtos para saúde, abordando também o uso racional de medicamentos, seu impacto na resistência aos antimicrobianos e na saúde dos povos. Além disso, discute como a Assistência Farmacêutica pode ser vista nesse contexto.

PALAVRAS-CHAVE Assistência Farmacêutica. Saúde global. Covid-19.

ABSTRACT *This essay addresses how and at what levels Pharmaceutical Services is affected by the dynamics of global health governance, and how it correlates with geopolitical and socioeconomic aspects. It attempts to go beyond access to medicines and health products, as well as to address the rational use of medicines, the impact in antimicrobial resistance and in people's health. Furthermore, it debates how Pharmaceutical Services can be seen in this context.*

KEYWORDS *Pharmaceutical Services. Global health. COVID-19.*

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

²Ministério da Saúde (MS), Superintendência Estadual do Ministério da Saúde na Paraíba (SEMS-PB) - João Pessoa (PB), Brasil.

³Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) - Florianópolis (SC), Brasil.



Introdução

A governança global da saúde pode atuar por diferentes tipos de instrumentos de regulação. A *hard law*, com instrumentos juridicamente vinculantes, restringe as práticas de países e corporações transnacionais por meio de tratados, convenções, sanções, entre outros. Um dos exemplos de *hard law* na área da saúde, em nível global, é a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da Organização Mundial da Saúde (OMS), que conta com 182 países e uma série de compromissos vinculantes¹. A *soft law* é mais flexível, não possui caráter de obrigatoriedade e concretiza-se por meio de resoluções, diretrizes orientadoras, políticas intergovernamentais, entre outras coisas. A lista de medicamentos essenciais da OMS² é um exemplo de *soft law*.

Além disso, a governança global da saúde também se dá de outras maneiras, fortemente influenciada pelos poderes econômicos e políticos de atores não estatais, que, muitas vezes, ignoram o sistema multilateral e colocam fóruns como a OMS à margem do processo. Entre esses atores, incluem-se as grandes corporações biofarmacêuticas transnacionais, que conseguem influenciar, direta ou indiretamente, a definição de prioridades globais de pesquisa, a configuração de padrões e o estabelecimento de regras para suas atividades no mercado global. Como exemplos, têm-se as regras sobre o comércio de produtos e Propriedade Intelectual (PI) – em particular, no âmbito da Organização Mundial do Comércio (OMC) e da Organização Mundial da Propriedade Intelectual (OMPI) –, as certificações ISO e a padronização de nomenclaturas. Adicionalmente, cada vez mais, as parcerias público-privadas, as grandes instituições filantrópicas e os doadores das Organizações das Nações Unidas (ONU) estão direcionando políticas globais por meio do financiamento a organizações, governos, projetos e estudos que ganham influência política estratégica na área da saúde^{3,4}.

O foco da análise deste ensaio recai sobre as assimetrias entre corporações

biofarmacêuticas transnacionais, governos e sociedade civil. A primeira seção trata de documentos recentes relacionados com formulação de políticas, princípios normativos de direção e documentos de orientação da OMS com interface em ações da Assistência Farmacêutica (AF). Em seguida, é feito um recorte sobre as iniciativas de múltiplos atores vinculadas ao cenário de pandemia de Covid-19, como Covid-19 Technology Access Pool (C-TAP), Access to Covid-19 Tools (ACT) Accelerator, Covid-19 Vaccines Global Access (Covax Facility) e a proposta protocolada por Índia e África do Sul na OMC com o objetivo da isenção temporária de algumas obrigações do Acordo sobre os Aspectos dos Direitos de PI Relacionados com o Comércio (Acordo TRIPS), em relação a prevenção, contenção ou tratamento da Covid-19 (TRIPS Waiver).

Posteriormente, são debatidos os limites e as possibilidades das iniciativas à luz de barreiras e facilitadores da governança global, analisando a predominância dessas iniciativas dentro dos casos e contextos analisados. O texto apoia-se em informações e dados institucionais e na literatura científica. Considera-se a hipótese de que mudanças na dinâmica da governança global da saúde relativas à captura corporativa aprofundam a assimetria da oferta de AF e na situação de saúde das pessoas.

Aspectos da Assistência Farmacêutica na governança global da saúde

A AF atravessa aspectos relacionados com cuidado integrado, garantia do acesso e uso racional de medicamentos. Um importante desafio para as políticas de AF é a iniquidade no acesso aos medicamentos, especialmente devido aos altos preços e à falta de pesquisa de opções terapêuticas para determinadas doenças. Esse desafio aumentou desde o advento do Acordo TRIPS, assinado em 1994 no âmbito da OMC, garantindo, entre outras,

a proteção patentária a produtos farmacêuticos pelo período mínimo de 20 anos. Sob a justificativa de contribuir para a promoção da inovação tecnológica, a transferência e a difusão de tecnologia, a implementação do Acordo TRIPS acarretou o aumento dos custos e a dependência da compra de insumos de laboratórios transnacionais detentores de patentes, criando barreiras para o acesso e favorecendo a comercialização de produtos falsificados e abaixo do padrão como consequência da inacessibilidade⁵.

No entanto, a primeira Resolução da OMS focada especificamente em ‘Direitos de Propriedade Intelectual, Inovação e Saúde Pública’ só foi adotada em 2003⁶, muitos anos após o Acordo TRIPS. A partir desse ponto, a OMS converteu-se em mais um fórum de discussão e análise da temática do impacto de PI sobre a saúde pública, sob um prisma diferente do praticado no âmbito da OMC até então⁵. Nesse sentido, em 2006, foi adotada a Resolução ‘Saúde pública, inovação, pesquisa

essencial em saúde e direitos de propriedade intelectual: em direção a uma estratégia global e plano de ação’⁷; e, em 2008, a Resolução⁸ que culminou na Estratégia Global e Plano de Ação sobre Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual (EGPA)⁹, com o objetivo de promover a inovação em saúde e o acesso a medicamentos. Entretanto, a EGPA ainda não foi implementada integralmente, especialmente devido à oposição veemente de países de alta renda, o que poderia ser interpretado como uma forma de proteger os interesses da indústria biofarmacêutica.

Convocado pelo Secretário-Geral da ONU em 2015, um Painel de Alto Nível sobre Acesso a Medicamentos foi lançado e esclareceu a discussão sobre a exigência de informações claras sobre quanto custa inovar e trazer determinada tecnologia de saúde para o mercado¹⁰. Essa análise também pode ter influenciado instrumentos da OMS que são estratégicos para o acesso a medicamentos e outras tecnologias, como os documentos apresentados no *quadro 1*.

Quadro 1. Documentos recentes das Nações Unidas em interface com a Assistência Farmacêutica. 2021

Tema	Documento
Direitos de propriedade intelectual, inovação e saúde pública	WHO. World Health Assembly. WHA 56.27. Intellectual property rights, innovation and public health Resolution. WHA 28 May 2003.
	WHO. World Health Assembly. WHA61.21. Global strategy and plan of action on public health, innovation and intellectual property. 2008. http://mobile.wpro.who.int/health_research/policy_documents/global_strategy_may2008.pdf
	WHO. Global Strategy and Plan of Action on Public Health, Innovation and Intellectual Property. 2011. https://www.who.int/phi/publications/Global_Strategy_Plan_Action.pdf
	WHO. World Health Assembly. WHA68.18: Global strategy and plan of action on public health, innovation and intellectual property. 2015.
	WHO. World Health Assembly. WHA69.23: Follow-up of the report of the Consultative Expert Working Group on Research and Development: Financing and Coordination. 2016.
	WHO. World Health Assembly. WHA71.9: Global strategy and plan of action on public health, innovation and intellectual property: overall programme review. 2017.
	WHO. World Health Assembly. WHA71.13: Global strategy and plan of action on public health, innovation and intellectual property: overall programme review. 2018.
	WHO. World Health Assembly. Resolution WHA73.1: COVID-19 response. 2020. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_R1-en.pdf

Quadro 1. (cont.)

Tema	Documento
Expansão do acesso a medicamentos e outras tecnologias	<p>UN. United Nations General Assembly. Resolution UN A/RES/74/274. Resolution adopted by the General Assembly on 20 April 2020. International cooperation to ensure global access to medicines, vaccines and medical equipment to face COVID-19. 2020. https://undocs.org/en/A/RES/74/274</p> <p>UN. United Nations General Assembly. Resolution UN S/RES/2565 (2021). Resolution adopted by the General Assembly on 26 February 2021. 2021. https://undocs.org/en/S/RES/2565(2021)</p> <p>WHO. World Health Assembly. WHA70.12: Cancer prevention and control in the context of an integrated approach. 2017.</p> <p>WHO. World Health Assembly. WHA71.8: Addressing the global shortage of, and access to, medicines and vaccines. 2018.</p> <p>WHO. World Health Organization. Roadmap for access to medicines, vaccines and health products 2019-2023: comprehensive support for access to medicines, vaccines and other health products. 2019a. ISBN 9789241517034. https://apps.who.int/iris/handle/10665/330145</p> <p>WHO. Executive Board. Report EB 148/9. Expanding access to effective treatments for cancer and rare and orphan diseases, including medicines, vaccines, medical devices, diagnostics, assistive products, cell- and gene-based therapies and other health technologies; and improving the transparency of markets for medicines, vaccines, and other health products. 2020. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_9-en.pdf</p> <p>WHO. World Health Organization. Resolution WHA73.1: COVID-19 response. 2020. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_R1-en.pdf</p> <p>OEА. CP/doc. 5673/21 rev. 2. Organización de los Estados Americanos. Draft Resolution - The Equitable Distribution of Covid-19 Vaccines. http://www.oas.org/es/council/CP/documentation/var_documents/cpdoc/</p>
Preços de medicamentos	<p>WHO. World Health Organization. Technical report: pricing of cancer medicines and its impacts: a comprehensive technical report for the World Health Assembly. 2018. https://apps.who.int/iris/handle/10665/277190?show=full</p> <p>WHO. World Health Organization. WHO guideline on country pharmaceutical pricing policies. 2020. ISBN: 9789240011878 https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240011878</p> <p>WHO. World Health Organization. Fair pricing of medicines. 2021. https://www.who.int/medicines/access/fair_pricing/en/</p>
Fortalecimento da produção local de medicamentos e outras tecnologias para saúde	<p>WHO. World Health Organization. Resolution WHA 74.6. Strengthening local production of medicines and other health technologies to improve access Draft resolution proposed by China, Eswatini, Ethiopia, Ghana, Kenya, Namibia, Rwanda, South Africa, Sudan, Togo and Zimbabwe. 2021. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_CONF9-en.pdf</p>
Fortalecimento da transparência do mercado farmacêutico e de outras tecnologias para saúde	<p>WHO. World Health Organization. Resolution WHA 72.8. Improving the transparency of markets for medicines, vaccines, and other health products. 2019. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R8-en.pdf</p> <p>WHO. Executive Board. Report EB 148/9. Expanding access to effective treatments for cancer and rare and orphan diseases, including medicines, vaccines, medical devices, diagnostics, assistive products, cell- and gene-based therapies and other health technologies; and improving the transparency of markets for medicines, vaccines, and other health products. 2020. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_9-en.pdf</p>

Fonte: elaboração própria.

Posteriormente, a 41ª sessão do Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas aprovou a Resolução sobre acesso a medicamentos e vacinas no contexto do direito do mais alto padrão possível de saúde física e mental, da qual o Brasil foi um dos países proponentes¹¹. Nessa mesma seara, os signatários da declaração política adotada durante a reunião de Alto Nível sobre cobertura universal de saúde, no âmbito da Assembleia Geral da ONU, comprometem-se a envidar esforços para promover uma gama de mecanismos de incentivo que separam o custo do investimento em Pesquisa

e Desenvolvimento (P&D) do preço e volume de vendas, facilitando o acesso equitativo e acessível a novas ferramentas e outros resultados a serem obtidos por meio de P&D. No entanto, no parágrafo seguinte, apoia apenas o papel desempenhado pelo setor privado em P&D de medicamentos inovadores, deixando de lado o importante papel das universidades e demais instituições públicas em P&D¹².

O tema de acesso às tecnologias de saúde voltou à pauta na 148ª reunião do Conselho Executivo da OMS, instância de discussão e negociação preparatória para a Assembleia

Mundial da Saúde de 2021. Relatório apresentado no tema de determinantes sociais da saúde afirma que

os avanços na tecnologia, o aumento da urbanização e os riscos das mudanças climáticas consolidam as desigualdades existentes e aumentam ainda mais as lacunas nos resultados de saúde¹³⁽¹⁾.

Além disso, o relatório reafirma a distribuição desigual dos ganhos na situação de saúde no último século, dentro e entre os países. Entretanto, o documento não aborda a necessidade de viabilizar uma economia dos cuidados de saúde e bem-estar e de redistribuir poder e recursos, atualmente concentrados em acordos comerciais injustos, privatizações, racismo ambiental oriundo do capitalismo extrativista e outras formas de exploração e espoliação da vida.

Temas relacionados com a AF – tais como cuidado integrado, resistência antimicrobiana, garantia do acesso, uso racional de medicamentos e segurança do paciente na medicação – têm sido recorrentes nos fóruns de governança global da saúde, recebendo especial atenção no contexto do enfrentamento da pandemia de Covid-19, já que as barreiras e as iniquidades no acesso às tecnologias em saúde têm sido evidenciadas, apontando-se que interesses privados têm sufocado interesses de saúde pública nas tomadas de decisões.

Iniciativas vinculadas à Covid-19

Em maio de 2020, foi lançado pela OMS, em parceria com diversos Estados-Membros, o C-TAP, destinado a incentivar a comunidade global a compartilhar voluntariamente conhecimentos, dados e PI, com vistas a acelerar o desenvolvimento de produtos necessários ao combate da pandemia. Infelizmente, os Estados-Membros parecem relutar em exigir a partilha de conhecimento e PI como condição para empresas receberem financiamento público mobilizado

para apoiar pesquisas relevantes. Em janeiro de 2021, as organizações People's Vaccine Alliance e Health Action International (HAI) enviaram uma carta aberta ao Diretor-Geral da OMS expressando preocupação em relação ao progresso do C-TAP, bem como fizeram recomendações referentes à publicação de relatórios periódicos de monitoramento, transparência de dados e informações sobre os acordos de transferência de tecnologia¹⁴.

Por outro lado, a iniciativa Covax Facility, que se restringe ao financiamento de grandes empresas farmacêuticas em troca do fornecimento de doses limitadas de vacina contra a Covid-19 para países previamente identificados, tem recebido maior adesão de países, organizações e empresas. No entanto, a iniciativa não prevê acordos para a transferência de tecnologia, mantendo-se a lacuna de conhecimento de desenvolvimento tecnológico, bem como não dispõe sobre o compartilhamento de PI nem sobre transparência nos acordos com outros países.

Considerando que disputas de patentes emergentes podem afetar a fabricação e o fornecimento de produtos médicos, e em atenção à necessidade de resposta rápida e verdadeiramente global no enfrentamento da Covid-19, em outubro de 2020, a Índia e a África do Sul fizeram uma submissão conjunta ao Conselho do Acordo TRIPS da OMC, a qual ficou conhecida como 'TRIPS Waiver'¹⁵. A proposta buscou obter a isenção temporária da implementação, aplicação e cumprimento de disposições do Acordo TRIPS relacionadas com direitos autorais, desenho industrial, patentes e proteção de informações não divulgadas, a fim de garantir prevenção, contenção e tratamento da Covid-19. É mister apontar que, na apresentação da proposta, enquanto a maioria dos países de baixa e média renda (incluindo a China) apoiou ou se absteve, alguns países de renda alta e média-alta (inclusive o Brasil) opuseram-se. Em declaração sobre a proposta do 'TRIPS Waiver', a União Europeia (UE) afirmou que "não há indicação de que as questões de direitos de PI são uma barreira genuína às tecnologias relacionadas à Covid-19"¹⁶.

Por outro lado, o representante da África do Sul afirmou em reunião formal do Conselho do TRIPS de fevereiro de 2021 que:

Independentemente da quantidade de dinheiro que qualquer país doador possa lançar no problema, o modelo de doação e conveniência filantrópica não pode resolver a desconexão fundamental entre o modelo de monopólio que ele subscreve e o problema com a filantropia é que ela não pode comprar igualdade¹⁷.

Se a isenção fosse concedida, seriam eliminadas importantes barreiras que existem hoje para um melhor acesso aos produtos essenciais relacionados com a Covid-19, possibilitando a diversificação da produção por meio de transferência de tecnologia, o estímulo à inovação e a diminuição dos preços dos produtos. É preciso salientar que países que usaram as flexibilidades TRIPS, como licença compulsória, estão sob intensa intimidação e persuasão pelos países de alta renda no comércio e na diplomacia internacional^{18,19}. O argumento de que os direitos de PI são necessários para financiar a inovação não é consistente e perde ainda mais força quando se verificam a dependência do financiamento de doadores e os acordos de compra antecipada na P&D para Covid-19.

Países como os Estados Unidos da América (EUA) e membros da UE conseguiram criar condições financeiras para o desenvolvimento rápido das vacinas, não com o objetivo de bem-estar coletivo ou até mesmo individual, mas com a prioridade de recolocar suas economias de volta em funcionamento, reproduzindo a coisificação da vida e colocando a doença no centro das atenções.

O encontro anual do Fórum Econômico Mundial (WEF, na sigla em inglês), realizado em junho de 2020, intitulado ‘Great Reset’, apontou a Covid-19 como oportunidade que criou condições para um novo acordo ‘verde’ e uma ‘reinicialização’ do sistema. Para esse Fórum, termos como sustentabilidade, quarta revolução industrial, mudança climática, biotecnologia e inteligência artificial são

considerados catalisadores da capitalização da vida e fatores de recuperação de mais uma crise cíclica do capital²⁰. Esses termos são de interesse público, no entanto, não são delimitados para alcançar mudanças estruturais necessárias para transformar a saúde de todos. Não é de espantar que grandes corporações biofarmacêuticas, grandes filantrópicas da saúde e até a ONU são parceiras do WEF.

Com a pandemia, fica ainda mais evidente a necessidade de produção suficiente de equipamentos e insumos, abastecimento e preços acessíveis em todas as regiões. Estatísticas do comércio mostram que apenas uma pequena fração da produção mundial adicional de suprimentos relacionados com a Covid-19 alcançou os países de baixa renda²¹. O Diretor-Geral da OMS, durante o 148º encontro do Comitê Executivo, alertou o mundo de que, no “limite do fracasso moral catastrófico, o preço desse fracasso será pago com vidas e meios de subsistência nos países mais pobres do mundo”²²⁽¹⁾.

Para Sunyoto et al.²³⁽²⁷⁾, “a pandemia de Covid-19 provavelmente terá impactos profundos nas abordagens nacionais e globais de P&D em biossegurança”, tais como a estratégia nacional dos EUA de resposta à Covid-19 por meio da operação ‘Warp Speed’ e as prioridades elencadas pelo ‘NIH-Wide Strategic Plan for Covid-19 Research’²⁴. Tal situação pode ser também influenciada pelos efeitos políticos do uso de narrativas de guerra contra a Covid-19 por países e pela OMS, o que reforça o discurso de “países culpados”, ou seja, “fontes externas de culpa” ou “inimigos”²⁵⁽³⁾. Para Wright²⁵⁽⁴⁾, as políticas de securitização da Covid-19 “aumentam as tensões e inseguranças dentro e entre os estados, aumentando as desigualdades e dificultando uma resposta global coordenada”. A autora também aponta que

designar o vírus como uma questão de segurança é um movimento político que enquadra os debates globais sobre saúde de maneiras que não ajudam com o objetivo final da cooperação internacional em saúde²⁵⁽⁴⁾.

Salienta-se a necessidade de reconhecer que a Covid-19 aprofunda vulnerabilidades individuais, comunitárias e estruturais do nosso tempo, e revela efeitos da relação saúde-ambiente, além das precariedades dos sistemas de saúde.

Essas iniciativas de governança global da saúde estão servindo a todos os países?

A diplomacia em saúde global pode ser entendida como um conjunto de práticas pelas quais vários atores tentam coordenar e orquestrar soluções de políticas globais com o argumento da saúde global²⁶, por meio de negociações de estratégias e alianças, gestão de doadores e partes interessadas, atuando nas relações entre países²⁷. Por outro lado, para Basile²⁸⁽¹⁶⁾, essa saúde global é entendida como “caminho entre globalização, hegemonia neoliberal e mercantilização global da vida”. Assim, é preciso analisar em sua totalidade como a diplomacia em saúde global afeta o panorama das políticas e do mercado biofarmacêutico global e suas implicações na saúde dos povos do nível local ao global.

Estratégias de acesso a medicamentos e outros produtos para saúde precisam estar alinhadas com a busca pela redução das profundas assimetrias na produção e acesso a essas tecnologias entre os povos de países centrais e periféricos^{29,30}. No entanto, nestes tempos de pandemia, sobressaiu o protecionismo nacional na aquisição de vacinas, máscaras, respiradores, testes reagentes e força de trabalho, em detrimento da diplomacia da assistência integral e da saúde global, com um cotidiano de emergência que pode colocar ainda mais no fim da fila outras questões de saúde relevantes³¹.

Para Almeida³²⁽²⁷³⁾,

A premissa central que orienta o sistema da OMC é que o bem-estar humano aumentará

com o crescimento econômico baseado na liberalização do comércio num contexto de regras não discriminatórias e transparentes.

Nesse contexto, a autora argumenta que não há vinculação entre os benefícios do comércio global e sólidas políticas sociais nem na aplicação de princípios e métodos da saúde pública na formulação e implementação das políticas comerciais. Tecnologias biofarmacêuticas, além de estarem sob direitos de PI de diversas patentes no mesmo produto, também podem estar sob direitos de certificados de proteção suplementar, segredos comerciais, e inúmeras estratégias de *evergreening* como maneira de postergar a patente, entre outros mecanismos.

As tomadas de decisões comerciais impactam diretamente na saúde e acontecem no âmbito da OMC, no qual a OMS tem papel e influência superficial, e os países de renda baixa e média têm pouca voz e influência nas decisões. O sistema de PI tem reproduzido escassez artificial e privação, em que preço e capacidade de produção são manipulados como fontes de riqueza para uns e privação de muitos, reforçando a desigualdade estrutural. Para Thambisetty³³⁽²⁾, as patentes:

Dependem de um comportamento de interesse próprio para impulsionar a inovação e, ao fazer isso, enfraquecem o altruísmo, a colaboração e qualquer noção de trabalho intelectual para promover o bem comum.

Licenças compulsórias, apesar da importância da utilização, têm se mostrado insuficientes para minimizar essas assimetrias, pois, entre outras fragilidades, os termos e as condições que limitam a competição e a ausência de obrigação legal de ampla transparência dificultam a P&D e compõem escopo geográfico restritivo. Outro exemplo de sobreposição do direito à saúde por direitos comerciais está na crescente financeirização do setor biofarmacêutico, fusões e aquisições de *startups* que, com o tempo, vão ganhando valor de mercado, o que influencia a falta de detalhamento dos custos

de P&D do produto. Essa falta de transparência dá às empresas biofarmacêuticas vantagem nas negociações de preços e competitividade, especialmente aquelas com tecnologias de monopólio³⁴.

Conforme relatado por Sarpatwari et al.³⁵⁽²³⁰³⁾,

O conhecimento mais amplo do custo do desenvolvimento de medicamentos pode levar ao estabelecimento de melhores incentivos para impulsionar a inovação para áreas de alta importância para a saúde pública.

Nesse contexto, a transparência é um valor central para o acesso a medicamentos, como uma questão de direitos humanos^{36,37} e deve estar alinhada com os princípios da ciência aberta, tais como *Open data*, *Open access*, *Open methods*, *Open peer review*, *Open source* e *Open resources*³⁸.

Tal cenário de opacidade implica barreiras para a P&D e para a produção pública nos países periféricos. Para Ido³⁹⁽³⁾,

Mesmo que a transparência do setor farmacêutico aumente, e que governos deem passos para tal [...]. Nesse sentido, também é necessário que esta agenda permita refletir, de modo mais amplo, sobre a persistência do conflito de interesses no âmbito da saúde, em especial no lobby indevido de determinados atores privados na determinação de políticas públicas e negociações internacionais.

Ademais, a transparência deve garantir também o detalhamento das contribuições dos investidores e seus riscos⁴⁰.

Nos países centrais, há concentração biotecnológica e de PI, enquanto nos países periféricos, reproduzem-se a dependência e a vulnerabilidade tecnológica, aprofundadas pelo prejuízo na compra internacional devido à desvalorização de outras moedas em relação ao dólar e ao euro. Nesse sentido, medidas de restrições ou liberalização temporária do comércio de produtos para saúde que ocorreram

durante a pandemia podem ter reflexos diferentes em países do norte e do sul⁴¹. Para Velásquez⁴²⁽³⁾:

Um tratado ou convenção global vinculante, negociado na OMS, poderia permitir o financiamento sustentável da pesquisa e do desenvolvimento de medicamentos úteis e seguros a preços acessíveis à população e aos sistemas públicos de seguridade social. A adoção de tal convenção no âmbito da OMS, com base no artigo 19 de sua constituição, também poderia possibilitar uma revisão da forma como a OMS atua em um sentido mais amplo.

Para isso acontecer, é preciso exigir envolvimento político e técnico por parte dos Estados-Membros e da sociedade civil para a consideração adequada de estratégias regulatórias ou fiscais que subsidiem limites e metas graduais a serem acordadas com entidades do setor privado, como ocorreu, por exemplo, na Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco. Ademais, questões como evidências do mundo real, preços de medicamentos, novas terapias curativas, modelos de pagamento alternativos baseados em valor, transparência de preços, tecnologias digitais, medicina de precisão, envelhecimento da população e universalidade de saúde precisam ser discutidas de maneira crítica, em especial, quanto ao vínculo com a lógica de financeirização e à necessidade de serem orientadas pela perspectiva de saúde pública.

As iniciativas apontadas na seção anterior possuem limitadores em que ainda privilegiam a cosmovisão da saúde hegemônica do sistema mundo contemporâneo. Entre os limitadores, estão: a) fuga de talento humano do sul para o norte global; b) regime de direitos de PI em prol do lucro corporativo, e não do acesso global; c) políticas comerciais que sancionam a redução da proteção tarifária e taxas de exportação em países periféricos; d) desvinculação às determinações sociais da saúde local; e) sistemas de saúde fragmentados e mercantilizados⁴³.

A OMS tem empenhado ações tímidas sobre os componentes do uso racional de medicamentos. Enquanto isso, a padronização de nomenclatura para medicamentos biológicos e biossimilares tem avançado e é tema de grande interesse de negócios, pois impacta na concorrência entre esses produtos⁴⁴. Essa situação é agravada com a atuação de corporações e países influentes na manutenção de assimetrias estruturais no sistema internacional, tais como na supremacia de poder econômico na influência em arenas multilaterais, tanto no âmbito das decisões finais quanto na construção das regras e orientações, bem como no esvaziamento de iniciativas que não são do respectivo interesse. As iniciativas de cooperação internacional em andamento e seus *stakeholders* não têm minimizado essas assimetrias.

Importância de reconstruir os fóruns multilaterais

Multilateralismo é definido como arranjos que envolvem mais de dois Estados, enquanto instituições multilaterais são entendidas como arranjos multilaterais com um conjunto de regras⁴⁵. Já Ruggie⁴⁶ vai além, apontando que esses arranjos entre três ou mais Estados são coordenados por certos princípios e condutas gerais, em uma abordagem mais qualitativa.

Ademais, Ruggie⁴⁶⁽⁵⁷¹⁾ considera que, diferentemente do multilateralismo, “o imperialismo é outra forma de coordenar as relações entre três ou mais Estados, no entanto, negando a soberania dos Estados sujeitos”. Essa internacionalização dos Estados está articulada ao chamado ‘império informal americano’, no qual este coordena as demais potências do norte global de forma integrada e até mesmo a China, sem grandes contestações a essa engrenagem⁴⁷, mesmo com a atual competição entre EUA e China. Esse contexto pode ser elucidado pelas críticas que a OMC tem recebido por supostamente não incorporar e abordar as preocupações e apontamentos de

países em desenvolvimento quanto ao TRIPS Waiver, colocando esses países à margem da tomada de decisão^{48,49}.

Para Lima e Albuquerque⁵⁰, os organismos internacionais prometem garantir coordenação entre desiguais, por meio de mecanismos, tais como reciprocidade, transparência, pluralidade de opiniões e identidades, e legitimidade. No entanto, verifica-se a incapacidade transformadora desses mecanismos, o que se reflete em crise de legitimidade do multilateralismo e suas instituições. As autoras sugerem “aumentar a diversidade cultural e a representação nacional”⁵⁰⁽¹⁰⁾ como estratégia *anti status quo* da assimetria de poder nas arenas multilaterais, mas há limites nessa estratégia.

Por outro lado, o chamado ‘*multistakeholderism*’ é definido por Raymond e DeNardis⁵¹⁽⁵⁷³⁾ como o engajamento entre duas ou mais categorias de atores, tais como Estado, organizações intergovernamentais, empresas e sociedade civil, envolvidas em questões que envolvam valores e interesse público importante e por “relações poliárquicas de autoridade constituídas por regras procedimentais” e que dependem algum esforço para influenciar a gestão de questões públicas.

No âmbito da saúde, apesar da permeabilidade danosa da OMS, ainda é importante insistir em uma governança baseada em princípios de cooperação e solidariedade e no papel constitucional da OMS como autoridade líder e coordenadora de saúde global, definindo regras de saúde pública e soluções concretas em nível global e com responsabilização em nível local, não só nas emergências. Para isso, faz-se necessário: participação social e governança participativa com transparência e sem conflito de interesse ou captura corporativa; incorporação de atores que têm ficado à margem das negociações, tais como especialistas e instituições não governamentais dos países periféricos⁵²; e apoio à OMS, disputando-a nos interesses coletivos comuns e cooperações realmente exequíveis.

Além disso, é preciso que seus Estados-Membros atuem para além da mentalidade

colonial, da retórica moral, negociações frágeis, autopromoção e da permeabilidade às corporações⁵³, apesar da conjuntura tão desafiadora. A OMS não pode ser apenas uma figura simbólica e de elaboração de documentos técnicos e resoluções frágeis. Ao mesmo tempo, uma nova arquitetura global da saúde⁵⁴ ou arranjos vinculativos⁵⁵ por si sós não são suficientes para mudar a estrutura de poder, ainda favorável aos interesses corporativos e restrita ao modelo biomédico⁵⁶.

A Declaração da Sociedade Civil em 2017, apresentada durante a eleição do novo Diretor-Geral da OMS, entre outras questões, clamou por uma OMS com

Voz de liderança para a Saúde para Todos entre os atores internacionais e multilaterais, assumindo uma posição corajosa em prol da saúde pública em relação às ações potencialmente prejudiciais realizadas por outras entidades, como no campo do Acesso a Medicamentos Essenciais e Direitos de PI⁵⁷⁽¹⁾.

Essa declaração mantém-se atual, pois, em meio à vulnerabilidade financeira de dependência de doadores com seus interesses individuais, bem como o possível fracasso na coordenação de algumas iniciativas de pesquisa colaborativa para o enfrentamento da Covid-19, é urgente recuperar progressivamente o caráter multilateral e normativo da OMS, adiante da missão de promover, preservar e regular a saúde pública global, apesar das frágeis obrigações legais e vinculantes^{58,59}.

Nay et Al.⁶⁰⁽¹⁸¹⁹⁾ apontam que

a OMS não recuperará sua autoridade total se os Estados Membros não renunciarem a algumas de suas prerrogativas nacionais em benefício da saúde pública global.

Se em uma pandemia todos são afetados, mesmo que desigualmente, os espaços de governança deveriam abordar o acesso a tecnologias da saúde como direito comum e de solidariedade. As doações de países de alta

renda e outros atores não deveriam sobrepor a isonomia de poder de negociação nem inviabilizar a efetivação de resoluções e planos. A Declaração da sociedade civil apoiando a OMS afirma que:

É chegada a hora de todos os Estados-Membros da OMS reconhecerem e apoiarem o imenso valor da organização em enfrentar de forma abrangente os desafios de saúde que temos pela frente devido às mudanças climáticas e outras ameaças, em vez de usar seus próprios erros como desculpa para enfraquecer ainda mais a liderança da organização e o seu papel na proteção da saúde global⁶¹⁽¹⁾.

O envolvimento com entidades do setor privado na implementação de ações da OMS evidencia conflitos de interesses, especialmente devido à falta de financiamento independente da OMS. Consequentemente, a organização está insuficientemente protegida de influências indevidas de *lobbies* do setor industrial. No multistakeholderismo, apesar da previsão de participação de múltiplos atores – incluindo organizações internacionais, setor privado, fundações filantrópicas, parcerias público-privadas globais e sociedade civil –, não há definição padronizada dos *stakeholders* nem *accountability*, governança ou mandatos representativos. Assim, o multistakeholderismo permite que corporações transnacionais ampliem seus interesses e imagem, por meio do envolvimento de atores que abordam questões éticas e sociais, mas com interesses privados de fundo.

A governança de múltiplos atores desconsidera padrões de prevenção de conflitos de interesse, transparência das finanças ou transações financeiras dos membros e proteções democráticas fundamentais. Por outro lado, há interesse próprio corporativo, muitas vezes com tomadas de decisão direcionadas ao lucro e contrárias ao interesse público. Relatório do Transnational Institute⁶² exemplifica alguns efeitos colaterais do multistakeholderismo, como no caso do GAVI Alliance, o qual não

aborda o fortalecimento dos sistemas de saúde públicos e universais como eixo estratégico para a imunização.

Quanto ao ‘multistakeholderismo’, é preciso combater toda forma de partes interessadas com fins lucrativos que enfraquecem a tomada de decisão de Estados-Membros, que apresentem conflitos de interesses, que sejam prejudiciais ao equilíbrio de poder, antidemocráticas e que deixem os países e as populações à mercê de interesses privados. Para Dowbor⁶³⁽¹⁾:

Nesta era em que a concentração planetária da riqueza social em poucas mãos está se tornando insustentável, entender o mecanismo de geração e de apropriação dessa riqueza é fundamental.

O anteriormente referido ‘Great Reset’, organizado pelo Fórum Econômico Mundial, o qual inclui aspectos ambientais e de acesso a vacinas, é uma amostra de como o ‘multistakeholderismo’ está tentando deixar o multilateralismo obsoleto na abordagem de complexas questões globais. Organizações da sociedade civil organizada têm chamado o ‘Great Reset’ de ‘Great Take Over’, ou seja, a grande captura da governança global⁶⁴. Além disso, a parceria do Fórum Econômico Mundial com a ONU tem conduzido a uma governança *multistakeholder* que drena dinheiro público e aproveita a legitimidade da ONU para iniciativas de empresas transnacionais⁶⁵. Nesse sentido, pode-se mencionar como exemplo a iniciativa Covax Facility, que trouxe diversas decisões para fora da OMS. Outras articulações multilaterais alternativas, como o Paris Peace Forum⁶⁶, no qual arrecadaram-se fundos e alinharam-se estratégias, e a European Health Union⁶⁷, ocorreram fora da estrutura de governança multilateral, incluíram vozes corporativas dominantes e provavelmente terão ramificações duradouras no futuro da governança global da saúde.

A ONU tem feito diversas parcerias *multistakeholders*, como o Plano de Ação Global para Vidas Saudáveis e Bem-estar para Todos⁶⁸. Além disso, foi assinado um Acordo de Parceria

Estratégica para a implementação da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, o que institucionalizou a captura corporativa da ONU, fornecendo acesso preferencial à formulação de iniciativas às empresas transnacionais⁶⁹. Entre essas transnacionais, está a ‘big pharma’, que atua na privatização dos investimentos públicos e na manutenção do monopólio do mercado, e não para o acesso equitativo e universal. Situação que não se diferenciou com o recebimento de grandes somas de dinheiro público para P&D de insumos para saúde relacionados com a Covid-19.

Gleckman^{70(xv)} questiona se

As atuais responsabilidades e obrigações exclusivas dos Estados-nação mudarão quando atores não-estatais poderosos tiverem um papel formal ou semiformal de tomada de decisão nas relações internacionais.

Acrescentam-se a isso a preocupação sobre como essas mudanças influenciam a participação da sociedade civil e do público em geral e como isso afeta diretamente nossas vidas diárias. A ascensão política (e aumento da riqueza) da elite transnacional, inclusive por meio de supostas estratégias de ‘benevolência’⁷¹, e uma perda de confiança nos governos podem contribuir para a falta de perspectiva da saúde como um direito e um bem comum e acessível a todos.

Relatórios de 2017 a 2020 elaborados pela Conferência da ONU sobre Comércio e Desenvolvimento recomendam a indução de crescimento inclusivo na era da digitalização, o fim da austeridade e das brechas fiscais e o contrabalanço ao poder corporativo⁷². No entanto, essas recomendações podem ser retóricas, sem realmente cortar o circuito que alimenta a dependência e sem ter a dignidade humana e a natureza como pilares em iniciativas que reconheçam as contradições da ‘inclusão’ e do ‘desenvolvimentismo’, atravessados pela nova geografia de dominação subsidiada pelas mudanças tecnológicas disruptivas e iniquidade crescente.

O multilateralismo precisa ser reconstruído por meio de estratégias que tornem as relações de poder menos desiguais, e as iniciativas, menos fragmentadas. Relações desiguais de poder político condicionam as políticas públicas – e como nós (sobre)vivemos, adoecemos e morremos – e privilegiam uma visão neoliberal de saúde. Para isso, o financiamento e a alocação dos recursos precisam ser assegurados, os temas precisam ser abordados de maneira integrada e articulada com as necessidades humanas, naturais e intergeracionais, viabilizando a participação das pessoas e populações subalternizadas nas formulações das questões globais estratégicas para a agenda global e na tomada de decisões.

Considerações finais

O discurso econômico das corporações farmacêuticas tem perpetuado a situação de escassez e exploração colonial, mesmo que disfarçadas de empresas capitalistas ‘pela vida’. Para promover efetivamente a AF para todos os povos, é mister o reconhecimento de produtos biofarmacêuticos como bens públicos e fundados em uma abordagem de saúde pública abrangente, participativa e inclusiva que integre direitos, dimensões sociais, tributação progressiva para reduzir a desigualdade e cancelamento de débitos dos países mais pobres. Ademais, verifica-se a importância de remodelar o ecossistema de P&D e de PI, com maior independência técnico-científica, financeira e política, maior autoridade e transparência da OMS; e que as diversas formas de conhecimento e inovação tenham a equidade e a universalidade como objetivos.

Subsidiar uma AF integrada, eficiente e orientada para a ampliação e o uso racional de medicamentos requer intervenções e reformas estruturais em todos os estágios da cadeia de valor, incluindo pesquisa, PI, produção, preço,

regulamentação, sistemas e serviços de saúde, aquisição, análise da situação de saúde e abordagem das determinações sociais da saúde. É preciso considerar que países de renda baixa e média-baixa não conseguem participar de acordos de pré-compra; têm escassez de financiamento, injustiça tributária e fiscal, déficit no poder de compra (especialmente com demanda de baixa quantidade) para negociar preços dos produtos farmacêuticos e implantar serviços que promovam seu uso racional e apropriado. Em geral, possuem sistemas regulatórios frágeis e podem não ter a infraestrutura técnica necessária para a utilização adequada e segura dos produtos farmacêuticos.

A questão é se seremos capazes e estar dispostos a enfrentar a indústria farmacêutica, os sistemas privados e de seguros de saúde e as categorias profissionais que estão atravessadas pela subalternização em suas várias camadas e estratos. Sugerem-se maiores análises críticas e transdisciplinares com foco nas intersecções entre políticas relacionadas com produtos farmacêuticos, saúde pública e restrições econômicas que determinem as chances de saúde e bem viver em todos os lugares.

Colaboradoras

Ribeiro AA (0000-0003-0233-9465)* contribuiu para concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados; revisão do texto do artigo e aprovação da versão final do manuscrito. Ricardi LM (0000-0002-7500-0465)* contribuiu para análise e interpretação dos dados e revisão do texto do artigo. Pontes MA (0000-0002-0726-7475)* contribuiu para análise e interpretação dos dados e revisão do texto do artigo. Leite SN (0000-0002-5258-9684)* contribuiu para o planejamento, revisão do texto do artigo e aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. World Health Organization. Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: WHO; 2021. [acesso em 2021 jan 1]. Disponível em: <https://www.who.int/fctc/cop/about/en/>.
2. World Health Organization. WHO model list of essential medicines - 22nd list, 2021. Geneva: WHO; 2021. [acesso em 2021 jan 1]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MHP-HPS-EML-2021.02>.
3. Gleckman H. Where we are now with the global governance of TNCS. Series of Three Visual Presentations – Part 1. [acesso em 2021 jan 1]. Disponível em: https://www.tni.org/files/article-downloads/13_msismvisualpresentations-overningtncsbymultilateralism_stateofplay.pdf.
4. Gleckman H. Where we are now with the emergence of multistakeholderism. Series of Three Visual Presentations – Part 2. 2020. [acesso em 2021 jan 1]. Disponível em: https://www.tni.org/files/article-downloads/23_msismvisualpresentations-what_is_msism.pdf.
5. Moraes RV. A atuação internacional do Ministério da Saúde no tema de acesso a medicamentos. In: Brasil. Ministério da Saúde. Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde. Saúde e Política Externa: os 20 anos da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (1998-2018). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018.
6. World Health Assembly. Resolution WHA 56.27. Intellectual property rights, innovation and public health Resolution. Geneva: WHA; 2003.
7. World Health Assembly. Resolution WHA59.24. Public health, innovation, essential health research and intellectual property rights: towards a global strategy and plan of action. Geneva: WHA; 2006.
8. World Health Assembly. Resolution WHA61.21. Global strategy and plan of action on public health, innovation and intellectual property. Geneva: WHA; 2008.
9. World Health Organization. Global Strategy and Plan of Action on Public Health, Innovation and Intellectual Property. Geneva: WHO; 2011.
10. United Nations. Report of The United Nations Secretary-General's High-Level Panel on Access to Medicines. [acesso em 2021 jan 1]. Disponível em: <http://www.unsgaccessmeds.org/reports-documents>.
11. United Nations. General Assembly. Forty-first session Human Rights Council. Resolution A/HRC/41/L.13. 8 July 2019a. Access to medicines and vaccines in the context of the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. 2019a. [acesso em 2021 jan 1]. Disponível em: <https://www.healthpolicy-watch.org/wp-content/uploads/2019/07/HRC-Resolution-L.13-Access-to-Medicines-and-Vaccines-English.pdf>.
12. United Nations. Follow-up to the political declaration of the high-level meeting of the General Assembly on antimicrobial resistance. Report A/73/869. 2019b. [acesso em 2021 jan 1]. Disponível em: <https://undocs.org/en/A/73/869>.
13. World Health Organization. Executive Board. Report EB 148/24. Social determinants of health. Geneva: WHO; 2021. [acesso em 2021 jan 1]. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_24-en.pdf.
14. Oxfam International. The People's Vaccine. Health Action International. Letter to Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus. 2021. [acesso em 2021 jan 1]. Disponível em: <https://www.keionline.org/wp-content/uploads/HE-Dr-Tedros-Letter-from-Peoples-Vaccine-Alliance-and-Health-Action-International.pdf>.
15. World Trade Organization. IP/C/W/669. Waiver from certain provisions of the TRIPS Agreement for the prevention, containment and treatment of Covid-19. 2020 out 20. [acesso em 2021 jan 1]. Disponível em: <https://docs.wto.org/dol2fe/Pages/SS/directdoc.aspx?filename=q/IP/C/W669.pdf&Open=True>.

16. Knowledge Ecology International. WTO TRIPS Council (October 2020): European Union dismisses concerns that IPRs are a barrier to Covid-19 medicines and technologies. 2020 out 20. [acesso em 2021 jan 1]. Disponível em: <https://www.keionline.org/34275>.
17. World Trade Organization. TRIPS Council regular meetings. [acesso em 2021 fev 20]. Disponível em: https://www.wto.org/english/tratop_e/trips_e/intel6_e.htm.
18. World Trade Organization. IP/C/W/672. Waiver from certain provisions of the TRIPS Agreement for the prevention, containment and treatment of Covid-19. 2021. [acesso em 2021 jan 1]. Disponível em: <https://docs.wto.org/dol2fe/Pages/SS/directdoc.aspx?filename=q/IP/C/W672.pdf&Open=True>.
19. South Centre. Alcance de la licencia obligatoria y el uso gubernamental de medicamentos patentados en el contexto de la pandemia de Covid-19. 2020. [acesso em 2021 jan 1]. Disponível em: <https://www.southcentre.int/wp-content/uploads/2020/04/Covid-19-CL-Table-ES.pdf>.
20. World Economic Forum. The Great Reset. [acesso em 2021 jan 30]. Disponível em: <https://www.weforum.org/great-reset/>.
21. United Nations. United Nations Conference on Trade and Development. Global trade: a frail recovery in the second half of 2020. [acesso em 2021 jan 1]. Disponível em: https://unctad.org/system/files/official-document/ditcinf2020d4_en.pdf.
22. World Health Organization. WHO Director-General's opening remarks at 148th session of the Executive Board. 2021. [acesso em 2021 jan 1]. Disponível em: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-148th-session-of-the-executive-board>.
23. Sunyoto T, Vieira M, Moon S, et al. Research Synthesis: Biosecurity Research and Development (R&D). KNOWLEDGE PORTAL on innovation and access to medicines. 2020. [acesso em 2021 jan 1]. Disponível em: <https://www.knowledgeportalia.org/biosecurityrd>.
24. Leineweber FV, Bermudez JAZ. A influência da resposta dos EUA à Covid-19 no contexto da Saúde Global. Ciênc. Saúde Colet. No prelo 2021. [acesso em 2021 jan 1]. Disponível em: <http://www.cienciae-saudecoletiva.com.br/artigos/a-influencia-da-resposta-dos-eua-a-covid19-no-contexto-da-saude-global/17832?id=17832>.
25. Wright India. Are We at War? The Politics of Securitizing the Coronavirus. 2021 jan 10. [acesso em 2021 jun 1]. Disponível em: <https://www.e-ir.info/pdf/89284>.
26. Ruckert A, Labonté R, Lencucha R, et al. Global health diplomacy: A critical review of the literature. Soc Sci Med. 2016 [acesso em 2021 jun 1]; (155):61-72. Disponível em: 10.1016/j.socscimed.2016.03.004.
27. Martins P, Aguiar ASW, Mesquita CAM, et al. Diplomacia da saúde global: proposta de modelo conceitual. Saude soc. 2017; 26(1):229-239.
28. Basile G. Clacso. La salud internacional Sur Sur: hacia un giro decolonial y epistemológico. [acesso em 2021 jun 1]. Disponível em: http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20190320033726/II_DOSSIERS_DE_SALUD_INT_SUR_SUR_GT2019.pdf.
29. OXFAM International. Small group of rich nations have bought up more than half the future supply of leading Covid-19 vaccine contenders. 2020. [acesso em 2021 jun 1]. Disponível em: <https://www.oxfam.org/en/press-releases/small-group-rich-nations-have-bought-more-half-future-supply-leading-covid-19>.
30. Callaway E. The unequal scramble for coronavirus vaccines - by the numbers. Nature. 2020 [acesso em 2021 jun 1]; (584):506-507. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/d41586-020-02450-x>.
31. Sanahuja JA. Covid-19: riesgo, pandemia y crisis de gobernanza global. Anuario CEIPAZ, 2019-2020. Madrid: Ceipaz; 2020.
32. Almeida C. Saúde, política externa e cooperação sul-sul em saúde: elementos para a reflexão sobre o caso do Brasil. In: Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema

- de saúde brasileiro: desenvolvimento, Estado e políticas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; Ipea; Ministério da Saúde; Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República; 2013. vol. 1. p. 233-327.
33. Thambisetty S. Vaccines and patents: how self-interest and artificial scarcity weaken human solidarity. London School of Economics and Political Science. 2021. [acesso em 2021 jun 1]. Disponível em: <https://www.printfriendly.com/p/g/LKnS8y>.
 34. Bermudez J. Os medicamentos e tecnologias farmacêuticas como uma questão estratégica para a viabilidade do Sistema Único de Saúde. *Physis*. 2018 [acesso em 2021 jun 1]; 28(1):e280102. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312018280102>.
 35. Sarpatwari A, Avorn J, Kesselheim AS. State Initiatives to Control Medication Costs - Can Transparency Legislation Help? *N Engl J Med*. 2016; 374(24):2301-2304. Disponível em: doi:10.1056/NEJMp1605100.
 36. Harvard. FXB Center for Health and Human Rights. Access to medicines and human rights. In: Health and Human Rights Resource Guide. Chapter 10. [acesso em 2021 jun 1]. Disponível em: <https://www.hhrguide.org/2017/06/09/access-to-medicines-and-human-rights/>.
 37. Pehreudoff K, T Hoen E. Human Rights and Intellectual Property for Universal Access to New Essential Medicines. In: *Equitable Access to High-Cost Pharmaceuticals*. [s.l.]: Elsevier; 2018. p. 67-87.
 38. Gallagher RV, Falster DS, Maitner BS. et al. Open Science principles for accelerating trait-based science across the Tree of Life. *Nat Ecol Evol*. 2020 [acesso em 2022 abr 25]; (4):294-303. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41559-020-1109-6>.
 39. Ido VHP. Transparência no setor farmacêutico: uma nova dimensão do debate internacional sobre acesso a medicamentos?. *Trab. educ. saúde*. 2019 [acesso em 2022 abr 25]; 17(3):e0022656. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00226>.
 40. Torreele E. Business-as-Usual will not Deliver the Covid-19 Vaccines We Need. *Development (Rome)*. 2020 [acesso em 2022 abr 25]; 63(2-4):191-199. Disponível em: <https://doi.org/10.1057/s41301-020-00261-1>.
 41. Ismail F. WTO reform and the crisis of multilateralism: A Developing Country Perspective. Geneva: South Centre; 2020. [acesso em 2022 abr 25]. Disponível em: https://www.southcentre.int/wp-content/uploads/2020/09/Bk_2020_WTO-reform-and-the-crisis-of-multilateralism_EN.pdf.
 42. Velásquez G. Rethinking R&D for Pharmaceutical Products After the Novel Coronavirus COVID-19 Shock. Geneva: South Centre. (Policy Brief. n° 75) 2020. [acesso em 2022 abr 25]. Disponível em: <https://www.southcentre.int/wp-content/uploads/2020/04/PB-75-Rethinking-RD-after-COVID-19-Shock-REV.pdf>.
 43. Global Health Watch. O que é o WHO Watch?. 2021. [acesso em 2022 abr 25]. Disponível em: <https://www.ghwatch.org/who-watch/about>.
 44. World Health Organization. WHO Expert Committee on Biological Standardization. 2021. [acesso em 2022 abr 25]. Disponível em: https://www.who.int/biologicals/expert_committee/en/.
 45. Keohane R. Multilateralism: an agenda for research. *Inter. J.* 1990; 45(4):731-764.
 46. Ruggie J. Multilateralism: the anatomy of an institution. *Inter Org.* 1992; 48(3):561-598.
 47. Garcia A, Bugiato CM. Repensando o estado e imperialismo nas relações internacionais: as contribuições teóricas de Leo Panitch. *Rev Est. Intern.* 2019; (10):3-18.
 48. Geneva Health Files. Is the 'Walker Process' at the WTO undermining the TRIPS Waiver? Newsletter Edition. 2021 [acesso em 2022 abr 25]; (108). Disponível em: <https://genevahealthfiles.substack.com/p/is-the-walker-process-at-the-wto?justPublished=true>.

49. Global civil society protest against. WTO pushing 'Walker text', sidelining TRIPS waiver. [acesso em 2022 abr 25]. Disponível em: <https://www.theindubusinessline.com/news/national/global-civil-society-protest-against-wto-pushing-walker-text-sidelining-trips-waiver/article37596283.ece>.
50. Lima MRS, Albuquerque M. Reordenamento global, crise do multilateralismo e implicações para o Brasil. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Relações Internacionais; Policy Note; 2020. p. 4-12. [acesso em 2022 abr 25]. Disponível em: <https://www.cebri.org/br/doc/6/reordenamento-global-crise-do-multilateralismo-e-implicacoes-para-o-brasil>.
51. Raymond M, DeNardis L. Multistakeholderism: anatomy of an inchoate global institution. *Inter. Theory*. 2015 [acesso em 2022 abr 25]; 7(3):572. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S1752971915000081>.
52. Geneva Global Health Hub. The politics of a WHO pandemic treaty in a disenchanted world. Conference version of the G2H2. 2021. [acesso em 2022 abr 25]. Disponível em: <https://g2h2.org/wp-content/uploads/2021/11/G2H2-Politics-of-a-WHO-Pandemic-Treaty-Conference-version.pdf>.
53. Almeida C, Campos RP. Multilateralismo, ordem mundial e Covid-19: questões atuais e desafios futuros para a OMS. *Saúde debate*. 2021; 44(esp4):13-39.
54. World Health Organization. Global Leaders unite in urgent call for international pandemic treaty. 2021. [acesso em 2022 abr 25]. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/30-03-2021-global-leaders-unite-in-urgent-call-for-international-pandemic-treaty>.
55. Friedman EA. "Towards a Framework Convention on Global Health: A Transformative Agenda for Health Justice". *Yale J. Health Pol. Law, Ethics*. 2013. [acesso em 2022 abr 25]; 3(1). Disponível em: <https://digitalcommons.law.yale.edu/yjhp/vol13/iss1/1/>.
56. Schrecker T. Globalization and Health: Political Grand Challenges. *Rev. Inter. Pol. Economy*. 2019; 26-47. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09692290.2019.1607768>.
57. Geneva Global Health Hub. The WHO we want and the leadership WHO needs. A message from civil society. 2017. [acesso em 2022 abr 25]. Disponível em: <http://g2h2.org/posts/nextdg/>.
58. Velásquez G. World Health Organization Reforms in the Time of Covid-19. Geneva: South Centre; 2020. [acesso em 2022 abr 25]. Disponível em: <https://www.southcentre.int/wp-content/uploads/2020/11/RP-121.pdf>.
59. Gostin LO, Moon S, Meier BM. Reimagining Global Health Governance in the Age of COVID-19. *Ame. J. Pub. Health*. 2020 [acesso em 2022 abr 25]; 110(11):1615-1619. Disponível em: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305933>.
60. Nay O, Kieny MP, Mármora L, et al. The WHO we want. *Lancet*. 2020 [acesso em 2022 abr 25]; 395(10240):1818-1820. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31298-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31298-8).
61. Geneva Global Health Hub. Time to rally behind the World Health Organization. *A civil soc. Stat*. 2020. [acesso em 2022 abr 25]. Disponível em: <http://g2h2.org/posts/time-to-rally/>.
62. Transnational Institute. Multistakeholderism: a critical look. Workshop report. 2019 mar. [acesso em 2022 abr 25]. Disponível em: <https://www.tni.org/en/publication/multistakeholderism-a-critical-look>.
63. Dowbor L. Contra o ultracapitalismo, as velhas armas não servem. *Outras Palavras*. 2020. [acesso em 2022 abr 25]. Disponível em: <https://outraspalavras.net/mercadosdemocracia/dowbor-contra-o-ultracapitalismo-as-velhas-armas-nao-servem/>.
64. Transnational Institute. Time for a Democratic Reset – Global Crises Need Global Governance in the Public Interest Open Letter to the Global International Community. 2021. [acesso em 2022 abr 25]. Disponível em: <https://www.cognitofirms.com/MultistakeholderismActionGroup/TimeForADemocraticResetGlobalCrisesNeedGlobalGovernanceInThePublicInterest>.

65. Birn AE, Nervi L. “(Re-)Making a People’s WHO”, *Ame. J. Pub Health*. 2020 [acesso em 2022 abr 25]; 110(9):1352-1353. Disponível em: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305806>.
66. Paris Peace Forum. The 2020 Program. 2020. [acesso em 2022 abr 25]. Disponível em: <https://parispeaceforum.org/program-2020/>.
67. European Health Union. Protecting the health of Europeans and collectively responding to cross-border health crises. 2020. [acesso em 2022 abr 25]. Disponível em: https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union_en.
68. World Health Organization. Stronger Collaboration, Better Health: Global Action Plan for Healthy Lives and Well-being for All. Geneva: WHO; 2019.
69. World Economic Forum. World Economic Forum and UN Sign Strategic Partnership Framework. 2019. [acesso em 2022 abr 25]. Disponível em: <https://www.weforum.org/press/2019/06/world-economic-forum-and-un-sign-strategic-partnership-framework/>.
70. Gleckman H. Multistakeholder Governance and Democracy. A Global Challenge. Londres: Routledge; 2018.
71. Gleckman H. COVAX: A global multistakeholder group that poses political and health risks to developing countries and multilateralism. [acesso em 2022 abr 25]. Disponível em: <https://longreads.tni.org/covax>.
72. United Nations. United Nations Conference on Trade and Development. Trade and Development Report. 2021. [acesso em 2022 abr 25]. Disponível em: <https://unctad.org/topic/macroeconomics/trade-development-report>.

Recebido em 13/08/2021

Aprovado em 23/12/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Ageísmo, sindemia covídica e Bioética de Intervenção: uma concretude interdisciplinar

Ageism, covidical syndemic and Intervention Bioethics: an interdisciplinary concreteness

Ricardo Henrique Vieira de Melo¹, Karla Patrícia Cardoso Amorim¹

DOI: 10.1590/0103-1104202213319

RESUMO Trata-se de um estudo teórico crítico-reflexivo com o objetivo de refletir sobre questões de natureza interdisciplinar: o ageísmo na complexidade da pandemia da Covid-19 à luz dos fundamentos da Bioética de Intervenção. Parte-se do pressuposto de que problemas complexos requerem soluções complexas, os quais uma visão fragmentada e disciplinar não é capaz de enfrentar. Para isso, o ensaio está organizado em três atos: o ageísmo como fenômeno antigo e persistente; a sindemia covídica e a ampliação do ageísmo; e o enfoque bioético enquanto episteme e ferramenta interventiva. Espera-se que este exercício teórico possa transcender para o cotidiano pessoal, relacional e institucional, onde a compreensão sobre as dimensões e os determinantes do etarismo possa incitar pensamentos, sentimentos e atitudes éticas criativas para mitigar aspectos depreciativos relacionados à idade.

PALAVRAS-CHAVE Ageísmo. Covid-19. Bioética. Envelhecimento.

ABSTRACT *This is a critical-reflexive theoretical study with the aim of reflecting on issues of an interdisciplinary nature: ageism in the complexity of the COVID-19 pandemic in the light of the fundamentals of Intervention Bioethics. The assumption is that complex problems require complex solutions, which a fragmented, disciplinary view is not capable of addressing. For this purpose, the essay is organized in three acts: ageism as an old and persistent phenomenon; the COVID-19 pandemic and the expansion of ageism; and the bioethical approach as an episteme and interventional tool. It is hoped that this theoretical exercise can transcend into personal, relational, and institutional daily life, where understanding the dimensions and determinants of ageism can incite creative ethical thoughts, feelings, and attitudes to mitigate age-related derogatory aspects.*

KEYWORDS *Ageism. COVID-19. Bioethics. Aging.*

¹Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) – Natal (RN), Brasil.
ricardohvm@gmail.com

Introdução

O ageísmo é um fenômeno complexo, com dimensões e determinantes múltiplos, caracterizado pela estereotipia, pelo preconceito e pela discriminação dirigida às pessoas com relação à idade. Sua ocorrência na esfera organizacional se refere às leis, regras e normas sociais, políticas e práticas das instituições que restringem oportunidades por causa da idade. Ademais, pode aparecer no âmbito interpessoal ao emergir nas interações sociais entre duas ou mais pessoas. Por fim, também é possível surgir de forma autodirigida a partir da internalização do ageísmo, pelo próprio sujeito, contra si¹⁻³.

Compreender o processo de envelhecimento humano pode contribuir para reduzir preconceitos. Quanto maior a demonstração de atitudes negativas diante do envelhecimento, maior será o ageísmo, pois as atitudes de uma pessoa ou de um grupo de pessoas, com relação a algo, podem ser favoráveis ou desfavoráveis e são influenciadas pelas experiências passadas, pelos sentimentos, pela cognição e pelo afeto, que, por sua vez, modulam o comportamento. Nessa direção, as percepções e as atitudes (discriminatórias ou valorativas) com relação aos mais velhos (e/ou aos mais jovens) são influenciadas por construtos sociais pessoais e relacionais^{4,5}.

A pandemia da Covid-19, atualmente, um dos maiores problemas de saúde coletiva do planeta, apesar de acometer as pessoas de diferentes maneiras e idades, relaciona as pessoas com mais idade enquanto grupo vulnerável, consideradas como a população de maior risco para desenvolver a forma grave da doença e apresentar maior mortalidade. Vive-se, conseqüentemente, um surto de ageísmo, que acentua as divergências intergeracionais, culpabilizando os mais velhos pela oneração do sistema de saúde, distribuindo recursos para o atendimento aos jovens e aos mais produtivos⁶.

Nessa perspectiva, a bioética lida com saberes na encruzilhada de várias disciplinas, sugerindo ser uma concepção interdisciplinar,

ou mesmo transdisciplinar. O simples enunciado da bioética permite, todavia, convencer que nenhuma disciplina pode dar conta da pluralidade dos esclarecimentos necessários, pois a noção de vida, seu ponto central, é uma excelente prova disso. A Bioética de Intervenção (BI), um modelo teórico de origem latino-americana, contribui, com sua epistemologia inter/transdisciplinar, com o pensar, sentir e agir cotidiano, para compreensão e enfrentamento dos dilemas persistentes sobre questionamentos sociais, sanitários e ambientais, dialogando com os diversos campos de saberes em uma perspectiva transformadora⁷.

Os termos interdisciplinaridade, multidisciplinaridade ou polidisciplinaridade (ou pluridisciplinaridade) e transdisciplinaridade são polissêmicos e fluidos⁸. Morin⁸ defende que a interdisciplinaridade, quando significa troca e cooperação entre disciplinas, transforma-se em algo orgânico. Com relação à transdisciplinaridade, essa “se caracteriza geralmente por esquemas cognitivos que atravessam as disciplinas, às vezes com virulência tal que as coloca em transe”⁸⁽³⁴⁾, pois “a ciência nunca teria sido ciência se não tivesse sido transdisciplinar”⁸⁽³⁴⁾. O filósofo completa esse raciocínio afirmando que não são somente as ideias de inter e de transdisciplinaridade que são importantes, mas tudo o que lhe é contextual; ou seja, deve-se ‘ecologizar’ as disciplinas.

Com base nessas perspectivas, este ensaio, que é parte de uma tese de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste – da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (Renaf), na Nucleadora Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) –, tem o objetivo de refletir sobre o ageísmo na complexidade da pandemia da Covid-19 à luz dos pressupostos da BI, temas de natureza interdisciplinar.

Para isso, o texto está organizado em três atos, na sua elaboração, articulando: o ageísmo como fenômeno antigo e persistente; a síndrome covidica e a ampliação do ageísmo; e o enfoque bioético enquanto episteme e ferramenta interventiva. Parte-se do pressuposto de

que problemas complexos requerem soluções complexas, os quais uma visão fragmentada e disciplinar não é capaz de enfrentar.

Espera-se que este exercício teórico possa transcender para o cotidiano pessoal, relacional e institucional, onde a compreensão sobre as dimensões e os determinantes do ageísmo possa incitar pensamentos, sentimentos e atitudes éticas criativas para mitigar aspectos depreciativos relacionados à idade.

O ageísmo como fenômeno antigo e persistente

O envelhecimento “é cercado por determinantes sociais que tornam as concepções sobre velhice variáveis entre indivíduos, de cultura para cultura, de época para época”⁹⁽¹²⁾. Portanto, é impossível pensar sobre esse processo, em seus aspectos motores, funcionais e psicossociais, sem compreender cada contexto no qual ele se insere.

Considerando que o processo de envelhecimento ocorre em contextos de acentuadas transformações sociais, econômicas, culturais e ambientais, diante de avanços tecnológicos, de mudanças nos arranjos matrimoniais e na composição das famílias, entre outras, Beauvoir¹⁰ aponta que a lógica da estruturação sociocultural produtivista, inspirada no utilitarismo lucrativo, oprime a velhice, mitigando o alcance da longevidade.

Nesse contexto, Debert¹¹ considera que a chamada terceira idade é uma invenção decorrente de um processo crescente de gestão da velhice, transformando-a de uma situação privada/familiar para uma condição pública. Como consequência, homogeneiza-se o processo de envelhecimento induzindo a uma homogeneização do processo de envelhecimento para intervenções estatais e para abertura ao mercado e ao consumo de produtos e de serviços, reduzindo a singularidade dos sujeitos mais velhos e, por derivação, a solidariedade intergeracional.

Considerando, por um lado, que o envelhecer pode ser valorizado pela sabedoria e pelos

valores sociais da pessoa idosa, por outro lado, pode ser percebido enquanto desvalorização social, improdutividade e peso financeiro, por exemplo, previdenciário, quando considera o idoso como um gasto desnecessário para a família ou para o Estado. Logo, a qualidade de vida durante a velhice perpassa a aceitação individual e familiar desse idoso, bem como o fato dessa aceitação e dessa valorização advirem, também, da própria sociedade, que faz suas escolhas privilegiando alguns em detrimento de outros¹².

Sabe-se que as sociedades mais coesas e produtivas apresentam menor violência e disfunções sociais, de forma que, nos países desenvolvidos, as pessoas enriquecem primeiro para depois envelhecerem, fato contrário ao que ocorre nos países em desenvolvimento, pela persistência dos contextos de desigualdade acentuando crises comprometedoras da qualidade da longevidade. Entretanto, os idosos também podem ser vistos com importância econômica, contrariando o pensamento hegemônico neoliberal de que são improdutivos¹³.

Butler¹⁴ apresentou o termo ‘ageísmo’, original da língua inglesa (*ageism*), para configurar antipatias e fugas de contato baseadas em mitos, capazes de produzir preconceitos e discriminação contra pessoas mais velhas, reprimindo interações sociais e dificultando, conseqüentemente, a compreensão sobre o processo de envelhecimento. No idioma português, costuma-se usar as palavras ‘idadismo’ e/ou ‘etarismo’, como sinônimos de ageísmo (tanto para os mais jovens quanto para os mais velhos), sendo incomum o uso (exclusivo aos mais velhos) das palavras ‘idosismo’ ou ‘velhismo’.

Atualmente, o termo ‘ageísmo’, apesar de recente, representa um fenômeno antigo que não está relacionado apenas às pessoas mais velhas ou idosas, mas a qualquer idade, inclusive, aos mais jovens. Entre seus determinantes, estão: idade; gênero; escolaridade; ansiedade; medo de morrer; tipos de personalidade; contato com grupos etários mais

velhos (intergeracionais); forma de lidar com o processo de envelhecimento; proporção de adultos mais velhos na região; expectativa de vida; saúde mental e física, entre outros. Portanto, trata-se de um problema comum, apesar de escuso, que pode afetar pessoas, instituições e a forma de pensar sobre políticas sociais¹⁻³.

Considerando que boa parte das pessoas, principalmente idosas, relata vivências de depreciação relacionadas com a idade em contextos sociais (piadas, indiferença, insultos, paternalismo, infantilismo, associação às limitações ou incapacidades etc.), a ocorrência do ageísmo pode ser considerada uma forma de violência. Nessa direção, o uso de instrumentos para identificação e/ou mensuração é importante para diagnosticar situações e planejar intervenções capazes de prevenir ou minimizar o ageísmo, estimulando a igualdade de oportunidades em todas as idades⁴.

Na realidade brasileira, Schumacher et al.¹⁵ afirmam a necessidade de realização de investigações sobre esse objeto para assimilar as divergências e semelhanças dos resultados nos diferentes contextos, pois a mensuração e a discussão acerca das concepções e atitudes preconceituosas poderiam contribuir para a construção de um ambiente mais harmônico e valorativo da diversidade intergeracional.

No contexto das relações humanas, inclusive no ambiente de trabalho, Sato et al.¹⁶ ressaltam a importância de estudos voltados para essa temática para se conhecerem as demandas dos trabalhadores e dar maior visibilidade às interações entre o processo de envelhecimento e o trabalho. Ademais, há uma escassez de investigações e ações sobre o ageísmo, especialmente pesquisas sobre as atitudes preconceituosas contra os trabalhadores mais velhos, incluindo instrumentos que possam identificá-lo nas instituições e ações visando à sua redução.

Sobre a estratificação etária, o termo 'idoso' foi criado na França na década de 1960, substituindo vocábulos depreciativos como 'velho' ou 'velhote', vinculados historicamente a aspectos negativos, tipo: inatividade ou doença. Outra adjetivação, denominada 'jovens idosos', diz respeito ao conceito de terceira idade, para a faixa etária compreendida entre 60 e 80 anos de idade, enquanto os 'idosos velhos', a partir dos 80 anos, fariam parte de uma quarta idade, tradicionalmente associada à imagem de decadência ou de incapacidade mental e física. Ademais, existem diversas classificações relacionadas com a idade (*quadro 1*), principalmente em função de hábitos de vida, padrões de consumo, habilidades com novas tecnologias ou perfil de trabalho¹⁷.

Quadro 1. Coortes das gerações e épocas conforme realidade global e brasileira. 2021

Geração	Nascimento	Idade atual em anos
Veteranos/Belle Époque/Tradicional	1920 a 1940	81 a 101
Quarta Idade	1941 e antes	80 e mais
Era Vargas	1930 a 1945	76 a 91
Baby Boomer/Woodstock	1940 a 1960	61 a 81
Terceira Idade	1956/1961 a 1940	60/65 a 79
Pós-Guerra	1946 a 1964	57 a 75
Otimismo	1955 a 1967	54 a 66
Anos de Ferro	1968 a 1979	42 a 53
Meia Idade	1981 a 1962	40 a 59
Perennials/Perenes/Ageless	1965 em diante	56 e menos

Quadro 1. (cont.)

Geração	Nascimento	Idade atual em anos
Ephemerals/Efêmeros/Ageless	1965 em diante	56 e menos
Geração X	1960 a 1980	41 a 61
Idade do Lobo(a)	1976 a 1986	35 a 45
Década Perdida	1980 a 1991	30 a 41
Seja Você Mesmo	1992 em diante	29 e menos
Geração Y/Millennials	1980 a 1995	26 a 41
Old Millennials	1980 a 1990	31 a 41
Young Millennials/Geração W	1990 a 1995	26 a 31
Geração Z/GenZ/Centenial	1995 a 2010	11 a 26
Geração Alpha/Geração M (Mobile)	2010 em diante	11 e menos

Fonte: adaptado de Motta et al.¹⁸, Zomer et al.¹⁹, Anaya-Sanchez et al.²⁰.

Um exemplo de que o ageísmo perpassa os diversos estratos etários pode ser observado entre as gerações Y e Z, onde a primeira estereotipa a segunda de ‘geração *zombie*’, caracterizando-a como ‘zumbis’, que, em analogia, andam em bandos, apresentam uma fome (consumo) insaciável (irreversível e insustentável), contaminam-se uns com os outros etc.; enquanto a segunda retribui a agressão adjetivando a primeira de ‘*cringe*’, cujo termo (gíria da língua inglesa), em tradução aproximada para a língua portuguesa, significa ‘vergonhoso’, pela manutenção de hábitos considerados, por alguns, como obsoletos – a exemplo de: pagar contas utilizando boletos bancários, consumir café; e pintar/usar unhas do tipo ‘francesinha’, entre outros¹⁸⁻²⁰.

Assim, o ageísmo é tão antigo quanto os conflitos e negociações de interesses entre os jovens, os adultos e os idosos em função de relações de poder e de prestígio, simbólicas e/ou materiais. Logo, desde tempos imemoriais, em todas as latitudes e longitudes, diante de situações nas quais ocorrem crises, com ou sem privações ou perigo iminente de morte, os adultos não hesitam em priorizar inicialmente crianças e jovens, para considerar os mais idosos posteriormente¹².

A internalização do ageísmo pelos próprios idosos não é incomum, quando naturalizam o aceite de tratamentos depreciativos e paternalistas que recebem das pessoas, das

instituições, dos serviços (públicos e privados) e das redes sociais. Essa naturalização é silenciosa e perigosa porque amplifica os estereótipos, tornando-os atributos esperados com relação aos idosos, inclusive pelos próprios idosos. Com isso, pessoas mais velhas recebem tratamento e acesso desiguais no que diz respeito a direitos e oportunidades sociais, baseados em critérios ageístas e na falácia da homogeneização do envelhecimento, que considera o idoso uma pessoa frágil, dependente, improdutiva e desamparada¹³.

O ageísmo também pode ser compreendido a partir da ideologia produtivista frente a demandas capitalistas neoliberais que minimizam as histórias de vida das pessoas idosas, reduzindo suas redes de solidariedade e de apoio, intensificando as desigualdades sociais, as dificuldades financeiras e educacionais, refletidas, muitas vezes, em barreiras de gênero, de cor/raça e de textura da pele dos idosos, por vezes ressecadas pelas asperezas sociais, por lembrar da finitude ou pela invisibilidade identitária que oprime e exclui¹³.

Na lógica das leis do mercado, o sistema previdenciário social considera os idosos enquanto gastos permanentes para os cidadãos de bem, contribuintes para o progresso da nação capitalista. Com isso, são elaborados instrumentos para deixar viver e para fazer morrer, no hiato entre o ser e sentir-se produtivo ou

dispendioso ao sistema, portanto, produzindo condições para sobrevivência ou para morte, física e/ou social²¹.

A sindemia covídica e a ampliação do ageísmo

O discurso ageísta se tornou, literalmente, mais ‘viralizado’ nas redes sociais também na sociedade brasileira, durante o surgimento da Covid-19, inicialmente considerada como uma doença de velhos onde se recomendava veementemente manter, e muitas vezes ‘prender’ ou ‘trancar’, os idosos em casa. A representatividade positiva da pessoa idosa foi substituída pela estereotípia depreciativa, disseminada juntamente com a divulgação de medidas de contenção do novo coronavírus, a exemplo do distanciamento físico, vertical, promotoras, também, às vezes, da negligência, da solidão, do isolamento social, da depressão, da ansiedade e de abusos físicos e psicossociais²².

Considerando que, antes da chegada do novo coronavírus, os longevos já conviviam com sentimentos de solidão, o distanciamento físico, chamado no imaginário do senso comum de ‘isolamento social’, colaborou para reduzir as relações sociais e as redes de apoio, potencializadas pela sensação de luto pela perda de familiares e de pessoas queridas, minimizando a sensação de pertencimento aos seus lares e lugares, acirrando sofrimentos. O desafio é encontrar novos arranjos de sociabilidade e de solidariedade intergeracionais^{22,23}.

É consenso que a pandemia da Covid-19, que chegou ao País colapsando os sistemas de saúde de várias cidades, explicitou diversas facetas do ageísmo enraizado (persistente) no Brasil. Essa temática deveria ser debatida com maior frequência, na

Ilusória soberania dos vivos que um dia serão os próximos mortos, capitalizando prestígio social ao ofício dos provedores da vida, mas também dos cuidadores da morte²⁴⁽⁵⁵⁰⁾.

Por sua vez, as mídias sociais avançaram consideravelmente na disseminação de informações, enquanto meio de comunicação, impulsionando a necessidade de monitorar os conteúdos das notícias falsas (*fake news*) diante da sua rápida disseminação em diversos canais. Assim, paralelamente às notícias oficiais veiculadas em veículos tradicionais e idôneos, a circulação de áudios e de vídeos falsos com recomendações equivocadas, muitas vezes intencionalmente, simularam conteúdos supostamente verdadeiros, falseando suas fontes como se fossem de instituições de prestígio público²⁵.

Em adição, os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) afloraram em parceria com a pandemia, possibilitando que o Coronavírus encontrasse um território fértil nas desigualdades e nas injustiças sociais para que pudesse operar com mais eficiência seu itinerário desolador. Não se pode terceirizar a culpa atribuindo ao vírus a discriminação social que os humanos fazem, por exemplo, entrelaçada no nacionalismo, racismo, xenofobia e capitalismo, de forma que o avanço da Covid-19 conjuga cada vez mais as características de uma pandemia de classe, de gênero e de raça²⁶.

A temática acerca da pandemia se espalhou nos noticiários e nas rodas de conversa entre amigos, vizinhos, familiares, colegas de trabalho e nos discursos dos políticos e dos gestores. Nessa direção, existe muito a ser feito além da esfera financeira. É necessário investimento humano ampliando a compreensão sobre essa realidade complexa, principalmente com relação aos que defendem a redução de políticas sociais e que revelam dificuldades de reconhecimento solidário com as comunidades mais vulneráveis economicamente⁶.

O caráter sinérgico entre os agravos e os problemas sociais compõe uma rede complexa de enlaces e de determinações, denominada ‘sindemia’ (juntando os termos ‘epidemia’ e ‘sinergia’), indicando que as epidemias podem se sobrepor umas às outras sob fatores sociais, ambientais e culturais propícios ao desenvolvimento de determinadas doenças. Nessa

direção, uma sindemia ocorre a partir da interação de duas ou mais doenças em um contexto social nocivo à saúde pública, pela sincronia entre elementos biológicos e as disparidades sociais, que amplificam os efeitos, principalmente em grupos mais vulneráveis²⁷.

Portanto, uma sinergia entre determinantes e condicionantes de saúde individuais e coletivos, influenciados por: patogenia, transmissibilidade, prevenção, terapêutica e prognóstico de agravos emergentes e/ou persistentes; aspectos socioculturais (hábitos, crenças, valores, educação); elementos estruturais populacionais (demográficos, etários, econômicos, migratórios); e por condições ambientais, a exemplo de poluição, esgotamento de recursos naturais e alterações climáticas²⁸.

A designação da pandemia da Covid-19 a essa palavra (sindemia) não é modismo, pois amplifica a compreensão da problemática em direção a um enfrentamento mais abrangente e efetivo, reorientando os enfoques tradicionais da saúde coletiva, inclusive acerca do ageísmo, assumindo seu caráter complexo, polissêmico e polimorfo, enquanto manifestação articulada de fenômenos, ao mesmo tempo, sinérgicos e antagônicos, multidimensionais, multifatoriais e interdisciplinares²⁹.

No Brasil, atualmente, Veiga-Neto²⁹ identifica cinco tipos de crises sinérgicas: covídica; econômica; política; ética; e 'estúltica' (de asnice). Essa combinação se complexifica ainda mais em função de um mundo cada vez mais conectado, permeável e aberto à livre circulação de informações de todo tipo, tanto as boas quanto as más, bem como as falsas notícias, mentiras, orientações e desorientações, muitas vezes grosseiras ou bem elaboradas, amplas, críticas ou acrílicas, porém, igualmente emitidas, difundidas e viralizadas.

Parte dessa estultice decorre de perfis mal preparados e acrílicos dos consumidores das informações e dos conteúdos visualizados, lidos ou escutados, absorvidos como se tudo fosse, a priori, mentira ou verdade, muitas vezes apresentado de forma aparentemente plausível, intencional, intuído a enganar ou

confundir. Certamente, esses aspectos deixam parte da população à mercê de influências externas, à deriva, errática, tendenciosa a mudar de opinião a partir da manipulação e não por criticidade ou reflexão²⁹.

Em recente revisão integrativa, Silva et al.³⁰ apontaram alguns impactos do isolamento social e do uso das tecnologias e mídias sociais nas relações intergeracionais no cenário da Covid-19, bem como criticaram a destinação de recursos e cuidados intensivos baseados exclusivamente em critérios etários. A maioria das publicações indicou que o ageísmo sempre esteve presente na sociedade, entretanto, sendo mais evidente durante a pandemia do novo coronavírus, na forma de discriminação contra os idosos.

Nessa direção, os discursos ageístas influenciam negativamente a vida dos idosos, causando prejuízos sociais e psicológicos. O tratamento dispensado aos idosos, no contexto pandêmico, confirma a ocorrência mais comum do ageísmo com relação aos mais velhos do que relacionados aos mais jovens, provavelmente pela combinação entre a maior vulnerabilidade biológica e o menor poder político daqueles quando comparado a estes³⁰.

Na atualidade, independentemente de pandemias, boa parte dos idosos está cada vez mais diante da possibilidade de viverem sozinhos, com menores oportunidades de interação social, pois ficam mais tempo em casa e cada vez menos em atividades sociais e recreativas, pelas dificuldades de acessibilidade. Ademais, esse público recorre menos aos aplicativos de comunicação instantânea para informação, compras, contatos e para diversão. Tudo isso aumenta o risco da solidão pelo distanciamento, além de físico, social, exacerbado na sindemia da Covid-19³¹.

Considerando o isolamento social como sendo a ausência de contato ou de comunicação social ou de participação em atividades sociais, sua ocorrência está associada ao aumento de um terço de chance de mortalidade, de forma que a solidão emocional

emerge enquanto experiência pessoal de produção de sentimentos negativos (desinteresse, tédio, fadiga e apatia), que amplificam as dores, as insônias, a falta de apetite e o sedentarismo, aumentando a possibilidade de evolução para depressão e sofrimento mental³².

A reformulação, enquanto sindemia, permite que os aspectos supracitados sejam considerados como partes não isoladas de um problema maior que afeta o mundo todo, que vai além dos agravos individuais e dos cuidados específicos com as doenças para os cuidados gerais com a saúde humana e ambiental, buscando identificar as interações biológicas, sociais, culturais, políticas, econômicas e ambientais, especificamente nos países em desenvolvimento, onde persistem problemas educacionais, desemprego, falta de saneamento básico, de tratamento de resíduos etc. Nesse contexto, esse complexo de problemas que amplificam as complicações e dificuldades existentes e persistentes pode gerar uma espécie de catástrofe biopolítica, cuja solução, difícil, exigirá atitudes à altura, em modos de ver, de ser e de agir biopolítico³³.

No campo da biopolítica, ocorre a articulação, em um lado, de gestores astutos ou despreparados, bem ou mal-intencionados, e, do outro lado, os governados, parte desinformados ou indiferentes diante da aprendizagem e da necessidade de desenvolvimento de postura e de condutas éticas moralmente justificáveis, de acordo com princípios estruturados de forma histórico-social, para promover reconhecimento mútuo, respeitoso e solidário. Portanto, uma partilha sem ser caritativa, fundamentada na capacidade de escuta e de reflexão, centrada na potência do encontro, na 'governamentalidade' que conecta o governo de si mesmo com o governo dos outros²⁹.

De fato, mais do que nunca, torna-se fundamental considerar a necessidade de pensar, de sentir e de agir através da proposição de medidas biopolíticas e/ou bioéticas

para enfrentar tanto as manifestações da sindemia covídica quanto do ageísmo, para atenuar seus determinantes multifatoriais em suas diversas dimensões. Conforme a narrativa de cada governo tem sido de enfrentamento, de negação ou de indiferença à pandemia, a Covid-19 amplificou o ageísmo, principalmente com relação aos maiores de 60 anos de idade, da invisibilidade para uma abertura disseminada e em escala global²⁸.

Nessa direção, a representação frequente dos idosos no contexto da sindemia covídica os expõe como um grupo de risco, como se esse público fosse um estrato homogêneo da população formado apenas por pessoas indefesas, vulneráveis e com necessidades de proteção que, de forma contraditória, não receberão a atenção adequada em função da priorização do atendimento aos mais jovens²⁸.

O ageísmo vinculado à Covid-19 pode afetar a saúde mental dos mais velhos durante o distanciamento social, pois já se espera, naturalmente, que os idosos se isolem, independentemente de terem ou não algum agravo. Ademais, muitos deles se sentem um fardo para a sociedade, aumentando a sensação de frustração e a depressão, também pela demonstração de indiferença, por parte das pessoas e das instituições, com relação ao número de mortes de idosos pela pandemia²⁸.

Uma das possíveis soluções perpassa a proposição e a divulgação (viralização) de iniciativas de valorização de espaços, da autonomia, da dignidade e de opiniões protagonizadas pelos mais velhos para que se sintam acolhidos e percebidos pela sociedade enquanto cidadãos ativos, independentes, críticos, produtivos e digitais, e não apenas uma massa amorfa pesada.

Afinal, a ausência da valorização do envelhecimento pela sociedade faz essa mesma sociedade algoz de si mesma, desconsiderando seu próprio processo de envelhecimento ao disseminar diversas manifestações de ageísmo ou infantilizar a imagem dos mais velhos. O mundo necessita com urgência de ativistas da longevidade.

O enfoque bioético enquanto episteme e ferramenta interventiva inter/transdisciplinar

Caracteriza-se um questionamento enquanto ‘ético’ quando ele se relaciona com a ação humana cotidiana envolvendo – no todo ou em parte – pessoas, coletividade e meio ambiente. Nesse modo, uma postura ética conjuga comportamentos e discernimentos existenciais modulando relações sociais para harmonizar interesses pessoais e coletivos associados com a qualidade de vida. Ademais, a bioética – enquanto ética aplicada – preocupa-se com os limites e com as finalidades da ação (intervenção) humana sobre a vida, compreendendo os conflitos para encontrar consensos plausíveis em cada situação analisada³⁴.

Considerando que a expertise humana desenvolve critérios para enquadramento ético centrado no beneficiamento e na coesão da sociedade, os atos éticos (livres, voluntários e conscientes) deveriam ser: realizados por sujeitos com liberdade de pensamento e sem coerção de qualquer espécie; e baseados na percepção (consciência) da existência de conflitos, com posicionamento livre entre a emoção e a razão (autonomia) e com maturidade emocional, coerência e repertório social³⁵.

A proposta da corrente de pensamento denominada ‘Bioética de Intervenção’ é ser um instrumento de reflexão sobre problemas bioéticos persistentes e/ou emergentes contextualizados em cenários de desigualdades sociais, a exemplo da América Latina e demais países do Hemisfério Sul. A BI contempla no seu escopo uma perspectiva de justiça social crítica contestadora do neocolonialismo social, cultural, econômico, científico e ambiental dos países desenvolvidos sobre os países em desenvolvimento³⁶.

Entre os pressupostos da BI, figuram: a conscientização política de dilemas morais em circunstâncias de exclusão social, pensados ‘do’, ‘para’ e ‘com’ o Hemisfério Sul; a

dialogicidade em permanente construção, sustentada pela solidariedade comprometida com o cotidiano e valorativa das diferenças; a proposição de transformação através da mobilização social nos espaços democráticos de encontro, reflexão, contestação e negociação; um consequencialismo descolonizado preocupado, principalmente, com as problemáticas persistentes que não deveriam acontecer mais na contemporaneidade, a exemplo do racismo, sexismo e do ageísmo^{37,38}.

Percebe-se, portanto, uma proximidade do escopo da BI ao campo da saúde coletiva, pelo estímulo ao exercício de cidadania para o alcance da justiça como equidade, enlaçada numa capilaridade do saber transdisciplinar, ampliando olhares interdisciplinares acerca de aspectos conflituosos sobre a complexidade da vida em sociedades pluriversais. Ademais, ambas alicerçam suas construções nas reflexões das ações humanas sobre os desafios das situações sociais concretas exigentes de atitudes responsáveis transformadoras (pessoais, sociais, sanitárias e ecológicas), através intervenções éticas aplicadas^{7,39}.

Acredita-se que o debate bioético sobre os valores que permeiam as questões estigmatizantes do ageísmo poderia auxiliar na visibilidade dessa problemática, minimizando as vulnerabilidades que afetam, principalmente, os idosos. Portanto, a BI e a saúde coletiva comungam da mesma militância enquanto episteme e ferramentas de inspiração e de aplicação (intervenção) de estratégias capazes de contribuir para reduzir as desigualdades sociais, bem como atenuar os determinantes e condicionantes do ageísmo em suas dimensões institucional, pessoal e autoinfligida, propondo pactuações e ressignificações, equilibrando suas relações de poder⁴⁰.

Para isso, a BI considera os indivíduos de uma sociedade enquanto protagonistas, apurados com consciência crítica e comprometidos com a participação social, para alcance equitativo de direitos que assegurem o reconhecimento recíproco de pessoas e de grupos, prestigiando suas diversidades e seus valores^{41,42}.

Diante do contexto da sindemia da Covid-19, a estereotipia e a estigmatização baseada na idade demandaram discussões éticas importantes. Inicialmente, em função do risco iminente de sobrecarga e colapso no acesso aos sistemas de saúde, o debate aconteceu acerca da alocação de recursos de saúde prioritariamente para os usuários mais jovens e adultos, alimentando o dilema ético fundamental sobre o direito à vida e sobre o direito de algum(ns) profissional(is) decidir(em) quem deveria viver ou morrer^{30,43}.

Parafraseando Singer⁴⁴, quando argumenta sobre a inexistência de diferença intrínseca entre matar e deixar morrer, não há significado ético intrínseco entre discriminar e deixar discriminar. Portanto, conseqüentemente e aparentemente, diante de situações cotidianas em que se identifiquem ou se percebam pensamentos, sentimentos ou atitudes depreciativas relacionadas com a idade das pessoas, todos seriam ageístas.

Entre os dilemas éticos mais evidentes durante a sindemia da Covid-19, inicialmente, surgiu a classificação da triagem utilitária, quanto ao acesso a equipamentos biomédicos, em três situações possíveis, contextualizados diante da escassez de recursos: as pessoas com probabilidade de sobreviver sem cuidados médicos; os indivíduos com possibilidades de sobrevivência caso recebessem assistência médica; e aqueles que, ainda que recebessem cuidados/assistência médica, não sobreviveriam. Diante desse dilema, em muitos lugares, apenas os sujeitos classificados na segunda alternativa descrita acima receberam assistência médica. Nesta situação, a lógica consensual era a ideia utilitarista de equilibrar recursos limitados com a maior eficácia possível⁴⁵.

O etarismo, persistente, dificultou o alcance da plenitude de direitos: à saúde; ao acesso; à justiça; e à vida (e à morte) digna. A lógica de seleção de corpos (principalmente dos mais idosos) como descartáveis transferiu a celebração da conquista do aumento da expectativa de vida, verificado na transição demográfica, para a estigmatização enquanto um fardo

financeiro sustentado pela seguridade social, bem como com relação ao abandono ou à ausência do governo em assegurar a proteção dos idosos, com o argumento de que a morte deles na pandemia representaria economia aos cofres públicos e à seguridade social. Conseqüentemente, a sindemia da Covid-19 exacerbou, no Brasil, os abusos psicológicos, econômicos, culturais e físicos já existentes e, agora, mais do que nunca, persistentes^{45,46}.

Retomando a questão da ocupação de leitos escassos em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e no acesso a respiradores, a depreciação relacionada às pessoas idosas contribuiu para modelar as práticas sociais quando associou predominantemente o tempo de vida como critério valorativo social de cada um, de forma que as decisões protocolares podem conter vieses implícitos desconsiderando a diversidade e o pluralismo do envelhecer. Nesse sentido, protocolos que incorporem, de maneira reducionista ou simplista, decisões contrárias às pessoas mais velhas, sem levar em consideração a complexidade dos demais aspectos, podem atuar como instrumentos a serviço de uma necropolítica ageísta⁴⁷.

Lloyd-Sherlock et al.⁴⁸ apontam a necessidade de reconhecimento das singularidades das pessoas longevas, que devem ser consideradas na elaboração de planos locais, nacionais e internacionais para enfrentamento do novo coronavírus, pois o risco de morte por Covid-19 aumenta com a idade, para evitar a aplicação de critérios discriminatórios, pela impossibilidade de atender a todos. Nesse contexto, a bioética é indispensável para estimular reflexões pertinentes buscando alternativas coerentes.

Algumas situações merecem consideração, no contexto dos países em desenvolvimento, pelo risco de aumentarem a desigualdade de acesso e a marginalização dos idosos: a dinâmica familiar em que os pais trabalham distante de suas residências, deixando os filhos com os avós enquanto estão no trabalho, fato que dificulta o distanciamento físico; a quantidade significativa de pessoas idosas que residem em instituições de longa permanência (lares

de idosos), que exigem fiscalização sanitária para que não se tipifiquem como incubadoras de infecções; a capacidade dos sistemas de saúde de lidar com aumentos da demanda, especialmente nas situações que requerem suporte respiratório, principalmente com relação às pessoas mais velhas, frente às restrições de equipamentos e de capacidades; e o quantitativo de trabalhadores de saúde com expertise adequada para enfrentamento, em tempo hábil, dos desafios da sindemia⁴⁸.

Portanto, a destinação de recursos e as oportunidades de acesso à saúde baseadas apenas na idade caracterizam-se como ageísmo, pois, mesmo em situações consideradas críticas, outros parâmetros devem ser requisitados, a exemplo das limitações clínicas, vulnerabilidades, funcionalidades/capacidades e comorbidades. Todos têm direito à vida, e as decisões rápidas deveriam ser tomadas pela equipe, em conjunto com o usuário e com sua família. Torna-se cada vez mais importante a comunicação adequada entre todos para melhorar a compreensão da heterogeneidade do envelhecimento, renunciando os estereótipos relacionados com a velhice³⁰.

A tensão intergeracional, caracterizada enquanto conflito entre pessoas de diversas gerações, esteve manifestada geralmente na forma de raiva, ódio ou cancelamento nas redes sociais, por exemplo, por causa da resistência de alguns quanto ao uso de máscaras ou pela falta de adesão às medidas de distanciamento. Além disso, a forma como os profissionais de saúde consideram o envelhecimento e o idoso pode determinar e influenciar o atendimento e o tratamento direcionado aos longevos⁴⁹.

Ademais, na sindemia covídica, em alguns territórios, foi estabelecida a premissa de que os mais velhos já viveram de forma suficiente suas vidas, sendo agora a hora, portanto, de uma renúncia, desconsiderando sua autonomia, independência e suas necessidades sociais. Tais fatos indicaram uma acentuada diferença de perspectivas de vida, bem como de elevação da animosidade entre gerações, quando fundamentadas de

forma simplista apenas relacionadas à idade, como uma espécie de marcador de risco e de letalidade⁴³.

Com o afloramento dos conflitos morais referentes ao valor da vida das pessoas idosas, destacam-se alguns apontamentos baseados na ética e no conhecimento sobre o envelhecimento saudável para o combate ao ageísmo durante a sindemia da Covid-19: o idoso faz parte de um estrato heterogêneo, com saúde e funcionalidade bem melhores do que os estereótipos negativos sugerem; os limites/barreiras de idade para acesso aos serviços de saúde, bem como à terapia intensiva e outras formas de assistência médica, são inapropriados e antiéticos; a visão depreciativa da velhice é perigosa para os idosos e para a própria sociedade, que também envelhece; a solidariedade entre as gerações deve ser fortalecida; deve-se resistir às atitudes paternalistas ou infantilizadas relacionadas aos idosos; e a crise da Covid-19 exige o uso de modernas tecnologias da informação e comunicação entre os idosos⁵⁰.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é importante enquanto cenário para identificação, prevenção e enfrentamento das manifestações de ageísmo, no sentido de aprimoramento das ações de vigilância em saúde, pela vinculação mais próxima das comunidades, a exemplo das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), principalmente pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que atuam de forma cotidiana nos territórios. Portanto, a APS precisa ser considerada a partir de uma abordagem mais integral, gerando informações e conhecimentos sobre os aspectos singulares da vida em todas as suas etapas e idades⁵¹.

A capilaridade perene entre trabalhadores, usuários e gestores, na APS e no SUS, é pertinente para se pensar em estratégias conjuntas de enfrentamento, estabelecendo linhas de cuidado na rede local e intermunicipal de saúde, a partir do trabalho interprofissional, com parcerias intersetoriais articuladas, em ações mais enfáticas que não fiquem apenas

a nível dos discursos e que tenham, de fato, um componente interventivo e transformador inspirado nos referenciais da BI^{36,38,52}.

A atual crise, global e local, é sindêmica, sanitária, política, econômica e social, e exige inovação nos modos de operação e radicalização da lógica de intervenção comunitária no exercício de novas formas de sociabilidade e de solidariedade. A APS tem a seu favor a proximidade de conhecimento do território, do acesso e do vínculo entre os usuários e suas equipes de saúde, na integralidade da assistência, no monitoramento das pessoas e famílias vulneráveis e no acompanhamento dos casos suspeitos e leves, fundamentais para a contenção da pandemia e para evitar o agravamento das pessoas com a doença. Essa capilaridade pode ser decisiva na sensibilização e no respeito às estratégias de mitigação do ageísmo^{6,51,52}.

Considerações finais

O artigo articulou aspectos do ageísmo relacionados à síndrome da Covid-19, considerando os referenciais da BI enquanto corrente epistemológica e ferramenta interventiva aproximando saberes ao escopo da saúde coletiva. Discute-se o exercício teórico de abordar problemas complexos sob a ótica de diálogos interdisciplinares: a síndrome covídica para compreensão e enfrentamento bioético dos determinantes e condicionantes ageístas.

O enfrentamento do ageísmo deve ocorrer a partir da implantação de políticas públicas perenes que visem ao bem-estar intergeracional, além de uma educação que resgate o respeito humano, a valorização dos idosos, enquanto prepara de forma igualitária os mais

jovens para envelhecer de modo saudável, com solidariedade intergeracional e respeito aos direitos e à vida.

Ressalta-se a natureza crítico-reflexiva sustentada em importantes pressupostos teóricos que permitem analisar diversos pontos críticos socioculturais e de abrangência em saúde coletiva, trazendo à tona esse tema ainda pouco discutido com relação à síndrome da Covid-19 no Brasil e no mundo. Faz-se necessário aumentar os esforços para a redução do ageísmo, bem como a disseminação responsável de informações sobre essa prática nefasta.

Do ponto de vista prático, espera-se que o artigo possa incentivar a discussão sobre o tema na sociedade e estimular a implantação de práticas para a mitigação do ageísmo, na perspectiva de estimular atos éticos de religação responsáveis e capazes de ampliar conhecimentos, habilidades e competências para elaborar e aplicar intervenções intergeracionais plausíveis e pautadas na ética da vida.

Agradecimentos

Pró-Reitoria de Pós-Graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN); Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RenasF); e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) – Brasil.

Colaboradores

Melo RHV (0000-0003-0595-6020)* e Amorim KPC (0000-0003-4047-6073)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Officer A, Thiyagarajan JA, Schneiders ML, et al. Ageism, healthy life expectancy and population ageing: how are they related? *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2021 [acesso em 2020 out 25]; 17(9):3159. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32370093/>.
2. World Health Organization. Decade of healthy ageing: baseline report. Geneva: World Health Organization; 2020.
3. World Health Organization. Global report on ageism. Geneva: World Health Organization; 2021.
4. França LHFP, Siqueira-Brito AR, Valentini F, et al. Ageism in the organizational context – the perception of Brazilian workers. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 2017 [acesso em 2021 out 25]; 20(6):762-772. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.170052>.
5. Ridgway V, Mason-Whitehead E, McIntosh-Scott A. Visual perceptions of ageing: A longitudinal mixed methods study of UK undergraduate student nurses' attitudes and perceptions towards older people. *Nurse Educ. Pract.* 2018 [acesso em 2021 out 25]; 33(s.n.):63-69. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30245188/>.
6. Sousa AJ, Torres AA, Araújo MM, et al. Atenção primária à saúde e covid-19: uma revisão integrativa. *Cadernos ESP*. 2020 [acesso em 2021 out 25]; 4(1):45-52. Disponível em: <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/313>.
7. Silva LES, Drummond A, Garrafa V. Bioética de intervenção: uma prática politizada na responsabilidade social. *Universitas: Ciências da Saúde*. 2011 [acesso em 2021 out 25]; 9(2):112-119. Disponível em: <https://doi.org/10.5102/ucs.v9i2.1510>.
8. Morin E. Complexidade e transdisciplinaridade: a reforma da universidade e do ensino fundamental. Natal: EDUFRRN; 2000.
9. Secco CLTR. As rugas do tempo na ficção. *Cadernos IPUB-UERJ*. 1999; (10):9-33.
10. Beauvoir S. A velhice. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2018.
11. Debert GG. A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: Editora da USP/FAPESP; 2004.
12. Veras RP, Oliveira M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018 [acesso em 2021 out 25]; 23(6):1929-1936. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018>.
13. Moura LBA. A Pessoa Idosa na Área Metropolitana de Brasília: oportunidades e desafios. In: Vasconcelos AMN, Moura LBA, Jatobá SUS, et al., organizadores. Território e sociedade: as múltiplas faces da Brasília metropolitana. Brasília, DF: Editora UnB; 2019.
14. Butler RN. Ageism: a foreword. *J. Soc. Issues*. 1980 [acesso em 2021 out 25]; 36(2):8-11. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1980.tb02018.x>.
15. Schumacher AA, Puttini RF, Nojimoto T. Vulnerabilidade, reconhecimento e saúde da pessoa idosa: autonomia intersubjetiva e justiça social. *Saúde debate*. 2013 [acesso em 2021 out 25]; 37(97):281-293. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/PpD98dYQWT4hMv8HTFxCKnx/abstract/?lang=pt#>.
16. Sato AT, Barros JO, Jardim TA, et al. Processo de envelhecimento e trabalho: estudo de caso no setor de engenharia de manutenção de um hospital público do Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2017 [acesso em 2021 out 25]; 33(10):e00104717. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00140316>.
17. Marques AM. Velho/Idoso: Construindo o sujeito da terceira idade. *Rev. Esboços*. 2004 [acesso em 2021

- out 25]; 11(11):65-71. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/esbocos/article/view/336>.
18. Motta AB. A atualidade do conceito de gerações na pesquisa sobre o envelhecimento. *Soc. estado*. 2010 [acesso em 2021 out 25]; 25(2):225-250. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-69922010000200005>.
 19. Zomer LB, Santos AR, Costa KCO. O perfil de alunos do curso de administração: um estudo com base nas gerações X, Y e Z. *Revista GUAL*. 2018 [acesso em 2021 out 25]; 11(2):198-221. Disponível em: <https://doi.org/10.5007/1983-4535.2018v11n2p198>.
 20. Anaya-Sánchez R, Castro-Bonaño JM, González-Badía E. Preferencias del consumidor millennial respecto al diseño de webs de social commerce. *Rev. bras. gest. neg.* 2020 [acesso em 2021 out 25]; 22(1):123-139. Disponível em: <https://doi.org/10.7819/rbgn.v22i1.4038>.
 21. Krenak A. *O amanhã não está à venda*. São Paulo: Companhia das Letras; 2020.
 22. Bezerra PA, Soares SA, Franco SB, et al. Perfil sociodemográfico e narrativas de pessoas idosas que já viviam a solidão antes da sindemia do Covid-19. *REALIS*. 2020 [acesso em 2021 out 25]; 10(02):185-196. Disponível em: <https://doi.org/10.51359/2179-7501.2020.248751>.
 23. Moratelli V. O idadismo no contexto da pandemia da Covid-19: como o preconceito etário se tornou evidente no Brasil. *RDS*. 2021 [acesso em 2021 out 25]; 27(1):9-29. Disponível em: <https://doi.org/10.46551/issn2179-6807v27n1p9-29>.
 24. Maciel WC. Pandemia, necropolítica e purificação simbólica dos cuidadores da morte. In: Grossi MP, Toniol R, organizadores. *Cientistas sociais e o coronavírus*. Florianópolis: Tribo da Ilha; 2020.
 25. Lana RM, Coelho FC, Gomes MFC, et al. Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. *Cad. Saúde Pública*. 2020 [acesso em 2021 out 25]; 36(3):e00019620. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00019620>.
 26. Butler J. El capitalismo tiene sus límites. In: Amadeo P, organizador. *Sopa de Wuhan: Pensamiento contemporáneo en tiempos de crisis*. Buenos Aires: ASPO (Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio); 2020. p. 59-66.
 27. Singer M, Bulled N, Ostrach B, et al. Syndemics and the biosocial conception of health. *The Lancet*. 2017 [acesso em 2021 out 25]; 389(10072):941-950. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28271845/>.
 28. Horton R. Offline: COVID-19 is not a pandemic. *Lancet*. 2020 [acesso em 2021 out 25]; 396(10255):874. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32000-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32000-6).
 29. Veiga-Neto A. Mais uma Lição: sindemia covídica e educação. *Educ. Real*. 2020 [acesso em 2021 out 25]; 45(4):e109337. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2175-6236109337>.
 30. Silva MF, Silva DSM, Bacurau AGM, et al. Ageísmo contra idosos no contexto da pandemia da covid-19: uma revisão integrativa. *Rev. Saúde Pública*. 2021 [acesso em 2021 out 25]; (55):4. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/184066>.
 31. Douglas M, Katikireddi SV, Taulbut M, et al. Mitigating the wider health effects of covid-19 pandemic response. *BMJ*. 2020 [acesso em 2021 out 25]; (369):m1557. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.m1557>.
 32. Smith BJ, Lim MH. How the COVID-19 pandemic is focusing attention on loneliness and social isolation. *Public Health Res Pract*. 2020 [acesso em 2021 out 25]; 30(2):3022008. Disponível em: <https://doi.org/10.17061/phrp3022008>.
 33. Santos GP, Vitória SC. A sindemia global da covid-19: uma análise sobre vulnerabilidade social e políticas públicas no Brasil. *RED/UnB*. 2021 [acesso em 2021

- out 25]; 1(19):340-371. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/redunb/article/view/37292>.
34. Fortes PAC. Refletindo sobre valores éticos da Saúde Global. *Saúde soc.* 2015 [acesso em 2021 out 25]; 24(supl1):152-161. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015S01013>.
 35. Segre M, Cohen C. *Bioética*. 3. ed. São Paulo: EDUSP; 2002.
 36. Garrafa V, Porto D. Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. *Bioethics*. 2003 [acesso em 2021 out 25]; 17(5-6):399-416. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/1467-8519.00356>.
 37. Selli L, Garrafa V. Bioética, solidariedade crítica e voluntariado orgânico. *Rev. Saúde Pública*. 2005 [acesso em 2021 out 25]; 39(3):473-478. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000300020>.
 38. Nascimento WF, Garrafa V. Por uma vida não colonizada: diálogo entre bioética de intervenção e colonialidade. *Saúde soc.* 2011 [acesso em 2021 out 25]; 20(2):287-299. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000200003>.
 39. Porto D, Garrafa V. A influência da Reforma Sanitária na construção das bioéticas brasileiras. *Ciênc. Saúde Colet.* 2011 [acesso em 2021 out 25]; 16(supl1):719-729. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700002>.
 40. Vieira ABD, Monteiro PS. Comunidade quilombola: análise do problema persistente do acesso à saúde, sob o enfoque da Bioética de Intervenção. *Saúde debate*. 2013 [acesso em 2021 out 25]; 37(99):610-618. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/GwYSxxVb5DCDkyrXhSxW4JG/abstract/?lang=pt>.
 41. Lacerda TF, Monteiro PS. Bioética e diversidade: condições de saúde da população adulta em situação de rua do Distrito Federal. *Saúde debate*. 2012 [acesso em 2021 out 25]; 36(92):77-85. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341764010.pdf>.
 42. Garrafa V. Ampliação e politização do conceito internacional de bioética. *Rev. bioét.* 2012 [acesso em 2021 out 25]; 1(20):9-20. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/711.
 43. Ayalon L. There is nothing new under the sun: ageism and intergenerational tension in the age of the COVID-19 outbreak. *Int Psychogeriatr.* 2020 [acesso em 2021 out 25]; 32(10):1221-1224. Disponível em: <https://doi.org/10.1017%2FS1041610220000575>.
 44. Singer P. *Ética prática*. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes; 2018.
 45. Dadico CM. Epidemias, pandemias e o ódio: caminhos para a governamentalidade da pandemia da Covid-19. *Revista Publicum*. 2020 [acesso em 2021 out 25]; 6(1):70-93. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/publicum.2020.57572>.
 46. Bispo JP, Santos DB. COVID-19 como sindemia: modelo teórico e fundamentos para a abordagem abrangente em saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2021 [acesso em 2021 out 25]; 37(10):e00119021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00119021>.
 47. Santos B. *A Cruel Pedagogia do Vírus*. Lisboa: Almedina; 2020.
 48. Lloyd-Sherlock P, Ebrahim S, Geffen L, et al. Bearing the brunt of covid-19: older people in low and middle income countries. *BMJ*. 2020 [acesso em 2021 out 25]; (368):m1052. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.m1052>.
 49. Anderson RM, Heesterbeek H, Klinkenberg D, et al. How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic? *Lancet*. 2020 [acesso em 2021 out 25]; 395(10228):931-934. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30567-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30567-5).
 50. Ehni HJ, Wahl HW. Six propositions against ageism in the COVID-19 pandemic. *J Aging Soc Policy*. 2020 [acesso em 2021 out 25]; 32(4-5):515-525. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1770032>.

51. Teixeira MG, Medina MG, Costa MCN, et al. Reorganização da atenção primária à saúde para vigilância universal e contenção da COVID-19. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2020 [acesso em 2021 out 25]; 29(4):e2020494. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000400015>.
52. Mazuchelli LP, Soares MFP, Noronha DO, et al. Discursos sobre os idosos, desigualdade social e os efeitos das medidas de distanciamento social em tem-

pos de covid-19. *Saúde soc*. 2021 [acesso em 2021 out 25]; 30(3):e200885. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200885>.

Recebido em 27/10/2021

Aprovado em 16/03/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) - Brasil - Código de Financiamento 001, através da Pró-Reitoria de Pós-Graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Reforma Sanitária Brasileira: uma revisão sobre os sujeitos políticos e as estratégias de ação

Brazilian Health Sector Reform: a review of political actors and action strategies

João Henrique Araujo Virgens¹, Carmen Fontes Teixeira²

DOI: 10.1590/0103-1104202213320

RESUMO O objetivo deste trabalho foi analisar a produção científica sobre o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, buscando caracterizar os sujeitos envolvidos e as estratégias adotadas. Para isso, foi efetuada uma revisão sistemática de artigos indexados no Portal de periódicos da Capes, na SciELO e na Biblioteca Virtual em Saúde. Os resultados evidenciam a diversidade de olhares acerca dos sujeitos individuais e coletivos que são considerados como integrantes do ‘movimento sanitário’. O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) é o ator mais analisado, mas algumas produções direcionam atenção específica a outras organizações. O protagonismo de cada um desses sujeitos varia em cada artigo e depende também do momento histórico analisado. No que se refere às estratégias, destacam-se tanto a ocupação de espaços no aparelho estatal quanto a produção e divulgação de propostas relacionadas com a defesa do direito universal à saúde e com os diversos aspectos da construção do Sistema Único de Saúde. Além disso, foi identificada uma lacuna na produção científica analisada, porquanto os autores dedicam pouca atenção à caracterização dos sujeitos que compõem o ‘movimento’, aspecto essencial para compreender os conflitos e interesses envolvidos na luta política em torno do processo da reforma sanitária.

PALAVRAS-CHAVE Ativismo político. Reforma do setor saúde. Políticas de saúde.

ABSTRACT *This article aims to analyze the scientific production on the Brazilian Health Sector Reform Movement, seeking to characterize the actors involved and the strategies adopted. To that end, a systematic review of articles indexed in the Capes Journal Portal, in SciELO, and in the Virtual Health Library was carried out. The results show the diversity of views on actors that are considered members of the ‘health movement’. The Brazilian Center for Health Studies (Cebes) is the most analyzed actor, but some productions draw specific attention to other organizations. The protagonism of each of these actors varies in each article and also depends on the historical moment analyzed. In relation to the strategies, both the occupation of spaces in the state apparatus and the production and dissemination of proposals related to the defense of the universal right to health, and the various aspects of the construction of the Unified Health System stand out. In addition, a gap in the analyzed scientific production was identified, as the authors devote little attention to the characterization of the actors that constitute the ‘movement’, an essential aspect to understand the conflicts and interests involved in the political struggle around the health reform process.*

KEYWORDS *Political activism. Health care reform. Policy, health.*

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.

Introdução

Ao analisar a ação política de distintos sujeitos sociais, sejam individuais ou coletivos, tais como entidades, associações, partidos ou outras formas de organização social, é importante considerar que qualquer processo político envolve convergências ou divergências de ideias, conflitos de interesses, negociação e construção de consensos em torno de decisões a serem tomadas e de estratégias a serem implementadas em função dos objetivos pretendidos¹⁻⁶. Ou seja, conflitos ocorrem, tanto quando se enfrentam projetos antagônicos quanto nos momentos em que sujeitos individuais e coletivos se aproximam, na tentativa de desenvolver um agir conjunto e ‘organizado’, em meio aos seus esforços para definir e buscar coerência entre propósitos, estratégias e formas de organização¹⁻³.

Esse pressuposto se aplica ao Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), porquanto tem agregado, ao longo de sua existência, diversos sujeitos com interesses distintos, que, uma vez participando da construção do projeto político e das lutas para concretizá-lo, convergiram e divergiram em diversos momentos, seja na análise da conjuntura em que atuavam e na maneira como interpretam o processo de reforma, seja na definição dos objetivos e das estratégias a serem adotadas.

Considerando a extensa produção sobre a Reforma Sanitária Brasileira (RSB), objeto de reflexão por parte de um conjunto heterogêneo de autores do campo da saúde coletiva desde os anos 1980 até os anos mais recentes, identificamos a pertinência de questionar como os diversos autores abordam os sujeitos envolvidos no movimento, se analisam suas características, suas formas de organização e suas estratégias de ação política adotadas em distintas conjunturas.

O objetivo deste trabalho, portanto, é analisar a produção científica sobre o MRSB, destacando a maneira como são caracterizados e examinados os sujeitos envolvidos, as suas estratégias e os aspectos relacionados com a

forma de organização. Assim, este artigo busca evidenciar as principais diferenças na maneira como esses sujeitos são estudados, tendo em vista subsidiar o debate em torno dos propósitos, formas de organização e estratégias de ação do MRSB na atualidade.

Elementos teórico-metodológicos

Trata-se de uma revisão sistemática⁷⁻¹⁰ desenvolvida a partir da busca de artigos indexados 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”. Foi adotado como critério de inclusão: artigos revisados por pares publicados até 2019. Optamos por não inserir uma data inicial nesse momento da pesquisa, justamente para identificar o ano da primeira produção que se enquadraria nesses critérios (1987) e iniciar nossa revisão a partir desse momento. Após eliminar as repetições, foram selecionados 426 artigos, e lidos os resumos. Foi necessário ler também a introdução e a metodologia de algumas publicações (89), pois muitas delas não explicitavam claramente no resumo se os sujeitos envolvidos no processo da RSB eram analisados. Descartamos 398 produções que tratavam da RSB, mas que não examinavam os atores e suas estratégias. Permaneceram 28 artigos¹¹⁻³⁸ que foram lidos na íntegra, dos quais extraímos as informações³⁹ para desenvolver uma análise baseada em três dimensões centrais para o estudo de sujeitos políticos^{1-6,40}: a) identificação dos sujeitos considerados relevantes para um determinado processo político; b) quais estratégias foram utilizadas para alcançar seus propósitos; e c) quais as formas de organização adotadas por eles.

Ao considerar que cada autor aborda sujeitos e estratégias diferentes – e não é nosso objetivo analisar individualmente a atuação de cada uma das organizações citadas –, fizemos

a escolha de tratar em separado, em um primeiro momento, a maneira como os autores abordam os sujeitos e, em um segundo momento, as estratégias. Além disso, como essas dimensões atravessam diferentes períodos históricos, optamos por não estabelecer um critério rígido de periodização para elas. Contudo, expomos cronologicamente o período em que os sujeitos e as estratégias recebem atenção por parte dos autores para possibilitar a compreensão dos momentos históricos em que se destacam nos artigos revisados.

Este estudo apoia-se na sistematização teórica desenvolvida em uma tese⁴⁰ sobre análise política em saúde, fundamentada especialmente nas contribuições de Testa¹⁻³, por ser um autor que desenvolveu categorias para análise dos sujeitos (individual e coletivo) como desdobramento de sua reflexão sobre o poder em saúde.

Em relação aos sujeitos, propusemos uma categorização que considerou a atuação do ‘sujeito individual’, do ‘sujeito coletivo’ e, em alguns momentos, de grupos com características similares a de ‘organizações federadas’^{6,40}. Conforme aborda Testa¹⁻³, essa análise envolve a delimitação de quem são os sujeitos e seus propósitos (transformação ou conservação). Portanto, consideramos nesta revisão aqueles sujeitos que foram citados como protagonistas nas lutas para promover transformações no sistema de saúde brasileiro, em especial, nas lutas para concretizar o projeto da RSB⁴¹. Não estabelecemos previamente uma caracterização do movimento sanitário como movimento social ou qualquer outro formato organizacional específico, já que não há consenso sobre isso. As considerações feitas ao longo deste artigo visam evidenciar as diferentes maneiras como o MRSB é abordado pelos autores, apontando aspectos relevantes para pensar uma organização política, bem como alguns limites dessas caracterizações ao serem aplicadas ao movimento sanitário.

Atreladas a essa dimensão do sujeito, Testa¹ trata também das estratégias adotadas, priorizando, no caso de organizações com propósito transformador, a tomada de poder, enquanto alternativa para promover uma modificação

abrupta, e a guerra de trincheiras, como possibilidade de realizar mudanças graduais. Além disso, são analisados alguns eixos estratégicos/táticos⁴² naquilo que se refere a ações específicas. Nesse caso, optamos por subdividir esses eixos com base no ‘propósito’ da ação e no ‘cenário’ de atuação dos sujeitos.

Por fim, Testa² aborda ainda o processo de constituição dos sujeitos, considerando o nível e o estado da organização de modo a explicitar como um sujeito potencial poderia se constituir em um ator social organizado. Outros autores que tratam das organizações políticas também fundamentam este artigo, tais como Cerroni⁴ e Bogo⁵, que privilegiam análises acerca do partido e da organização de quadros, e autores anarquistas como Corrêa⁶, que trata da perspectiva autogestionária e das organizações federadas (compostas por diversos sujeitos coletivos sem relações de hierarquia). Contudo, apesar de identificarmos na literatura a importância de olhar para essa dimensão ao se desenvolver análises sobre um sujeito político, a ‘forma de organização’ não pôde ser analisada, pois os artigos sobre o MRSB não continham informações mais precisas sobre ela.

Reforçamos que nosso foco de análise se direciona para a maneira como diferentes autores examinam os sujeitos envolvidos nas lutas pela RSB. Por isso, compartilhamos nesta revisão os principais aspectos que possuem relação com as dimensões analisadas, destacando as divergências identificadas e problematizando alguns pontos que podem ser relevantes para quem pretende continuar a estudar o movimento sanitário ou outros sujeitos com atuação política na saúde e na sociedade.

Resultados

Antes de apresentar os achados relativos aos sujeitos da reforma e suas estratégias de ação, é importante destacar algumas diferenças observadas nos artigos analisados. A primeira

delas diz respeito à diversidade de concepções acerca do movimento sanitário. Para Cohn¹³⁽¹²³⁾, “movimento significa processo, fenômeno dinâmico e inacabado”. Em outro artigo, mas com abordagem similar, a autora define o movimento sanitário brasileiro enquanto “processo político e social”³³⁽²²⁵⁾. Já Paim^{19-21,41} opta por distinguir o “processo” e o “movimento” e afirma que o movimento sanitário é “um conjunto articulado de práticas”⁴¹⁽³³⁾ que teria mobilizado “um bloco de forças políticas, ideológicas e sociais”⁴¹⁽²⁹¹⁾. Com outra abordagem, Santos³⁸⁽²³⁶⁾ considera que o “conjunto de atores sociais e institucionais [...] ficou denominado como [...] MRSB”.

Outro aspecto interessante é a divergência observada quanto ao momento da emergência do movimento sanitário. A maioria dos autores situa o surgimento do movimento em meados dos anos 1970, com a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), porém, o artigo de Falleti²⁴⁽³⁵³⁻³⁵⁴⁾ desloca o surgimento do “movimento sanitário reformista” para a década de 1960, “durante o governo de inclinação esquerdista do Presidente Goulart”, argumentando que a “criação de departamentos de medicina preventiva”, local em que “médicos sanitaristas passaram a ensinar”, já evidenciaria um processo de institucionalização desse movimento. Essa divergência reforça a importância de aprofundar a concepção de movimento, afinal, é possível identificar em artigos como o de Falleti²⁴ indícios de ações entre o final dos anos 1960 e início de 1970 que contribuíram para desencadear a RSB, ou seja, um processo já em curso. Por outro lado, ao conceituar movimento enquanto um conjunto de sujeitos políticos, percebe-se a busca por identificar o momento de fundação de uma entidade que sistematiza as principais ideias e propostas para promover a RSB.

Outra questão diz respeito ao ‘lugar’ de emergência do movimento, pois, para autores como Escorel¹⁴, Fleury²² e Paim²⁰, teria se constituído um movimento social que teve o Estado como um de seus espaços de atuação. Já para Costa²⁹⁽⁸¹⁰⁾, a mobilização política

que levou à adoção do projeto universalista de direito à saúde [...] foi realizada a partir do aparelho de Estado e não da mobilização da sociedade civil ou do movimento social.

Essas diferenças na abordagem do movimento indicam distintas possibilidades de caracterização dos sujeitos da reforma, seja identificando determinadas categorias profissionais, como ‘os médicos sanitaristas’, seja apontando as ‘forças políticas, ideológicas e sociais’, que se organizaram em entidades, associações e outras, ou, ainda, privilegiando gestores e técnicos inseridos em instituições estatais. Dessa maneira, pode-se questionar se o que caracteriza a maneira como esse movimento é abordado não seria, exatamente, a confluência desses diferentes sujeitos, mobilizados em função da dinâmica política, institucional e societária, em distintas conjunturas, como trataremos de evidenciar a seguir.

Os sujeitos da reforma sanitária

Até a primeira metade dos anos 1980, a atenção das análises volta-se prioritariamente para sujeitos como o Cebes e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). Nos anos seguintes, apontam-se a criação da Plenária de Entidades de saúde e o protagonismo do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). Entre os anos 2005 e 2006, há a refundação do Cebes³¹ e o surgimento do Fórum da RSB (FRSB)¹⁹⁻²¹, que seria uma nova tentativa de formalizar uma articulação entre as entidades que defendem o projeto da reforma. No início da década seguinte, surge a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS) com propósito similar, mas agregando outras organizações²⁷.

Percebe-se, assim, que a composição do movimento sanitário se alterou ao longo do tempo, exigindo que a análise dos artigos levasse em conta o momento em que foram elaborados e o contexto a que se referiam⁴³. Desse modo,

foi possível identificar uma diversidade de sujeitos coletivos que teriam contribuído para o processo da RSB (*quadro 1*). Cabe destacar que nossa análise não necessariamente revela

todos os sujeitos atuantes em cada momento histórico, mas se propõe a demonstrar quais organizações receberam atenção por parte dos autores em cada período.

Quadro 1. Sujeitos coletivos e sua atuação entre 1960 e 2019

Sujeitos coletivos/Federações	Atuação	Artigos em que são citados
Departamentos de Medicina Preventiva (DMP)	Anos 1960 e 1970 - protagonismo 1980-(...) - desaparece das análises	11, 12, 13, 14, 18, 19, 23, 24, 25, 28, 30, 32, 37
Movimento estudantil médico e movimento de residentes	Meados dos anos 1970 - protagonismo 1980-(...) - desaparece das análises	14, 16, 18, 19, 28, 30, 32
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes)	1976-1988 - protagonismo 1989-2001 - desaparece das análises 2001-(...) - protagonismo	11, 12, 13, 14, 16, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 36, 37
Partidos	1976-1988 - protagonismo 1989-(...) - desaparece das análises	13, 15, 18, 23, 25, 30, 33, 34, 35, 36
Movimento de Renovação Médica (Reme)	1978-1981 - protagonismo 1982-(...) - desaparece das análises	11, 23
Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco)	1979-1988 - protagonismo 1989-2001 - desaparece das análises 2002 - protagonismo 2003-(...) - desaparece das análises	13, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 37
Organizações populares e sindicais	Anos 1970 e 80 - protagonismo 1990-(...) - desaparece das análises	11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 22, 23, 25, 28, 33, 37, 38
Plenária das Entidades de Saúde	1986-1990 - protagonismo 1990-1995 - desaparece das análises e se extingue	11, 12; 13; 19, 20, 23, 32
Conass e Conasems	Década de 1990 - protagonismo 2000-(...) - desaparece das análises	15, 19, 20, 21, 33
Fórum da Reforma Sanitária Brasileira (FRSB)	2005-2011 - protagonismo 2012-(...) - desaparece das análises	19, 20, 21, 27
Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS)	2010-2012 - protagonismo 2013-(...) - desaparece das análises	26, 27

Fonte: elaboração própria.

Conforme evidenciado no *quadro 1*, entre o momento da emergência do MRSB e a década de 1980, os autores priorizam citar a participação de organizações e instituições que reuniam pesquisadores, estudantes e profissionais de saúde, em especial, o Cebes, a Abrasco e os Departamentos de Medicina Preventiva (DMP). Merece destaque o fato de o Cebes ter sido o sujeito mais mencionado nos estudos (21) e sobre o qual as análises são mais detalhadas. Por outro lado, apesar de a Abrasco (15) e de os DMP (13) terem

também sido citados com frequência, houve pouco aprofundamento analítico sobre eles.

Ao abordar os anos 1970 e 1980, artigos como os de Cohn^{13,18,33} e Menicucci e Brasil²³ acrescentam a participação de movimentos populares, sindicatos e igreja, mas sem apresentar muitos detalhes acerca de sua atuação. No caso dos sindicatos, tratados como exemplos de sujeitos que contribuíram para o processo da RSB, houve atenção especial dedicada a eles nos estudos de Lacaz³⁷ e Santos³⁸.

Alguns artigos citam ainda a participação de partidos políticos, mas o foco direciona-se prioritariamente para a atuação de sujeitos individuais que os representam. Contudo, eles também são considerados relevantes enquanto sujeitos coletivos da RSB. Para Cohn¹⁸⁽⁸⁷⁾, a RSB teria sido ‘liderada’ por dois partidos (Partido Comunista Brasileiro – PCB e Partido dos Trabalhadores – PT), mas sob a ‘hegemonia’ dos ‘comunistas’. Menicucci e Brasil²³ concordam que os principais ‘expoentes’ do movimento são de origem partidária, em especial, o PCB, mas não desconsideram outros sujeitos. Jacobina³⁰ também evidencia a existência de relações entre o Cebes e o PCB, identificando membros que participavam das duas entidades.

Além desses, dois artigos mais recentes destacam a relação entre o MRSB e o PCB, apontando o ‘fantasma da classe ausente’, que representaria a pouca participação de organizações populares no processo da RSB^{35,36}. Esses autores, contudo, não problematizam o fato de essa expressão ter sido cunhada por ‘Antônio Sérgio Arouca’, integrante do PCB e alinhado com o grupo vitorioso em embate eleitoral no início da constituição do Cebes, que privilegiava a estratégia pelo alto³⁰. Portanto, é importante questionar se a frágil articulação com as classes populares é uma crítica que se aplicaria ao MRSB ou que se restringe aos núcleos do PCB e do ‘movimento sanitário’, dos quais Arouca esteve próximo. Essa é uma pergunta que pode ter diversas respostas a depender da concepção de movimento e dos sujeitos considerados nas análises.

Na virada da década de 1980 para 1990, os autores apontam divergências com relação ao papel da Plenária das entidades de saúde e das instâncias colegiadas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conass e o Conasems. No caso da Plenária, alguns autores afirmam que ela teria sido criada pelo ‘movimento sanitário’ para promover sua ação política^{12,19,20,32}, sendo uma nova configuração do ‘movimento sanitário’, ou seja, um ‘ator’^{11,12,19,20}; enquanto outros a tratam como um espaço em que o movimento apenas atuou, constituindo uma ‘arena’²³.

Com relação ao Conass e ao Conasems, os autores não afirmam que eles compõem o MRSB, apesar de terem contribuído para sustentação do projeto de construção do SUS. Nesse sentido, Menicucci e Brasil²³⁽³⁹²⁾, partindo da constatação de que os sujeitos da RSB não teriam conseguido dar “sustentabilidade ao movimento no momento de implementação da reforma da política de saúde”, comentam que ela passou a ser protagonizada por entidades representantes dos gestores do sistema (Conass e Conasems). O papel desses colegiados também é destacado por Paim¹⁹⁻²¹, que os identifica entre os “sujeitos que contribuíram para a sustentação política do projeto”²¹⁽³²⁾. Percebe-se, nessas abordagens, uma preocupação em diferenciar quem é o ‘movimento sanitário’ e quem apenas defende os princípios e/ou as propostas da RSB, já que o Conass e o Conasems não são tratados como ‘sujeitos do movimento’.

Isso demonstra que alguns critérios, além da defesa do projeto da RSB e da contribuição para o processo, precisariam ser atendidos para caracterizar uma organização como parte do ‘movimento’, mas esse aspecto não é aprofundado em nenhum dos artigos revisados. Ademais, essas diferentes maneiras de caracterizar um mesmo ‘movimento’ impactam na delimitação de quem o compõe e na visão de cada autor acerca do papel das instituições estatais e das organizações da sociedade civil no processo da RSB.

Nos anos 2000, além da refundação do Cebes^{19-21,31}, destaca-se o surgimento do FRSB^{19-21,27} e a criação da FNCPS^{26,27}. Enquanto o FRSB é tratado como uma nova configuração do MRSB, ou seja, uma tentativa de formalizar a articulação entre alguns sujeitos coletivos que atuaram nas décadas anteriores, inclusive o Cebes e a Abrasco, a FNCPS não é apresentada em uma perspectiva de convergência com essas organizações. No artigo de Santos²⁶, a existência do FRSB e das entidades que o compõem é ignorada; enquanto para Silva²⁷, a Frente surge como antítese, já que o Fórum defenderia “o projeto

da Terceira Via” – baseado “na ideologia da pós-modernidade e na ideologia social-liberal, que tende à construção do consenso e apassivamento”²⁷⁽¹⁶⁵⁾ – ao qual, segundo ela, a Frente se contrapõe²⁷⁽¹⁶⁰⁾. A maneira como essa abordagem é apresentada evidencia que podem ser desenvolvidos estudos considerando tanto a existência de duas configurações antitéticas dentro de um único ‘movimento sanitário’ como de dois ‘movimentos sanitários’ segregados e com projetos diferentes.

Cabe registrar que organizações como Rede Unida, Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres), Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde (Ampasa) e Rede Nacional de Médicos e Médicas Populares não foram inseridas no *quadro 1*, pois são apenas citadas em alguns artigos^{20,21,27,38}, mas sem comentários sobre a contribuição delas para o processo da RSB.

Além dos sujeitos coletivos, alguns sujeitos individuais também são mencionados, com destaque para sua atuação como profissionais/pesquisadores/gestores de saúde, militantes de algum partido e parte do ‘movimento sanitário’ em entidades como Cebes, Abrasco, sindicatos e/ou outras organizações, quais sejam: Eleutério Rodriguez Neto e Antônio Sérgio Arouca do PCB, e Hésio Cordeiro e Raphael Almeida Magalhães do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB). Além deles, são citados David Capistrano Filho, Carlos Gentile de Mello, Antônio Ivo de Carvalho, Anna Leonor de Carvalho, José de Carvalho Noronha e Lucia Souto^{13,15,18,23,25,33-36}.

Diante dos comentários sobre essas pessoas nos artigos, cabe problematizar se haveria possibilidade de um sujeito individual tornar-se politicamente expressivo sem articulações de caráter coletivo ou, ao contrário, uma organização coletiva alcançar seus objetivos sem sujeitos individuais que representem, de maneira qualificada e efetiva, as demandas coletivas nos diferentes espaços em que se exige atuar por ‘delegação’. Com isso, perde-se o sentido de olhar para uma dimensão ‘ou’ outra. Ambas merecem ser consideradas.

Percebe-se, portanto, que os aspectos mais relevantes e sem consenso na análise do sujeito da RSB envolvem as divergências acerca de quem o compõe atreladas aos embates sobre sua coesão. Apesar de todos os artigos examinarem o que denominam como ‘movimento sanitário’, os sujeitos individuais e coletivos selecionados para compor a análise são diferentes; e, portanto, os resultados são também impactados por essas escolhas. Assim, com base na revisão realizada, não foi possível responder conclusivamente se existe um movimento coeso ou apenas articulações momentâneas entre sujeitos individuais e coletivos que têm lutado pela RSB nas diversas conjunturas políticas que se sucederam ao longo de sua existência.

As estratégias do ‘movimento sanitário’

Ao analisar a dimensão estratégica, identificamos propostas para sistematizar a ação dos sujeitos com base em duas perspectivas: a) em torno do espaço de atuação dos sujeitos (cenário); e b) com base nos seus propósitos.

A maioria dos autores aponta uma atuação que se direciona à ocupação de espaços no Estado em contraposição a uma outra voltada para a articulação com organizações populares e sindicais^{11,14,16,17,24}. Essas abordagens guardam certas similaridades com a sistematização proposta por Paim⁴¹, que subdivide a atuação do movimento em três vias: a ‘sociocomunitária’, ‘legislativo-parlamentar’ e ‘técnico-institucional’. Contudo, enquanto essas proposições centram sua subdivisão no cenário de atuação, autoras como Falleti²⁴⁽³⁵⁵⁾ destacam mais os propósitos das ações. Para ela,

o movimento sanitário tinha uma estratégia que se desdobrava em três elementos: (1) produzir e disseminar as propostas de sua reforma progressista; (2) ocupar posições de poder [...] e (3) influenciar o Congresso Nacional.

Diante dessas possibilidades, optamos por subdividir as ações dos sujeitos da RSB em oito eixos, com base nessas duas dimensões, de acordo com a maneira como os autores as apresentam (*quadro 2*). Os primeiros cinco eixos têm como referência os propósitos, enquanto os eixos finais consideram o espaço/cenário em que o sujeito atua. Apesar disso, não consideramos que as análises da ação possam estar limitadas à escolha entre uma

variável ou outra (cenário/propósito), já que é possível identificar diferentes cenários de ação naquilo que se refere a cada propósito e diferentes propósitos ao analisar cada espaço de atuação. Os diferentes cenários também estão conectados entre si, o que acontece igualmente com os propósitos. Destacamos, assim, a importância de analisar essas dimensões de maneira articulada.

Quadro 2. Eixos estratégicos e ações privilegiadas nas análises acerca do MRSB

Eixos	Ações
1. Ações preparatórias	- 'constituição do(s) sujeito(s)' ^{22,31} - 'autolegitimação' ^{14,22,31} - qualificação do movimento ²⁸
2. Luta pela democracia e sua preservação	- luta pela redemocratização ^{11,14,16,18,19,21,23} - aprimoramento das instituições democráticas ²⁵
3. Produção de conhecimentos	- emergência da saúde coletiva ^{11,19,21,23,28,32} - estudos na área da saúde ^{14,25} - análises sobre o sistema e a situação de saúde ¹⁸
4. Elaboração de propostas e experimentação	- formulação de propostas para o sistema de saúde ^{11-14,19,21,23-25,27,29,32} - projetos experimentais ^{12,13,17,23,29}
5. Difusão de ideias	- aprofundamento da consciência sanitária ^{11,12,19,22,24,31} - circulação de conhecimentos científicos ^{13,23,30,31,37} - difusão de ideias nas entidades profissionais ¹⁴ - produção e circulação de documentos políticos ^{19,20,25,27-31} - ações de formação e assessoria junto a organizações populares ^{12,14,25} - participação em eventos e debates ^{25,30,31} - assessoria a parlamentares e difusão de propostas no âmbito do legislativo ^{11,12,14,19,23,24,28,31} - divulgação de experiências exitosas ^{25,29} - atos públicos ^{27,34}
6. Articulações e ocupações de espaço na sociedade civil	- articulação com movimentos sociais e outras organizações populares ^{11,14,16-18,23,25,30} - conquista da direção de entidades como a AMB em 1981 ²³
7. Lutas por dentro do Estado	- ocupação de espaços estratégicos no aparelho governamental ^{11-13,15-19,22-24,28,29,33,35,36} - atuação em conselhos e conferências de saúde ^{16,17,19,24-26,28,31,32} - contribuir para a eleição de deputados, prefeitos e vereadores ²³ - articulação com parlamentares ^{15,17,19,31} - ações focadas na constituinte e na construção da lei orgânica da saúde ^{15,16,18,19,22,23,29,32} - atuação no judiciário ²⁷
8. Lutas no âmbito internacional	- ocupação de espaços na Opa ²⁴ - articulação com grupos internacionais como a Alames e participação em seus congressos ³¹ - articulação com personalidades internacionais como Giovanni Berlinguer ^{12,13} - convênios de secretarias de saúde com organismos internacionais ¹²

Fonte: elaboração própria.

Conforme observa-se no *quadro 2*, as ações receberam atenção diferenciada por parte dos autores, e algumas delas aparecem nos artigos sem afirmações claras de que teriam sido desencadeadas pelo ‘movimento sanitário’. Contudo, como apontado no item anterior, pelo fato de existirem divergências sobre quem compõe o movimento, optamos por também citá-las.

Na emergência do MRSB, observam-se ações relacionadas com a busca por constituir um movimento com legitimidade para liderar o processo da reforma, elaborar propostas de mudanças no sistema de saúde e lutar pela sua inserção no arcabouço legal brasileiro. Nessa linha, Fleury²²⁽⁷⁴⁷⁾ considera que algumas das estratégias com propósito “expansionista de uma hegemonia em formação” envolviam o “reconhecimento político e institucional do Movimento Sanitário como sujeito e dirigente do processo reformador”. Diferentemente da maioria das abordagens, há um destaque especial para constituir um sujeito hegemônico e cujo reconhecimento lhe permita ‘dirigir o processo’ como parte da estratégia, ou seja, tornar-se vanguarda⁵, de modo a possuir força e legitimidade para propor/impôr seu projeto aos demais.

Outra autora que utiliza expressões similares é Cohn¹⁸, mas o faz para afirmar que a RSB teria sido ‘liderada’ pelo PCB e pelo PT, sob ‘hegemonia’ do primeiro. Essa hegemonia do Partido Comunista no início da construção do Cebes também é relatada por Escorel¹⁴ e Stotz³⁵. Cohn¹⁸ considera, ainda, que havia uma dupla abordagem estratégica adotada pelo ‘movimento sanitário’, e isso só teria sido possível por causa da existência de grupos específicos que agiam de maneiras distintas e com diferentes formas de organização. Para ela:

Havia certa divisão de trabalho: no âmbito institucional, a primazia cabia às lideranças e aos militantes comunistas, enquanto na mobilização das massas e das forças populares, a primazia era dos militantes petistas¹⁸⁽⁸⁷⁾.

Em meio às disputas de poder, teria sido imposta ao ‘movimento sanitário’ a forma de

organização adotada pelo Partido Comunista, que seria a de se constituir como “partido de quadros”, priorizando a “estratégia de ocupação de espaços no interior do aparelho do Estado”, em detrimento da perspectiva adotada pelo PT, que atuava como “partido de massas”¹⁸⁽⁸⁷⁾.

É importante examinar, portanto, se essa maneira de abordar o MRSB não o colocaria na condição de dirigido ou de ‘subdirigente’, já que faz uma relação direta entre a presença de militantes de partidos com as estratégias e a forma de organização que teriam sido adotadas na constituição do ‘movimento’. Por outro lado, é uma abordagem que pode omitir a influência e a atuação de integrantes sem filiação partidária nessas organizações.

Nos anos 1960 e 1970, destacam-se ainda a produção e a difusão de conhecimentos, evidenciando que esse é também o período de emergência da saúde coletiva, o desenvolvimento de projetos experimentais, que demonstram caminhos possíveis para promover transformações no sistema de saúde brasileiro, e a participação nas lutas pela redemocratização.

Entre o final dos anos 1970 e 1980, as ações mais comentadas são aquelas relacionadas com a difusão das ideias e propostas do MRSB no âmbito da sociedade civil e do Estado, que se dá em articulação com o momento em que seus militantes passam a ocupar espaços no aparelho governamental. Além disso, recebe atenção também a atuação na VIII Conferência Nacional de Saúde e na constituinte.

A partir dos anos 1990, prioriza-se a institucionalização do SUS e a defesa dos princípios constitucionais^{19,20,26-28,31,32}. A preocupação com esses aspectos permanece presente até a última década analisada, mas, se nos anos 1990 não é explicitado protagonismo das organizações compostas por membros da sociedade civil, nos anos 2000, em especial, a partir da refundação do Cebes e do surgimento do FRSB e da FNCPS, voltam a aparecer nos artigos ações desses sujeitos. Silva²⁷ destaca, por exemplo, documentos formulados pelo

FRSB e pela FNCPS e comenta sobre atos em defesa da Emenda Constitucional 29 e uma atuação por parte da Frente com propósito de pressionar o judiciário para evitar a “implementação das Organizações Sociais como novo modelo de gestão nos serviços públicos de saúde”²⁷⁽¹⁶⁴⁾.

No caso específico do Cebes, após sua ‘refundação’, Santos e Teixeira³¹⁽¹³⁹⁻¹⁴⁰⁾ evidenciam ações que remetem ao início da trajetória do movimento sanitário, tais como: “um processo de fortalecimento da entidade e de reagrupamento dos ‘cebianos’, intelectuais e representantes de movimentos sociais organizados, por meio da realização de uma série de seminários” (constituição de sujeitos); a decisão por manter a revista Saúde em Debate e de outros meios para ‘difundir ideias’; e “o retorno às atividades propriamente políticas [...] com a participação do Centro no VIII Simpósio sobre Política de Saúde da Câmara dos Deputados, ocorrido em junho de 2005”³¹⁽¹³⁹⁻¹⁴⁰⁾ e as lutas para ampliar o orçamento federal da saúde (atuação com parlamentares).

Ao considerar as estratégias explicitadas ao longo de toda a trajetória do ‘movimento sanitário’, merece destaque o fato de não terem sido mencionadas ações focadas em intervir diretamente sobre o modo de produção (base econômica) em uma perspectiva que extrapolasse o setor saúde⁴⁰. Essa dimensão apareceu na construção do marco teórico de alguns artigos, mas não como parte prioritária da atuação do movimento. Foi possível identificar alguns autores – entre eles, Paim²⁰⁽⁶²⁹⁾ – que apontam a necessidade de caminhar em direção ao socialismo diante da impossibilidade de “compatibilizar a plena cidadania política e social com o capitalismo”. Contudo, não aparecem ações protagonizadas pelos sujeitos da RSB voltadas, por exemplo, para estimular ou promover a socialização radical dos meios de produção. Segundo Pereira¹⁵, teria apenas sido lançada a proposta de “estatização progressiva do sistema”, mas limitada aos serviços de saúde e sem ser abordada como uma ação que poderia contribuir para superar o modo

de produção capitalista. Nota-se, assim, pouca atenção direcionada para examinar ações diretamente relacionadas ao que seria um eixo agregador de embates na ‘esfera econômica’⁴⁰, situação que pode evidenciar um direcionamento estratégico do ‘movimento’ ou uma lacuna nas análises.

Inexistem também elementos que evidenciem o apoio a uma luta voltada para a ‘tomada de poder’ do Estado ou para seu enfraquecimento^{1,6,40}. Ao analisar a maneira como são apresentadas as estratégias direcionadas ao âmbito estatal, são identificadas atuações que visam: 1) forçar o Estado a incorporar as demandas dos setores populares a partir de pressões externas; ou 2) ocupar espaços no aparelho estatal e difundir ideias em suas diversas instâncias com objetivo de promover reformas parciais a partir de ações internas, ‘pelo alto’.

Cabe destacar que a atuação nos conselhos e conferências de saúde também tem como principal propósito intervir sobre as políticas setoriais. Foram instâncias criadas para agregar as organizações populares na luta no interior do Estado, sem necessariamente questionar sua existência. Além disso, elas estão instituídas sob as regras e lógicas estatais, tendo seu foco direcionado para acompanhar e propor políticas públicas. O sucesso desses espaços de ‘controle social’ depende ainda do comprometimento de quem está na gestão dos serviços de saúde com a materialização daquilo que é decidido nos conselhos e nas conferências de saúde.

Em seu artigo de 1989, Cohn¹³⁽¹³⁴⁾ já questionava as possíveis implicações de priorizar a ocupação de espaços no aparelho estatal já que o sucesso dessa estratégia estaria submetido “às flutuações da conjuntura política”. Em artigo mais recente, a autora defende que houve um esgotamento dessa proposta, apontando para o fato de os “reformistas sanitários terem sido aliados dos postos estratégicos de mando do Ministério da Saúde e de seus similares nos níveis estadual e municipal”³³⁽²³⁴⁾. Essa visão leva a autora a indicar que há necessidade de o

MRSB direcionar mais esforços para mobilizar a sociedade. Além dela, Dantas³⁶⁽¹⁵³⁾ afirma ser “tarefa do movimento sanitário sair em busca da classe que sugere ‘ausente’ fora do estreito campo da saúde e da institucionalidade do Estado e da academia”. Assim também o faz Santos³⁸⁽²⁴⁴⁾, ao defender “que as lutas extrapolem as fronteiras do setor saúde”, e Lacaz³⁷⁽¹²⁸⁾, que propõe “reestabelecer uma articulação mais ampla na sociedade civil organizada” e “encetar uma luta anticapitalista, para além da democracia liberal”.

Percebe-se, portanto, que, à exceção das citações que indicam atuação do ‘movimento sanitário’ nas lutas pela redemocratização (1970-1980), não foram elencadas outras ações que extrapolam o âmbito setorial. Da maneira como o ‘movimento da RSB’ é analisado, percebe-se um claro direcionamento para uma transformação limitada à dimensão da ‘macropolítica de saúde’ (reforma do sistema de saúde). Nessa situação, o objetivo é setorial e não se direciona para uma proposta de grande transformação. Já a partir da década de 1990, o foco volta-se para a institucionalização do SUS e para as ‘micropolíticas setoriais’ (políticas específicas de saúde), situação que confirmaria a ausência de um enfrentamento mais amplo. Ou seja, as ações privilegiadas pelos artigos não apontam que o movimento teria se voltado para o macrossocial, tendo sua atuação se direcionado ao microssetorial.

Breves comentários sobre os aspectos organizacionais

Nenhum dos artigos aprofunda elementos relacionados com a forma de organização do ‘movimento sanitário’ ou dos sujeitos que o compõem. Alguns autores comentam sobre sua origem ter se dado a partir da atuação de sujeitos provenientes das instituições acadêmicas ou apontam elementos que evidenciam a influência partidária na maneira de se organizar e nas estratégias adotadas.

Apesar dos diferentes formatos de organização dos sujeitos políticos examinados

pelos autores ao longo da trajetória do ‘movimento sanitário’, nos artigos, são citadas apenas algumas possíveis novas configurações adotadas no intuito de promover a articulação daqueles que defendem o projeto da RSB. Hoje, existem, por exemplo, o FRSB e a FNCPS, e ambos podem ter surgido como uma tentativa de dar coesão aos sujeitos coletivos que lutam pelo projeto da RSB. No entanto, mesmo alguns artigos evidenciando o fato de a formação do ‘Fórum’ e da ‘Frente’ ter se dado por meio da aproximação de sujeitos coletivos sem estabelecer relações de hierarquia entre eles, características das ‘organizações federadas’, não aparecem elementos que evidenciem a maneira como eles interagem e se relacionam. Não são analisadas, portanto, as maneiras como os atores envolvidos com o processo da RSB se subdividem organizacionalmente, como são tomadas as decisões estratégicas ou como são definidas as funções de cada sujeito individual e coletivo.

O silêncio sobre essas dimensões é um dos fatores que limita a possibilidade de construir convergências acerca daqueles que podem ser considerados como protagonistas no ‘movimento sanitário’. Isso leva a uma situação em que cada autor pode analisar um ‘movimento’ diferente, mas utilizando a mesma nomenclatura (MRSB). Ou seja, seriam diferentes ‘objetos’ de estudo sob análise, condição que interfere na comparação dos resultados dos artigos.

Em termos organizacionais, destacam-se basicamente os comentários de Escorel¹⁴⁽⁵⁵⁾ acerca dos núcleos do Cebes, já que ela cita o fato de ser priorizada a articulação com sindicatos no caso de São Paulo, enquanto o grupo de Brasília teria se ‘especializado’ em uma atuação no Legislativo, de maneira a prestar “assessoria [...] a parlamentares progressistas membros da Comissão de Saúde”. Isso evidencia um formato organizacional com subdivisão de núcleos com atuações distintas, integrando um mesmo sujeito coletivo. A autora não deixa claro se essas diferenças decorrem da autonomia de cada núcleo ou se era uma diretriz da diretoria da entidade a

definição dessas prioridades. Isso coloca em questão se o Cebes, tomado como exemplo, é uma organização em que a diretoria representa uma 'vanguarda' em relação aos núcleos ou se esses núcleos assumem um caráter autônomo de modo a se aproximar mais da lógica de uma 'organização federada', sem centralizar o poder de decisão. A exposição desse aspecto contribuiria para o avanço nas análises tanto em relação à disposição organizacional quanto ao processo decisório.

Além desses elementos apresentados, comentários sobre a forma de organização aparecem de maneira secundarizada, em especial, em momentos que os autores citam a relação do MRSB com os partidos ou delimitam quem faz parte de determinados grupos, mas não existem menções sobre como se dava a interação entre os sujeitos explicitados.

Discussão e conclusões

A partir dessa sistematização, identifica-se que os fatos privilegiados pelos autores e os protagonistas da RSB, mesmo em períodos similares, não são os mesmos, o que impacta nas interpretações do processo. Em comum nos artigos, percebe-se a pouca atenção para examinar as dinâmicas organizacionais do 'movimento'. Diante disso, é importante questionar tanto os limites dos quadros teóricos adotados para estudá-lo quanto o silenciamento a respeito de dimensões que poderiam contribuir para aprofundar elementos pouco abordados acerca do(s) sujeito(s) pesquisado(s).

A respeito do âmbito estratégico, as análises foram construídas com base em diferentes perspectivas, e isso repercute em como é examinada a coerência entre os métodos adotados pelos diversos sujeitos e seus propósitos. Se tomamos dois referenciais teóricos distintos para analisar uma das ações prioritárias do movimento sanitário, que é a ocupação de espaços no Estado com o propósito de promover amplas transformações políticas 'pelo alto', podemos evidenciar as seguintes divergências. Para abordagens

anarquistas⁶, essa estratégia é incoerente com o propósito de construir uma sociedade livre da opressão e da exploração. Afinal, assumiria a posição de que é preciso ter o controle do Estado para impor aos demais aquilo que se percebe como 'adequado' pelas 'forças políticas' que o 'ocupam'. Ou seja, a obtenção da 'hegemonia' no âmbito estatal coloca o sujeito na condição de opressor com pleno poder sobre todo seu aparato coercitivo, que pode ser usado em qualquer situação para garantir a implementação do projeto político defendido. Para alguns autores que se apoiam no marxismo, não há incoerência nesse caso, e mudanças graduais poderiam ser construídas por meio da 'guerra de trincheiras' no interior do Estado se a organização não se limitar ao reformismo^{1,40}.

Essas diferenças impactam na possibilidade de construção de articulações mais amplas que não dependem apenas da existência de propósitos similares. A questão central aqui é que, mesmo para grupos com propósito aparentemente convergente, é possível que as análises de cada sujeito indiquem que determinados modos de agir e de se organizar não contribuam para alcançar o objetivo pretendido. Ao contrário, podem impedir que isso ocorra.

Além disso, sem necessariamente divergir de algumas de suas referências marxistas^{44,45}, o 'movimento sanitário' contribuiu para fortalecer âmbitos que centralizavam as decisões sobre a saúde, atuando, inclusive, para unificar as ações controladas pelos Ministérios da Previdência e da Saúde¹⁵. Assim, não atuou no sentido de descentralização do poder de decisão na lógica autogestionária^{6,40}, seu foco foi centralizar a gestão da saúde no Estado, já que, mesmo ao considerar o processo de municipalização e o 'controle social', essas dinâmicas se constituíram dentro dos limites estabelecidos pelas instituições estatais, restringindo a possibilidade de a população exercer sua autonomia sobre seu processo de cuidado.

Consideramos também que, pelas divergências apresentadas nos artigos, a depender da maneira como se estude o 'movimento sanitário', ele, dialeticamente, foi e não foi um sujeito

coeso e que existiu e não existiu um sujeito central da reforma mais importante que os demais. O que seria da reforma sem contar com membros de partidos que ocuparam cargos em posições estratégicas? Sem a atuação no âmbito local, desenvolvida por diversas organizações populares com apoio de movimentos sociais, das comunidades eclesiais de base, associações de moradores, movimentos rurais, sindicatos, entre outros? Sem a academia e outros que colocaram ideias em prática na forma de projetos experimentais e que, a partir da análise dos resultados, puderam propor um sistema com evidências de que seria viável e mais efetivo? Sem os mais diversos sujeitos individuais que contribuíram para viabilizar as estratégias aqui evidenciadas, mesmo sem fazer parte de qualquer organização?

Observamos, no entanto, que os artigos e os livros consultados sobre o tema trazem poucas contribuições para esclarecer aspectos relativos à coesão organizacional ao longo da trajetória do ‘movimento sanitário’. São explicitadas convergências e aproximações temporárias entre diferentes sujeitos coletivos com propósitos comuns que desencadearam diversas ações, mas sem apresentar elos organizativos entre eles. Menicucci e Brasil²³⁽³⁹¹⁾ chegam a afirmar que o ‘movimento sanitário’ “não se constituiu como uma organização formalizada e com uma identidade coletiva demarcada e reconhecida”.

Diante disso, no caso das abordagens que propõem tratar o ‘movimento sanitário’ enquanto um sujeito coletivo, é relevante questionar se indivíduos e grupos, que sequer compartilham espaços de diálogo e decisão, podem compor uma mesma organização ou um único movimento. Assim, parece-nos equivocada a ideia de que basta ter um conjunto de sujeitos que defenda uma pauta, independentemente de haver algum elo de coesão organizacional entre eles, para ser considerada a existência de um único ‘movimento organizado’. Porém, no caso analisado, cabe considerar que isso depende das referências teórico-metodológicas e dos sujeitos privilegiados em

cada estudo. O fato de a expressão ‘movimento’ ter aparecido como sinônimo de processo em alguns momentos pode também ter impactado nas análises que se voltaram prioritariamente para as ações em curso e pouco examinaram os sujeitos e seus aspectos organizacionais.

Ao tratar exclusivamente do Cebes, foi possível identificar elementos que evidenciam a busca por coesão organizacional no momento de sua fundação e nas tentativas de superação de suas crises¹⁴. Porém, a busca por respostas mais precisas sobre essa dimensão demanda estudos aprofundados para analisar sua forma de organização ou se ele possui as características, por exemplo, de um ‘movimento social’, uma ‘comunidade epistêmica’ e/ou um ‘partido sanitário’⁴⁰. Contudo, nenhum autor afirma que o Cebes é, sozinho, ‘o movimento sanitário’ nem aprofunda análises sobre sua forma de organização. Nos estudos que tratam do ‘MRSB’, sujeitos como o Cebes aparecem como parte de um grupo mais amplo de atores. Ou seja, o ‘movimento sanitário’ surge nos artigos como um conjunto de sujeitos que atuam em torno da defesa do projeto da RSB, mas sem consenso sobre quem seriam e sem evidências de interação permanente entre eles.

Dessa maneira, consideramos que, com base nas definições de ‘movimento social’ assumidas pelos autores, seria incoerente, sob a expressão ‘movimento da reforma sanitária’, não abarcar os mais diversos sujeitos que contribuíram para as mudanças no sistema de saúde brasileiro. Apesar disso, não descartamos a existência de um movimento específico de sanitaristas em torno de entidades como o Cebes, a Abrasco e outras organizações, mas, mesmo nesse caso, não identificamos elementos de coesão para tratá-los como um único ‘movimento organizado’.

Contudo, caso o ‘movimento sanitário’ seja considerado como a expressão das organizações da sociedade civil que têm atuado para defender o projeto da RSB, a articulação desenvolvida a partir da criação da Plenária de Saúde e da FNCPS torna inequívoca a participação direta de organizações populares, tais como

partidos, sindicatos e movimentos sociais. Dessa maneira, torna-se questionável a ideia de ausência de uma classe e ganha força a hipótese de terem se constituído grupos hegemônicos no interior do MRSB que conseguiram determinar as suas prioridades estratégicas.

Por fim, com base nesta revisão, é possível concluir que a organização do ‘movimento’ partiu do nível individual e de pequenos grupos com atuação local e passou a assumir uma configuração que contou com a composição de sujeitos coletivos de caráter nacional. Isso não indica que os sujeitos individuais e coletivos tenham perdido relevância nem que passou a existir um único movimento coeso, mas é evidenciada pelos autores a necessidade de ampliar ‘a base de sustentação do movimento’ e de construir formas de aproximação que possam gerar algum grau de formalidade.

O desafio lançado para os trabalhos que virão, portanto, é a retomada da pergunta sobre quem compõe o ‘movimento sanitário’ e quais seus propósitos, métodos e formas de organização. As lacunas e os silenciamentos observados nos artigos analisados não

permitem responder se houve um grupo coeso que desencadeou ações tático-estratégicas de maneira articulada ou se elas ocorreram a partir da sagacidade de alguns sujeitos individuais com propósitos comuns que aproveitaram as ‘janelas de oportunidade’ sem depender de articulação prévia. A superação dessas lacunas possibilitaria constituir uma vertente de estudos focada no olhar que se volta para o interior das organizações, nesse caso, as que atuaram no processo da RSB, e contribuiria para responder a essas e a outras questões em aberto sobre o MRSB.

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. Testa M. Pensamento estratégico e lógica de programação. O caso da saúde. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Abrasco; 1995.
2. Testa M. Vida. Señas de Identidad (Miradas al Espejo). Salud Colect. 2005; 1(1):33-58.
3. Testa M. Decidir en salud: ¿quién?, ¿cómo? y ¿por qué?. Salud Colect. 2007; 3(3):247-257.
4. Cerroni U. Teoria do partido político. São Paulo: Livraria Editora Ciências Humanas; 1982.
5. Bogo A. Organização política e política de quadros. São Paulo: Expressão Popular; 2011.
6. Corrêa F. Bandeira Negra: rediscutindo o anarquismo. Curitiba: Editora prisma; 2015.
7. Lopes ALM, Fracolli LA. Revisão sistemática de lite-

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- ratura 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>.
8. 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.
 9. Sampaio RF, Mancini MC. Estudos de revisão sistemática: 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>.
 10. 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>.
 11. 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>.
 12. 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=TODO&pesq=&x=95&y=9.
 13. 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>.
 14. 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>.
 15. 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>.
 16. 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>.
 17. 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>.
 18. 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>.
 19. 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>.
 20. 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>.
 21. 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>.
 22. 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>.
 23. 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>.
24. Falletti 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>.
25. 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>.
26. 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>.
27. 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>.
28. 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>.
29. 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>.
30. 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>.
31. 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>.
32. 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>.
33. 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>.
34. 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>.
35. 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>.
36. 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>.
37. 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. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019s809>.
38. 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>.
39. Bardin L. *Análise de conteúdo.* 4. ed. Lisboa: Edições 70; 2010.
40. Virgens JHA. *Análise política em saúde: contribui-*

ções teórico-metodológicas acerca das dinâmicas estruturais, conjunturais, dos sujeitos e das ações políticas. [tese]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2019. 292 p.

41. Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
42. Harnecker M. Estratégia e tática. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular; 2012.
43. Virgens JH, Teixeira CF. Estudos sobre o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: olhares diversos sobre um mesmo fenômeno. Saúde debate. 2022 [acesso em 2022 abr 14]; 46(132):211-226. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213215>.

44. Teixeira SF, organizadora. Reforma sanitária: em busca de uma teoria. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco; 1995.

45. Fleury S, organizadora. Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018.

Recebido em: 14/08/2021
Aprovado em: 23/12/2021
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (Capes) - Código de Financiamento 001.
Bolsa do autor Virgens JHA

Continuidade do cuidado a partir do hospital: interdisciplinaridade e dispositivos para integralidade na rede de atenção à saúde

Continuity of care from the hospital: interdisciplinarity and devices for integrality in health care networks

Stephanie Marques Moura Franco Belga¹, Alzira de Oliveira Jorge¹, Kênia Lara Silva¹

DOI: 10.1590/0103-1104202213321

RESUMO O objetivo deste estudo foi analisar a produção científica sobre a continuidade do cuidado e a integralidade da atenção, identificando dispositivos utilizados para essa construção a partir do hospital. A presente investigação é uma revisão integrativa realizada nos meses de junho e julho de 2021. Assim, para a seleção dos artigos, utilizou-se das bases de dados PubMed/Medline, Lilacs, BDENF e Lis. Foram analisados 36 artigos. Da análise, emergiram três categorias: Cuidado em saúde e integralidade dentro do hospital; O enlace e as conexões na continuidade do cuidado; Redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde e a continuidade do cuidado. A análise permitiu identificar estratégias/ferramentas sobre a organização do trabalho na dimensão micropolítica da produção do cuidado em saúde. Os principais dispositivos encontrados foram: alta segura, corridas de leitos, gestão da clínica, discussão de casos, linhas de cuidado, enfermeira de enlace, complexos reguladores, educação permanente e multidisciplinaridade. Concluiu-se que, embora alguns estudos se refiram a uma prática na rede de atenção à saúde ainda fragmentada, os dispositivos mencionados constituem-se em avanços em direção a um modelo de atenção baseado em linhas de cuidado dentro do hospital e para fora, buscando articulação com a rede de atenção à saúde.

PALAVRAS-CHAVE Integralidade em saúde. Continuidade da assistência ao paciente. Equipe de assistência ao paciente. Assistência de saúde universal. Serviços de saúde comunitária.

ABSTRACT *The aim of this study is to analyze the scientific production on the continuity and comprehensiveness of care, identifying devices used for this construction starting from the hospital. This research is an integrative review carried out in June and July 2021. Thus, PubMed/Medline, Lilacs, BDENF, and Lis databases were used for the selection of articles. Thirty-six articles were analyzed. Three categories emerged from the analysis: Health care and comprehensiveness within the hospital; The linkage and connections in the continuity of care; Health care networks in the Unified Health System and continuity of care. The analysis allowed identifying strategies/tools on the organization of work in the micropolitical dimension of health care production. The main devices found were: safe discharge, bed races, clinic management, case discussion, care lines, liaison nurses, regulatory complexes, continuing education, and multidisciplinary. It was concluded that, although some studies are related to a practice in the still fragmented health care network, the mentioned devices constitute advances towards a model of care based on lines of care within and outside the hospital seeking articulation with the health care network.*

¹Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil.
stephaniebelga@gmail.com

KEYWORDS *Integrality in health. Continuity of patient care. Patient care team. Universal health care. Community health services.*



Introdução

A Constituição Federal de 1988 e as Leis nº 8.080 e nº 8.142, ambas de 1990, ao estabelecerem as bases e a direcionalidade do Sistema Único de Saúde (SUS), legitimaram a saúde como direito de todos os cidadãos brasileiros. Nesse sentido, essas legislações trouxeram alguns avanços, como o atendimento universal da população, a organização e o fortalecimento dos sistemas municipais e estaduais de saúde, a ampliação da oferta de serviços e de cobertura assistencial e, ainda, a institucionalização de mecanismos democráticos tais quais espaços de pactuação entre gestores e controle social¹⁻³.

Dessa forma, a evolução do SUS, nos últimos 30 anos, pode ser visualizada na ampliação da oferta de serviços e de profissionais, assim como das possibilidades de acesso. A mudança na composição de recursos humanos resultou na disponibilidade de profissionais da área da saúde em geral, e, mais especificamente, em unidades de atenção básica⁴, além da expansão dos serviços em todos os níveis de atenção, incluindo os hospitalares e da Rede de Urgência e Emergência a partir da década de 2000⁵.

No entanto, o sistema é marcado ainda por uma rede desarticulada, assimétrica e incompleta de serviços de saúde que operam diferentes tecnologias e que são acessados de maneira desigual pelos usuários. Desse modo, observa-se, muitas vezes, a descontinuidade dos processos de cuidado, com limitação do acesso e agravamento dos quadros clínicos, resultando em superlotação de alguns pontos de atenção, principalmente no nível terciário⁶.

Em boa parte dos serviços hospitalares, existe uma forma de acesso ao sistema de saúde em que os usuários realizam a busca direta, na tentativa de resolver problemas, esperando que haja um atendimento mais resolutivo e integral. Tal realidade constitui-se em um desafio intrínseco a esses serviços, tanto no Brasil quanto em outros países⁷.

Por isso, faz-se necessário desvendar e compreender o que está por detrás dessa complexa instituição e as especificidades que constituem esse campo, tanto do ponto de vista macro quanto micropolítico. Além disso, construir novos arranjos que propiciem a ética da produção da vida em si, com a qual os usuários marcam a produção do cuidado em saúde⁸.

É possível notar, também, que, no processo de gestão hospitalar, frequentemente, observam-se arranjos organizativos ineficientes, resultado de planejamentos pautados na oferta, e não na demanda definida a partir do perfil epidemiológico e socioeconômico da população, e desarticulados dos demais equipamentos da rede de atenção, que impactam nos custos em saúde para o Estado e na oferta assistencial para população. Superar esses modos organizativos tem sido desafiador, uma vez que muitos dos serviços hospitalares desenvolvem um papel quase exclusivamente de estabilizar o usuário em condição crítica de saúde, e não se definem igual a uma estação cuidadora da Rede, de modo a garantir, além da internação, uma alta responsável e articulada⁹.

Considerando-se os problemas mencionados, bem como outros que contribuem para a desarticulação da rede de atenção e a fragilidade na continuidade do cuidado, o presente estudo busca responder à pergunta: quais são os dispositivos utilizados por usuários, instituições e profissionais para garantir a continuidade do cuidado e a integralidade a partir da perspectiva do hospital? Dessa forma, dispositivo refere-se ao modo como variados elementos se vinculam e se relacionam para atingir determinado fim e a rede que se pode estabelecer entre estes elementos. O dispositivo não é estático, duro, mas dinâmico e com uma função estratégica dominante¹⁰.

Para isso, objetiva-se analisar a produção científica sobre a continuidade do cuidado e a integralidade da atenção, identificando dispositivos utilizados para essa construção a partir do hospital.

Metodologia

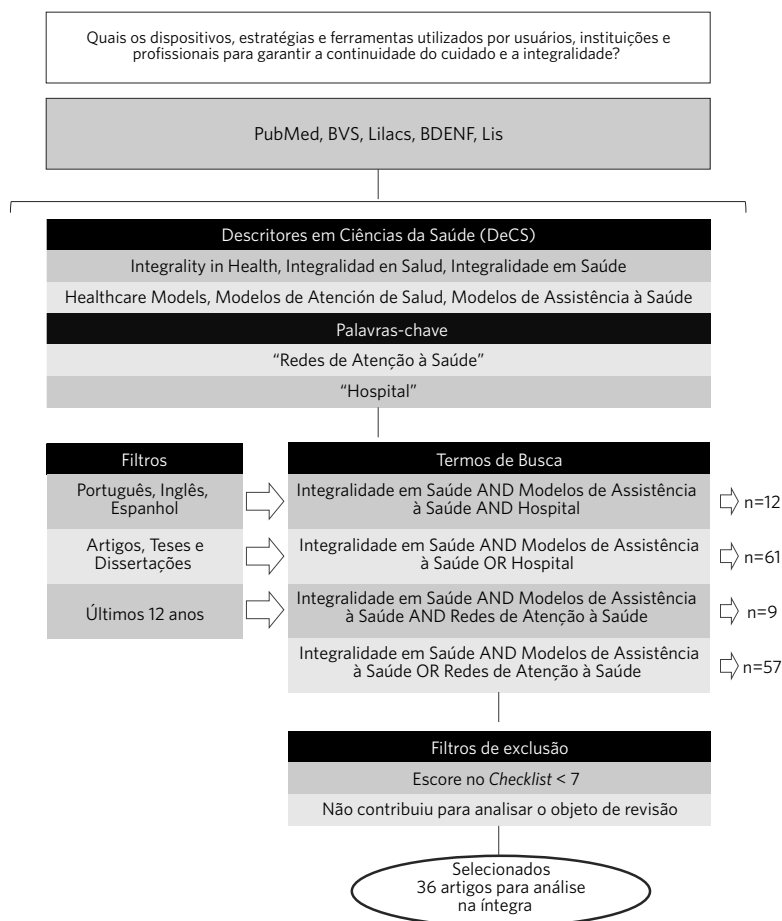
De forma a captar a produção científica em torno da temática deste estudo, realizou-se uma revisão integrativa. Foram definidas para a busca as seguintes bases de dados: PubMed/Medline, Lilacs, BDNF e LIS. De forma homogênea, os critérios de inclusão definidos para todas as bases foram: estar nas línguas português, inglês ou espanhol; ter sido publicado nos últimos 12 anos, com vistas a incluir a literatura recente; constituir-se em artigo, tese ou dissertação publicado na íntegra; e conter no título, resumo ou palavra-chave os seguintes termos: Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Integrality in Health, Integralidad en Salud, Integralidade em Saúde; Healthcare Models, Modelos de Atención de Salud, Modelos de Assistência à Saúde; Admitting Department Hospital, Servicio de Admisión en Hospital, Serviço Hospitalar de Admissão de Pacientes. Além destes, incluíram-se as palavras-chave “Redes de Atenção à Saúde” e “Hospital”, sob as opções AND e OR respectivamente. Os termos foram determinados após análise minuciosa das opções e definições

estabelecidas pelos DeCS e palavras-chave.

Essa pesquisa foi realizada nos meses de junho e julho de 2021, totalizando 139 publicações encontradas. Também, das publicações selecionadas, os resumos foram analisados na íntegra. Ainda nessa etapa, foram excluídas aquelas que não contribuíam para responder à questão norteadora da revisão: ‘Quais os dispositivos, estratégias e ferramentas utilizados por usuários, instituições e profissionais para garantir a continuidade do cuidado e a integralidade?’. Em todos os 139 artigos selecionados, foi aplicado o instrumento Critical Appraisal Skills Programme – Casp (2013), para refinar a análise crítica dos estudos quanto à qualidade, à coerência e à relevância. Autores que estudam os aspectos metodológicos de revisões integrativas e sistemáticas consideram essa lista como uma potente ferramenta para avaliação da qualidade do texto. Os estudos que responderam positivamente a todas as questões do Casp foram incluídos para leitura na íntegra.

Ao final dessa fase, foram excluídas três referências, em duplicidade, e a seleção final resultou em 36 estudos (*figura 1*).

Figura 1. Esquema de seleção dos artigos



Entre os artigos excluídos, estavam aqueles que não se relacionavam com o objeto do estudo, os que abordavam exclusivamente a continuidade do cuidado em usuários psiquiátricos e aqueles estudos restritos ao contexto da atenção primária que não consideravam a discussão da produção do cuidado na atenção hospitalar em seu escopo.

As referências selecionadas foram lidas, analisadas e sintetizadas de forma descritiva por meio da análise temática, possibilitando descrever, agrupar e categorizar os dados, com o intuito de reunir o conhecimento produzido

sobre o tema explorado na revisão, a partir das seguintes categorias temáticas encontradas: I) Cuidado em saúde e integralidade dentro do hospital; II) O enlace e as conexões na continuidade do cuidado; e III) Redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde e a continuidade do cuidado, que serão desenvolvidas mais adiante.

Para apresentar melhor os artigos selecionados, foi construído um quadro sistemático com as informações sobre título e ano do artigo, objetivos, dispositivos utilizados e principais resultados (*quadro 1*).

Quadro 1. Quadro sistemático dos artigos analisados

Autor/data/nº na referência	Tipo de estudo	Objetivo	Dispositivos	Resultados
Acosta et al. (2010) ⁴⁶	Quantitativo, transversal e descritivo.	Analisar a atuação do enfermeiro na transição do cuidado ao paciente hospitalar.	Linhas de Cuidado com horizontalização da assistência, monitorização dos pacientes nas enfermarias de cuidado especial.	Atuação da enfermagem, sobretudo, no esclarecimento de dúvidas sobre orientações de alta. Não há uma comunicação efetiva com a equipe de saúde para transferência de cuidado.
Andrade (2015) ¹⁶	Quantitativo, exploratório e descritivo.	Implementar e avaliar o apoio matricial da rede de atenção especializada ambulatorial para a atenção básica, com foco na linha de cuidado do Diabetes Mellitus na região de São Paulo.	Matriciamento, clínica ampliada, atividades em grupos e individuais e ações intersetoriais.	Troca de conhecimento entre profissionais da atenção básica e da atenção especializada, reduzindo a proporção de diagnósticos e encaminhamentos desnecessários na rede de atenção.
Chaves et al. (2016) ³⁰	Qualitativo por revisão teórica.	Refletir teoricamente acerca de aspectos atuais de inserção no hospital nas redes de atenção à saúde e sua repercussão para o gerenciamento do cuidado de enfermagem.	Gestão Compartilhada.	O modelo clínico vigente apresentou falhas funcionais consideráveis na interligação entre sistema de saúde, pacientes, familiares e profissionais, o que reitera a necessidade de reorganização de recursos humanos e materiais para a atuação qualificada nos cuidados de Enfermagem.
Costa et al. (2019) ²⁶	Estudo qualitativo, exploratório e transversal.	Conhecer o perfil e as atividades da Enfermaria hospitalar de enlace para a continuidade do cuidado na atenção primária à saúde na Espanha.	Enfermagem Hospitalar de enlace, Programa 'Pré alta'.	Atuação do profissional de enfermagem de enlace. Composto em sua maioria por mulheres (94,73%), com idade entre 26 e 64 anos e 52,3% com 21 e 30 anos de experiência. Na Espanha, a atuação da Enfermagem de enlace é componente fundamental da atenção básica em saúde e fundamental no estabelecimento de práticas de continuidade.
Girbau e Blanch (2011) ²⁷	Revisão de literatura	Evidenciar condições possibilitam a conformação e viabilidade de uma continuidade do cuidado por meio do atendimento domiciliar e da enfermagem de enlace.	Atenção Domiciliar e Enfermagem de enlace.	O programa é uma ferramenta que melhora a coordenação entre os diferentes níveis de atenção à saúde. Entre 2007 e 2008, os enfermeiros de enlace avaliaram 1.282 pacientes, para avaliação holística e o acompanhamento para atenção domiciliar.
Pires (2017) ⁴⁸	Pesquisa de abordagem quantitativa.	Construir uma ferramenta capaz de subsidiar ações de integralidade do cuidado na linha do cuidado da emergência pediátrica.	Fluxograma Analisador do Modelo de Atenção, Ficha de Atendimento de Enfermagem na Emergência Pediátrica.	Proposta de construção da linha de cuidado da emergência pediátrica, por meio da 'Ficha de Atendimento de Enfermagem na Emergência Pediátrica', estabelecendo um perfil do trabalho no âmbito da integralidade do cuidado.
Rodrigues et al. (2013) ¹⁷	Abordagem etnográfica instrumental.	Examinar a transição do cuidado em famílias que cuidam de idosos que sofreram episódio de acidente vascular cerebral.	Corrida de Leito; Discussão de Caso Clínico, Modelo de Cuidado ao Idoso após AVC.	A comunicação entre profissionais de saúde dedicados à continuidade na assistência básica e familiares do paciente foi apontada como processo imprescindível para estabelecer uma rede de cuidado integral ao paciente idoso em recuperação pós-AVC.
Azevedo et al. (2017) ¹⁵	Estudo qualitativo descritivo.	Compreender a racionalização e Construção de Sentido na Gestão do Cuidado: uma experiência de mudança em um hospital do SUS.	Gestão da Clínica, Linha de cuidado ao paciente idoso.	Foi identificada uma demanda reprimida pela carência de serviços especializados na rede de atenção da Saúde da Família, o que acaba por repercutir na continuidade efetiva do cuidado.

Quadro 1. (cont.)

Autor/data/nº na referência	Tipo de estudo	Objetivo	Dispositivos	Resultados
Silva et al. (2017) ³¹	Estudo descritivo baseado em relato de experiência.	Apresentar práticas de cuidado de um serviço de saúde após intervenções, em relação as ferramentas de gestão clínica.	Gestão da Clínica, Reuniões de Equipe, Educação Permanente no hospital.	Discussões em equipe e políticas de educação permanente se mostravam satisfatórias na correção de problemas outrora observados quanto ao não cumprimento do protocolo de atenção básica estabelecido pelo SUS.
Aguilera et al. (2013) ³²	Exploratório de abordagem qualitativa.	Compreender a prática discursiva de gestores em relação a complexidade dos serviços públicos de saúde na Região Metropolitana de Curitiba.	Programa de pacientes crônicos e central de leitos.	Os municípios mais vulneráveis apresentaram mais dificuldade de acesso aos serviços de média e alta complexidade.
Bonfada et al. (2012) ²⁰	Revisão de literatura.	Refletir sobre a integralidade e a reorganização tecnológica a partir das tecnologias leves e da clínica ampliada como diretrizes para pensar e fazer saúde no Sistema Único de Saúde.	Clínica Ampliada ou Clínica do Sujeito.	O modelo vigente no SUS baseado em um modelo 'curativista' consta como seu principal entrave. Na contramão dessa condição está a reorganização tecnológica que deve conceder maior aproximação entre profissionais e usuários, de modo que as ações devam passar a ser orientadas de acordo com as necessidades individuais e coletivas, e não com a imposição vertical de práticas.
Coelho et al (2016) ⁴⁰	Qualitativo, exploratório e com abordagem intervencionista.	Propor um modelo de gestão do cuidado da tuberculose voltado à alta hospitalar, buscando cuidado integral ao paciente.	Apoio matricial e alta segura.	Identificou-se fragilidade nos protocolos dirigidos ao cuidado do paciente internado, falta de integração entre níveis de atenção e falta de comunicação direta entre enfermeiros do hospital e dos lotados na atenção primária. Sugestão de modelo de gestão do cuidado orientado pelo fluxo de atendimento com apoio matricial.
Furtado et al. (2010) ⁴²	Qualitativo, descritivo e transversal.	Avaliar a prática assistencial da equipe de Enfermagem de um programa de atenção à saúde do recém-nascido.	Projeto 'Floresce uma Vida' com estratégias de educação em saúde.	Identificou-se que a atenção baseada no acolhimento tem surtido resultados positivos no atendimento de recém-nascidos. O programa tem atuado como estratégia central na articulação de hospitais, maternidades e serviços básicos.
Hadad e Jorge (2018) ¹¹	Qualitativo, descritivo e analítico.	Analisar os encontros entre atores da produção de cuidado que refletem em movimentos de redes vivas e potencializam a continuidade do cuidado e a integralidade.	Usuário-guia; Redes Vivas; Empoderamento do Usuário.	A implantação das redes vivas reflete diretamente o acompanhamento, assistência e recuperação do paciente. Necessário maior investimento na formação de profissionais dedicados às práticas integrais, sobretudo no que diz respeito à inserção do usuário como agente atuante no cuidado.
Martins e Hora (2017) ³³	Qualitativo baseado em hermenêutica dialética e no ferromental teórico-conceitual marxista.	Identificar e refletir sobre os desafios elencados pela equipe multiprofissional	Cuidado paliativo e articulação sistêmica com a rede de atenção.	Foram identificadas as dificuldades entre assistência curativa e paliativa, no que diz respeito à integralidade da assistência em clínica paliativa, centralidade da prática médica; organização do serviço; estrutura e recursos, além da fragmentação da rede de serviços de saúde.

Quadro 1. (cont.)

Autor/data/nº na referência	Tipo de estudo	Objetivo	Dispositivos	Resultados
Medeiros et al. (2011) ⁴³	Qualitativo, descritivo, com base em relato de caso clínico.	Apresentar a experiência da construção de um plano terapêutico multidisciplinar para crianças com mielomeningocele.	Plano Terapêutico multidisciplinar; Protagonização do(a) Cuidador(a).	Construção de um plano terapêutico multidisciplinar integral. A ação multidisciplinar mostrou-se próspera na aferição de resultado sobre cuidado integral e da protagonização de familiares no processo de recuperação da criança-paciente.
Oliveira e Sena (2010) ²¹	Revisão de literatura.	Apresentar resultados de revisão de publicações nacionais e internacionais relacionadas à alta da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (Utin), que sinalizam para práticas integradoras do cuidado.	A comunicação por meio de 'linhas guias', planejamento da alta com o familiar.	O foco se concentra na importância da comunicação entre profissionais e desses com pais e familiares do neonato e tratamento. Constata-se esta etapa de planejamento como fase crítica no que diz respeito à continuidade e integralidade do recém-nascido.
Paes et al. (2013) ⁴⁴	Artigo de reflexão teórica.	Refletir sobre o papel do hospital geral na rede de atenção à saúde mental.	Projeto terapêutico compartilhado.	Apesar dos avanços, medidas de integralidade e de continuidade enfrentam problemas de organização e implementação do SUS, como falta de qualificação profissional, centralização do modelo biomédico hospitalar, do bloqueio da equipe multiprofissional.
Perinazzo (2018) ¹²	Quantitativo, descritivo e avaliativo.	Analisar o acesso à atenção ao parto no SUS nas regiões de saúde do estado de São Paulo no período de 2010 a 2016.	Fortalecimento do papel das instâncias de governança regional CIR, por meio da atuação de assessores regionais que induzir o processo de governança da RAS.	Reconheceu-se prioridade no investimento em serviços mais complexos em detrimento dos de maior capilaridade. As políticas de incentivos ao processo de regionalização e qualificação da atenção hospitalar contribuíram pouco para o avanço da integralidade e equidade no SUS.
Santos et al. (2016) ⁴⁵	Qualitativo sobre aplicação da Teoria da Complexidade.	Refletir sobre a integralidade e atenção obstétrica no SUS à luz da teoria da complexidade de Edgar Morin.	Teoria da Complexidade de Edgar Morin para construir a produção do cuidado e o empoderamento do usuário.	A proposta da integralidade na assistência ao parto e aos cuidados neonatais deve considerar o processo do sujeito enquanto parte de uma complexidade, e não dentro de uma abordagem reducionista e fragmentada.
Silva e Sena (2017) ¹⁴	Estudo qualitativo, descritivo e exploratório, com orientação teórico-metodológica da dialética.	Analisar o processo de desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais na perspectiva dos diretores, dos profissionais de saúde e dos familiares.	Atuação do serviço social e a organização da família no processo desospitalização.	Foram identificadas fragilidades em práticas de implementação, sistematização, reorganização interna e continuidade do paciente em desospitalização. As estratégias se mostraram insuficientes para aferir integralidade e continuidade do cuidado.
Souza (2010) ²⁵	Qualitativo, descritivo, baseado em análise histórica de história oral.	Compreender a trajetória histórica da atenção primária nos serviços de saúde por meio da experiência do atendimento individual do usuário de uma unidade básica de saúde do município de São Paulo.	Modelo de gestão colegiada e fortalecimento do modelo de gerenciamento pela enfermagem como indutor de melhorias nos processos de trabalho hospitalar.	Propõe-se a universalização do modelo de atenção da ESF no Brasil com garantias de aportes na estrutura dos serviços de equipes completas com médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde com dedicação integral.

Quadro 1. (cont.)

Autor/data/nº na referência	Tipo de estudo	Objetivo	Dispositivos	Resultados
Viana et al. (2018) ³⁴	Artigo de reflexão teórica.	Refletir sobre os desafios da construção das regiões e redes de saúde no Brasil.	Intersetorialidade e inovação sistêmica regionalizada.	O modelo atual do SUS é descontinuado e apresenta falhas quanto à eficiência de aplicação de recursos e efetividade de suas práticas. Aposta-se na centralidade das necessidades sociais, populacionais e individuais para a garantia da integralidade, dos direitos humanos e sociais; por meio da intersectorialidade e da inovação sistêmica regionalizada.
Andrade e Bosi (2015) ¹⁶	Qualitativo, de enfoque hermenêutico-crítico.	Compreender experiências de usuários em dois Centros de Atenção Psicossocial (Caps) de Fortaleza (CE).	Matriciamento na atenção primária, clínica ampliada, atividades em grupos e individuais e ações intersectoriais.	Foram utilizadas as dimensões analíticas: assistência, humanização, acolhimento, integralidade e clínica ampliada. Diante dos dados, observou-se o uso do protocolo de atendimento tem sido destacado como elemento fundamental.
Furuya et al. (2011) ⁴¹	Revisão teórica.	Refletir sobre o princípio de integralidade em saúde, por meio de propostas conceituais e contextualizá-lo no cuidado intensivo ao paciente idoso.	Autocuidado; Gestão da Clínica; Cuidado Paliativo.	A busca pela melhoria da qualidade da assistência em UTIs deve se concentrar no caráter humanístico, compreendendo as necessidades físicas e não físicas. Autores concluem como fundamental o atendimento humanizado para a recuperação clínica do paciente idoso.
Ribas et al. (2018) ²⁴	Qualitativo com ênfase em pesquisa interventiva.	Identificar o perfil de usuários contra referenciados pela 'enfermagem de ligação' e descrever a experiência das profissionais que participaram do projeto.	Enfermagem de enlace.	As 'enfermeiras de ligação' mostraram-se uma importante estratégia para melhorar a integração entre os serviços e promover a continuidade do cuidado. Destacam-se o diálogo entre os pontos de atenção, agilidade na aquisição de insumos.
Silva e Ramos (2011) ²³	Estudo qualitativo, exploratório e descritivo.	Conhecer a atuação do enfermeiro no processo de alta hospitalar de crianças na articulação entre atenção hospitalar e básica.	Atuação da enfermagem hospitalar no processo de alta hospitalar orientando a continuidade do cuidado na rede. Visita domiciliares feitas pela enfermagem das unidades de saúde.	Foram identificadas falhas no processo de trabalho de Enfermagem no pós-alta hospitalar da criança, muito por conta de não haver articulação da atenção hospitalar e básica. Com isso, a atuação do enfermeiro nem sempre consegue ultrapassar seu espaço de trabalho.
Silveira et al. (2019) ²⁸	Pesquisa qualitativa, descritiva e transversal.	Compreender a percepção de trabalhadores e usuários acerca do compartilhamento do cuidado ao egresso de uma unidade de internação psicossocial.	Alta responsável e vínculo dos usuários aos serviços substitutivos.	Verificou-se que o encaminhamento e acesso a usuários de serviços, bem como as orientações relacionadas à alta hospitalar como sendo os maiores desafios a serem superados pelos serviços de integração.
Sousa e Bernadino (2015) ⁴⁷	Revisão teórica integrativa.	Descrever os aspectos do gerenciamento de Enfermagem que favorecem o cuidado integral na prática assistencial.	Fluxograma e reestruturação do processo de trabalho da enfermagem.	Sistematização da assistência de Enfermagem, planejamento da assistência e comunicação foram pontuados como aspectos que favorecem o cuidado integral.

Quadro 1. (cont.)

Autor/data/nº na referência	Tipo de estudo	Objetivo	Dispositivos	Resultados
Silva et al. (2017) ³⁸	Análise institucional.	Identificar e analisar a institucionalização das ações de vigilância em saúde em um município da região metropolitana de Porto Alegre/RS visando perceber suas dimensões instituídas e instituintes, bem como caracterizar as lógicas de atuação dessa vigilância.	Ações articuladas de educação em saúde.	Foram observadas ações educativas – especialmente na vigilância sanitária –, processos instituintes e parcerias entre a vigilância em saúde e a atenção básica e entre as diferentes vigilâncias
Sacco et al. (2019) ²⁹	Avaliação normativa, de corte transversal e de caráter exploratório.	Realizar avaliação normativa da microgestão em UBS em ações voltadas a idosos na Região de Saúde Oeste do DF, ampliando a compreensão de como a linha de cuidado ao idoso ocorre na APS.	Ferramentas de microgestão.	Foi utilizada a Matriz de Avaliação da Gestão como ferramentas de microgestão pelos gestores das UBS. Essas estratégias utilizam da gestão da condição de saúde, a gestão de casos, a auditoria clínica e as listas de espera como parte da gestão da clínica e são um pressuposto para o adequado funcionamento das redes de atenção à saúde.
Katz et al. (2020) ³⁵	Relato de experiência.	Apresentar a metodologia desenvolvida no projeto RegulaSUS e os resultados alcançados pelo Telessaúde RS – UFRG.	Telessaúde.	A intervenção tem potencial na integração de sistemas de saúde, principalmente em países de baixa e média renda, e faz com que a telessaúde atue como metasserviço, construindo redes eficientes, qualificadas e equânimes.
Nakata et al. (2020) ²²	Revisão de escopo.	Mapear as evidências científicas nacionais e internacionais acerca das características elencadas no conceito de rede de atenção à saúde.	Centros de regulação; Contratualização.	As características expressaram complementaridade na formação do conceito de rede de atenção à saúde. Acredita-se que a compreensão do conceito e suas características influencie a operacionalização, governança e avaliação de desempenho da rede de atenção à saúde.
Almeida et al. (2020) ³⁷	Qualitativo e descritivo.	Analisar os processos de regulação assistencial a partir das ações para detecção precoce do câncer de mama em perspectiva regional.	Centrais Municipais de Regulação (CMR); a Comissão Intergestores Regionais (CIR), Central Regional de Regulação (Creg).	A implantação do Sistema de Informação de Câncer não foi efetivada, comprometendo o monitoramento das ações e coordenação do cuidado. Foram identificados esforços para qualificar os processos regulatórios empreendidos pelos municípios, embora permanecessem ações automatizadas e paralelas, sem atuação do gestor estadual na coordenação e articulação das redes regionalizadas.
Freire et al. (2020) ³⁹	Estudo cartográfico.	Analisar a capacidade da regulação de redes de atenção em produzir cuidado vivo em ato.	Usuários-guia; complexo regulador.	O estudo concluiu que as ações de regulação foram capazes de produzir cuidado centrado no usuário, que o Complexo Regulador atuou de forma coadjuvante na garantia do acesso e que os mecanismos regulatórios nos serviços de saúde potencializaram uma regulação produtora do cuidado em redes de atenção.

Quadro 1. (cont.)

Autor/data/nº na referência	Tipo de estudo	Objetivo	Dispositivos	Resultados
Toldrá et al. (2019) ¹⁸	Estudo retrospectivo, exploratório e descritivo.	Verificar o perfil sociodemográfico e de saúde dos usuários acompanhados pelo grupo de apoio, identificar os desafios para inserção dos usuários na rede de serviços de reabilitação e as estratégias do grupo de apoio para enfrentamento desses desafios.	Grupo de apoio baseado na Residência Multiprofissional.	O grupo de apoio tem reforçado encaminhamentos prescritos ou sua obtenção em consultas médicas na rede, acolhido demandas por área profissional, orientado usuários para acessar serviços e inserir-se em tratamentos.

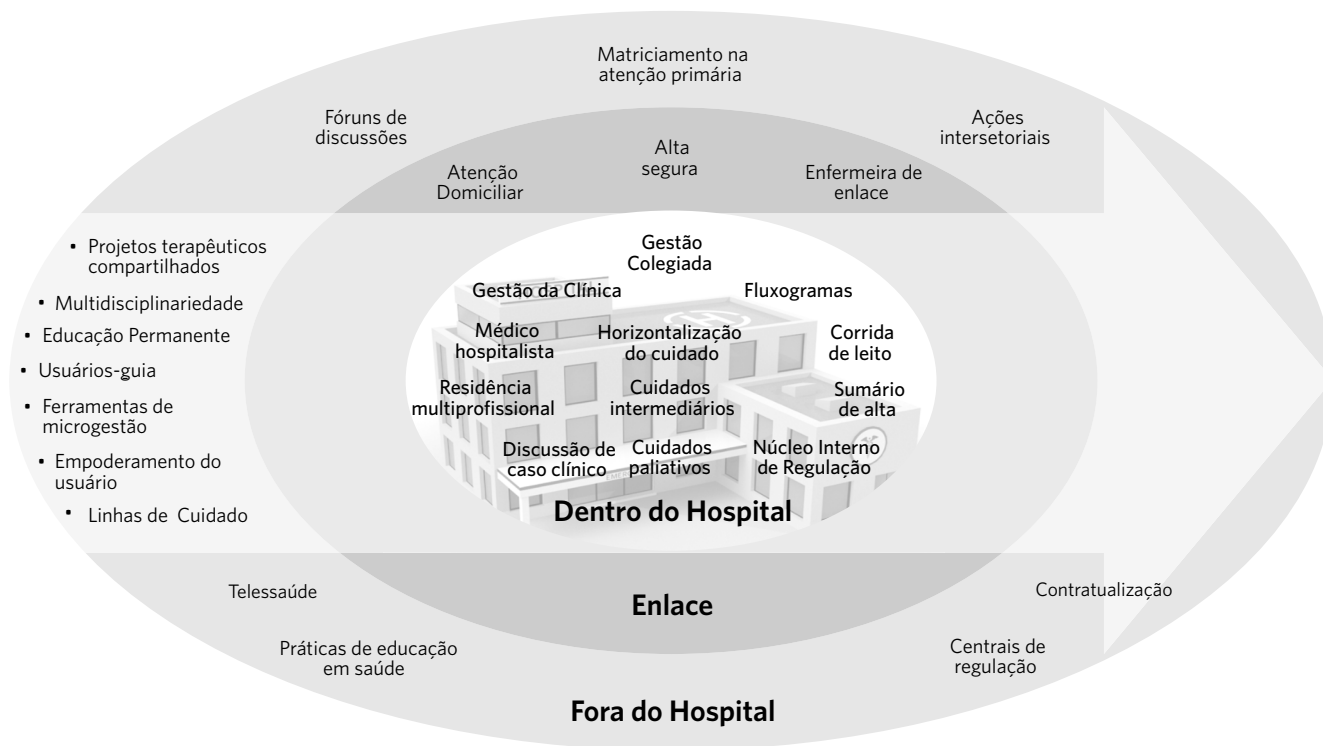
Fonte: elaboração própria.

Resultados

A investigação dos estudos permitiu identificar alguns dispositivos presentes na organização do trabalho, na dimensão micropolítica da produção do cuidado em saúde, bem como

na articulação macropolítica das redes de atenção. A *figura 2*, explicita os dispositivos de dentro e de fora do hospital, e aqueles que se movimentam entre esses dois campos e se conformam por meio de estratégias potentes para a produção e continuidade do cuidado.

Figura 2. Dispositivos para continuidade do cuidado encontrados nos artigos da revisão integrativa



Identificaram-se os dispositivos de dentro, do enlace e de fora do hospital e aqueles que transversalizam, pressupondo práticas organizativas e relacionais para atingir um cuidado integral. Consideraram-se dispositivos de dentro do hospital aqueles desenvolvidos no âmbito hospitalar a partir das experiências dos atores sociais pertencentes a esse espaço. Os dispositivos de enlace são aqueles que propõem articular/conectar/interligar o dentro com o fora do hospital. Os dispositivos de fora do hospital são aqueles desenvolvidos a partir do trabalho produzido por outros equipamentos da rede de atenção, podendo, inclusive, ter uma abordagem intersetorial. Já os dispositivos que transversalizam são os que não dependem de um cenário ou ator social específico para se produzir, eles podem emergir tanto dentro quanto fora da perspectiva do hospital.

Nota-se que as tecnologias empregadas nos dispositivos de dentro do hospital ecoam para os dispositivos de enlace por meio de interações subjetivas entre os profissionais na produção do cuidado, de forma que o que é produzido dentro do hospital é refletido no processo de trabalho desenvolvido nos equipamentos que estão fora do hospital. Essa interação na produção do cuidado, que o profissional desenvolve no cotidiano do seu trabalho, indica a (re)construção da rede assistencial, a redefinição do projeto terapêutico de cada usuário e a articulação entre usuário e serviços de saúde.

Os dispositivos de empoderamento do usuário – multidisciplinaridade, educação permanente, linhas de cuidado, usuários-guia e linhas-guia – configuram-se como dispositivos transversais à produção do cuidado, independentemente do espaço. São estratégias para a criação de uma rede de cuidados integrada entre os diferentes níveis de atenção na produção do cuidado resolutivo. Assim, o modo como elas operam com os demais dispositivos presentes na rede de atenção, como matriciamento, intersetorialidade e fórum de discussões, buscam superar o modelo de atenção ainda médico hegemônico e procedimento centrado.

Por fim, os estudos analisados abordaram prioritariamente sobre a necessidade de articular as diversas esferas de atenção à saúde, para chegar a um consenso de ideias, garantindo a integralidade como princípio central; entretanto, consideraram os desafios em torno dos percursos que profissionais, instituições e usuários têm para garantir esse modelo de atenção. Então, por meio desta análise, foram encontrados dispositivos pelos quais os profissionais, as instituições e a gestão podem buscar a promoção do cuidado integral, pouco se referindo às iniciativas de cuidado advindas dos próprios usuários. Nesse sentido, a pergunta norteadora da revisão conseguiu identificar os dispositivos para garantir a continuidade do cuidado e a integralidade, sem, contudo, permitir uma análise refinada segundo cada ator social.

Discussão

O Cuidado em saúde e a integralidade dentro do hospital

A assistência hospitalar é um campo de práticas de cuidado bastante peculiar, considerando a natureza complexa e multidimensional do cuidado em saúde. Ao mesmo tempo que se tem uma equipe de saúde discutindo os projetos terapêuticos, há também os acompanhantes, que auxiliam no cuidado prestado pelos profissionais. Nessa perspectiva, os elementos do cotidiano e os processos micropolíticos, dialógicos e intersubjetivos marcam a vida das organizações de saúde e, especialmente, de organizações complexas como os hospitais.

As principais estratégias e dispositivos encontrados dentro do hospital foram: corridas de leitos, incorporação do médico hospitalista, gestão da clínica, residências multiprofissionais, discussões de casos, horizontalização do cuidado, sumário de alta, reestruturação dos processos de trabalho com fluxogramas, reuniões sistemáticas, gestão

colegiada, implementação do núcleo interno de regulação e incorporação de cuidados intermediários na prática clínica. Alguns desses dispositivos foram citados nos artigos como sendo de dentro do hospital, mas sabe-se que a potência de alguns destes para a integralidade do cuidado pode transversalizar todos os níveis assistenciais, como a construção de um sumário de alta ancorado em uma lógica de alta responsável e articulada com a equipe de saúde do território, e a discussão de casos envolvendo também a equipe de saúde da família, referência do paciente e, em alguns casos, a articulação com demais equipamentos para o suporte social ao paciente.

Na revisão, pôde-se constatar que a singularização da assistência é um termo utilizado como meio para promover a integralidade. Para tanto, os artigos mostram o cuidado no hospital e na desospitalização, tendo como ênfase as análises voltadas para a organização do atendimento e as orientações para o autocuidado, ambas guiadas pela estrutura organizacional do SUS. Esse processo, essencial para o cuidado, depende não apenas das atividades instrumentais e de gerenciamento, mas também da identificação das reais necessidades do paciente dentro de uma linha de cuidado efetiva e de uma articulada organização do trabalho em saúde.

Parece haver, nos estudos, o protagonismo do cuidado da enfermagem, como um importante sujeito do gerenciamento do cuidado hospitalar. Na presente investigação, identificou-se que a enfermagem deve atentar para o cuidado que inclui as subjetividades, seja pelas práticas éticas ou terapêuticas. A autonomia do enfermeiro no cuidado emerge das experiências acumuladas com as transformações na assistência em que é necessário que se reconheçam a integralidade, a escuta, a interdisciplinaridade e a existência de um sujeito singular a partir de elementos das novas práticas^{3,11,12}.

Apesar de resultados importantes destacando o trabalho da equipe de enfermagem, observou-se que há uma falta de consenso

sobre o conceito de integralidade. Destaca-se um distanciamento entre as compreensões do princípio/conceito com as práticas assistenciais concretas¹³. A compreensão da integralidade do cuidado na perspectiva de um modelo de atenção à saúde que direciona o cuidado centrado no usuário suscita reflexões sobre as tecnologias e as formas de organização do trabalho, expressas por uma tensão permanente entre a clínica e a saúde coletiva, como desafios para a integralidade do cuidado¹⁴.

Diversas experiências têm defendido os projetos terapêuticos singulares e multiprofissionais, sendo dispositivos com evidências significativas já identificadas. A análise dos estudos permitiu inferir que ainda há pouco engajamento do conjunto da equipe assistencial para ocupar os espaços de fala e decisão multidisciplinar acerca do projeto terapêutico do paciente. Ademais, há pouco envolvimento dos médicos nos processos de discussão coletiva e multidisciplinares, que tem como foco a discussão e a resolução de problemas com as equipes de enfermagem e de apoio. Os médicos reservam sua participação prioritariamente aos espaços de reunião dentro de sua própria categoria profissional¹⁵.

Nesse contexto, a inclusão do médico hospitalista, também denominado de médico horizontal em algumas instituições, representou uma inovação na assistência hospitalar, com a horizontalização do cuidado, a ampliação do suporte clínico e a melhoria de fluxos e acompanhamento dos pacientes, representando maior apoio às transições assistenciais. Seu papel na assistência simboliza um elo entre usuário, família e equipe de saúde que vai além dos aspectos técnicos, mas também intersubjetivos¹⁵.

Mesmo que haja ainda algumas dificuldades de aproximação da equipe médica com os demais profissionais, os médicos hospitalistas compreendem o seu papel fundamental para organização da assistência e coordenação do cuidado ao paciente internado. Isso é perceptível seja pelas respostas mais rápidas às mudanças de condição clínica, seja pela

redução da fragmentação do cuidado médico nas transferências de cuidado, bem como pela maior eficiência da assistência^{12,15}.

Outros estudos destacaram como dispositivos algumas estratégias de reorganização da gestão hospitalar e da interdisciplinaridade, por meio da educação permanente em saúde e comunicação entre a equipe multidisciplinar. Destacam-se as residências multiprofissionais que representam um avanço, uma vez que a referência e a contrarreferência são mais eficazes quando ocorrem a partir de um planejamento multiprofissional¹⁶⁻¹⁸. Contudo, ainda se observa um planejamento de alta um pouco restrito, ou seja, definido pela equipe médica e realizada pela equipe de enfermagem e assistência social.

Um dos artigos estudados defendeu a proposta de governança clínica como meio para melhoria da qualidade da clínica e, consequentemente, da prestação do cuidado integral, coordenada e centrada no paciente. Segundo o National Health Service (NHS), no Reino Unido, a governança clínica considera como estratégias a efetividade clínica, a auditoria clínica, o gerenciamento de risco, o uso da informação, educação e treinamento, o gerenciamento de pessoas e uma melhor e mais qualificada relação paciente e profissional¹⁹⁻²⁰. Também apareceram nos artigos os dispositivos de clínica ampliada, clínica do sujeito, gestão da clínica como formas de promover o cuidado, a partir da implicação do sujeito em suas próprias questões e alinhado às suas necessidades^{20,21}.

Outro dispositivo em destaque encontrado foi o NIR, ou seja, o Núcleo Interno de Regulação nos hospitais, que, a partir de 2007, com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), propôs a implantação da regulação dos leitos intra-hospitalar, assim como estabeleceu a interface do hospital com as Centrais de Regulação. Essa estratégia se torna um dispositivo hospitalar capaz de delinear o perfil de complexidade da assistência para o atendimento hospitalar, bem como permite o acesso de forma organizada e por meio de protocolos assistenciais²².

Uma parcela dos estudos investigados concentra-se na crítica ao modelo gerencial convencionalmente adotado pelo SUS, com ênfase na área hospitalar, que se materializa na dificuldade em prestar uma atenção mais integral e contínua. Relatam a abordagem ‘curativista’ como característica hegemônica do modelo de atenção à saúde. Além disso, referem também a ausência de um projeto terapêutico que avalie as condições de saúde e, se necessário, redefina as linhas de intervenção dos profissionais envolvidos no cuidado, preconizando o planejamento da alta responsável e a estruturação de linhas de cuidado estratégicas no hospital.

O enlace e as conexões na continuidade do cuidado

Esta categoria buscou analisar as estratégias que garantem a articulação do dentro com o fora do hospital. Os estudos demonstram a dualidade nos dispositivos para garantia da integralidade e continuidade do cuidado. Seu modo de operar se apresenta de forma, por vezes, ambígua, no qual se constata que há um discurso estratégico para o fortalecimento das redes de atenção à saúde, especialmente na referência que se faz aos princípios organizativos e modos de pensar o SUS. Ademais, há um cotidiano do trabalho, com conexões micropolíticas entre profissionais e usuários, com consequente mudanças nos processos de trabalho. Entretanto, nem sempre o discurso é incorporado na prática.

A relação que se forma entre o ‘dentro’ do hospital e o ‘fora’ é composta de estratégias que só serão incorporadas em sua totalidade quando o modo de olhar o cotidiano do processo de trabalho dos profissionais forem sendo incorporados às subjetividades e os elementos macropolíticos forem integrados a uma concepção multidimensional de saúde. Seria, então, a emergência de um novo modo de cuidar? Há como realizar redes vivas, projetos terapêuticos compartilhados, multidisciplinaridade e empoderamento dos usuários sem repensar a produção do cuidado?

Nesse campo, os desafios se mostram cada vez mais presentes e complexos, sendo também decorrentes da forma como a problemática da gestão dos serviços não se resume à questão estrutural e operacional, mas repercute diretamente sobre os modelos assistenciais adotados, recaindo de maneira incisiva sobre o exercício profissional e sobre a qualidade das práticas de continuidade e integralidade do cuidado em saúde. Dessa maneira, a complexidade intrínseca ao SUS possui implicações nos modos de prestação de serviços dos profissionais de saúde. Essa complexidade possui origem na fragmentação do modelo de atenção contemporâneo e nas fragilidades quanto à adequada alocação e qualificação das pessoas, o que, por si, volta-se à conjuntura gerencial, normativa, que diz respeito à esfera das relações políticas que dificultam a reestruturação do modelo de atenção^{23,24}.

Logo, os dispositivos da alta responsável, atenção domiciliar e enfermagem de enlace são constituídos no enlace do 'dentro e fora' do hospital. Assim, o cuidado dentro do hospital e a continuidade do cuidado na rede de atenção devem ser pensados como construção conjunta do processo de produção do cuidado em saúde.

A alta segura, relatada em vários artigos com nomenclaturas diferentes, tem propostas semelhantes, ou mesmo constitui-se em vários dispositivos para buscar e construir a alta segura como programas de pré-alta, ficha de desospitalização, planejamento de alta, alta responsável, alta assistida. Esses dispositivos de mobilização para a alta baseiam-se na transferência do cuidado realizada por meio de orientação ao usuário, ao seu familiar e ao cuidador, ou mesmo a outros profissionais da saúde, visando à continuidade do tratamento. Alguns estudos relatam que esses dispositivos utilizados para trabalhar a alta hospitalar avançam como um protocolo sistematizado para garantia da comunicação de dentro para fora do hospital, com enfoque também para rede de atenção^{25,26}.

O dispositivo 'Pré alta', desenvolvido no Serviço Catalão de Saúde (CatSalut) na região

da Catalunha, em Barcelona, tem se configurado como um instrumento para melhorar a coordenação hospitalar com a e a gestão territorial. Esse instrumento auxilia as enfermeiras gestoras de caso a realizarem a atenção primária em coordenação com os profissionais de saúde da atenção básica para que, com o paciente e a família, estabeleçam um plano de cuidados mais adequado em cada situação²⁷.

O papel da enfermagem de enlace ou ligação dentro do hospital, mencionado em três estudos, refere-se a um profissional do cuidado que realiza a avaliação e verifica a necessidade de continuidade do cuidado após a alta. A responsabilidade é compartilhada com os enfermeiros das unidades básicas, atenção domiciliar e seus supervisores, mas a decisão sobre a necessidade da continuidade do cuidado após a alta é da enfermagem hospitalar de enlace ou ligação^{24,26,27}.

A enfermeira hospitalar de enlace compreende a gestão do cuidado, a partir do hospital, envolvendo a organização do atendimento, necessidade de continuidade do cuidado após a alta e orientações para o autocuidado. A construção da transição do cuidado pela enfermeira de enlace inicia-se no envolvimento da família com a equipe multiprofissional para a elaboração do plano de alta do paciente. Ela prevê a enfermeira de enlace, um modelo de cuidado não fragmentado e centrado na pessoa^{24,26,27}.

Do ponto de vista de novas estratégias, a atenção domiciliar tem se mostrado como uma possibilidade de inovar a produção do cuidado por meio da desinstitucionalização do cuidado, promovendo um maior protagonismo da família e do cuidador na gestão do cuidado que é produzido em seu próprio território e cotidiano. A atenção domiciliar se torna um dispositivo potente para responder a algumas dessas necessidades, incluindo a construção de projetos terapêuticos que favorecem a ressignificação das tecnologias leve-duras e duras com a inclusão de mais tecnologias leves no processo de produção do cuidado.

O enlace do hospital para fora buscando promover o cuidado integral no território

se materializa pela adequada e responsável transferência do cuidado aí produzido, ou seja, o cuidado passa a ser ofertado, sobretudo, pelas conexões estabelecidas com o sujeito e a família, além de alguns dispositivos que devem ser construídos para a produção do cuidado. A análise desses achados permite inferir que a enfermagem de enlace, a atenção domiciliar e a alta segura, três dispositivos que surgem do cuidado hospitalar, possibilitam o maior protagonismo do usuário e a produção compartilhada construída entre usuário, cuidadores e profissionais, direcionando um novo modo de cuidar, um cuidado singular com dispositivos horizontalizados, capazes de articular o acesso aos diferentes equipamentos da rede.

Além dos dispositivos de enlace, destacam-se, nesta categoria, os dispositivos que transversalizam os níveis de atenção e que potencializam o cuidado integral, reconhecendo que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência do paciente/sujeito. Nessa perspectiva, empoderamento do usuário, projetos terapêuticos compartilhados, multidisciplinaridade, ferramentas da microgestão, educação permanente, linhas de cuidado e usuários-guia foram relatados nos estudos como estratégias que perpassam toda produção do cuidado desde a perspectiva do hospital até a do cuidado nos territórios.

O saber sobre o autocuidado e sobre todo o processo da produção do cuidado dentro e após a alta hospitalar é essencial para que o usuário compreenda a assistência realizada. A relação que é construída entre o profissional e o usuário se reflete no empoderamento do paciente, bem como na adequada compreensão por parte dele do momento vivido²⁸.

As ferramentas de microgestão, tais como a gestão da condição de saúde, gestão de casos, fazem parte da gestão da clínica e são um pressuposto para o adequado funcionamento das redes de atenção à saúde. Do ponto de vista micropolítico, as relações cuidadoras devem preceder e se sobrepor às tecnologias duras. Isso significa uma importante inflexão no

modelo assistencial na direção da produção do cuidado, que necessita ser acompanhada com a compreensão das dimensões culturais, sociais, econômicas, históricas e ambientais que envolvem o cuidado²⁹.

Os resultados dos estudos apontam a necessidade de conformar redes de cuidado na perspectiva do sujeito e na perspectiva clínica, em um processo singular e flexível. A articulação em rede, por meio dos dispositivos de enlace, possibilita a cooperação e a solidariedade entre os serviços, gerando benefícios para atendimento das demandas dos usuários. Assim, não basta a conformação dos protocolos assistenciais, é urgente a articulação das necessidades dos usuários com os diversos pontos da rede de atenção.

Mesmo que haja protocolos bem difundidos internamente nos hospitais e a uma rede de atenção à saúde bem desenhada, os modos de operar devem estar alinhados a um produzir comum: o cuidado. A micropolítica a favor da multidisciplinaridade, da enfermagem de enlace, das linhas de cuidado, extrapola a perspectiva intra-hospitalar ao considerar a trajetória e a necessidade desses sujeitos, que estão hospitalizados, mas são oriundos de um outro território. Outrossim, os diversos pontos de vista desse território, desse lugar de fala e de sentido, e não somente as normas técnicas, servem como orientadores para ampliar a produção de mecanismos e responsabilidades para a continuidade, vínculo, enfim, a garantia da integralidade em saúde.

Redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde e a continuidade do cuidado

Quanto à categoria de continuidade do cuidado nas redes de atenção à saúde, pôde-se observar que tanto a organização dos serviços quanto os seus processos de trabalho estão voltados para o suprimento imediato da demanda da população^{17,30,31}.

De modo geral, independentemente das abordagens destacadas pelos estudos para

promover a integralidade, os resultados evidenciaram pontos concordantes no que diz respeito às dificuldades em estabelecer a continuidade e a integralidade em serviços na atenção básica em saúde, sobretudo no que diz respeito ao acesso e à continuidade do cuidado por meio das redes de atenção. Destacam-se dispositivos de matriciamento na atenção primária, ações intersetoriais, centrais de regulação, práticas de educação em saúde nos territórios, telessaúde e discussões regionalizadas para a continuidade do cuidado nas três esferas federativas e em todos os níveis de atenção à saúde^{22,28,32,33}.

A complexidade em garantir o percurso do usuário dentro da rede, seja pelas condições sociais do território ou pela oferta de serviços, pode indicar alguns problemas, inclusive da reincidência de agravos de saúde e do retorno do paciente aos cuidados da instituição hospitalar – desdobramentos quase sempre relacionados com a descontinuidade do cuidado e dos entraves quanto à integralidade assistencial, existente da falta de articulação do hospital com os demais serviços da rede^{12,20,31,33-39}.

Além disso, sabe-se que a reformulação dos modelos de gestão e atenção não será alcançada apenas com uma maior aplicação de recursos e oferta de serviços – que, considerando-se os valores orçamentários aplicados, são significativamente menores quando comparado com modelos similares em outros países, com populações e demandas menores que a da realidade brasileira –, mas somente se houver, antes, uma reformulação plena do ponto de vista ético na gestão desses modelos^{34,36}. Embora existam ferramentas de coordenação do cuidado, este ainda se mostra fragmentado, demonstrando a necessidade de maior protagonismo da atenção primária^{29,38-39}.

Os estudos revelaram as dificuldades no acesso às consultas e exames especializados, aos serviços de média/alta complexidade como fatores de ruptura das linhas de cuidado na rede de atenção, revelando a fragmentação ou a inexistência de redes de saúde articuladas³². Nesse campo, a regionalização em saúde é vista

a partir de uma das alternativas para buscar a redução das desigualdades no acesso ao SUS, sendo caracterizada como uma possibilidade de integração entre os diversos níveis do cuidado à saúde dentro de um determinado território^{35,37,39,40-43}.

Embora a maioria dos estudos se refira a um modelo de rede de atenção à saúde por níveis de atenção, alguns estudos exploram a defesa de uma nova concepção de rede de saúde que considere as diversas portas de entrada construídas e utilizadas no cotidiano da sociedade¹¹.

Nesse sentido, entende-se que há fluxos e percursos que não necessariamente irão seguir as construções formais de rede. As chamadas ‘redes vivas’ propõem entender e considerar, por meio do protagonismo do usuário, as múltiplas entradas nos serviços de saúde ou mesmo fora deles, que são definidos pelo cotidiano desses indivíduos⁸. Assim, a rede atua de forma viva e integrada sobre as demandas articulando o conjunto dos recursos do território, para além dos equipamentos da saúde, incluindo outros serviços sociais ou comunitários, bem como as redes existenciais construídas pelos próprios usuários como recursos a serem valorizados para a construção dos seus projetos de cuidado^{44,45}.

Do exposto, o usuário define sua entrada no sistema, e esse percurso construído pressupõe novos modos de fazer e organizar os serviços. Esse caminho é feito por encontros, no qual todos os atores devem ser envolvidos para que haja ressignificação das práticas, que se encontram, por vezes, como repetição de um modelo hegemônico que não dá conta do conjunto das necessidades dos usuários^{2,11,46,47}.

Os dispositivos referentes à produção do cuidado na rede de atenção encontrados nos artigos oportunizam a organização da linha de cuidado em todos os níveis assistenciais, fortalecendo o processo de gestão e atenção à saúde na perspectiva da integralidade. A continuidade do cuidado para fora do hospital se destacou principalmente em serviços vinculados à universidade, pois foram os que mais receberam os usuários, seguidos por Unidades

Básicas de Saúde, Centros Especializados de Reabilitação, serviços vinculados a outros hospitais e à rede privada. Nesse caminho, destaca-se o papel que deve ser assumido pela gestão e regulação da atenção e do acesso aos leitos, orientada pelo princípio da equidade e articulada com a atenção básica e outros serviços como dispositivos qualificadores³⁶⁻³⁸.

Destaca-se, ainda, a importância de compreender os determinantes sociais em saúde, que desvelam as iniquidades que perpassam a realidade dos usuários e a qualidade da assistência como marcadores do acesso, universalidade e integralidade da assistência. Embora a integralidade tenha sido o princípio ordenador primário, garantindo a capilaridade no território, há de se pensar na qualidade do acesso com vistas à integralidade da atenção^{25,36}.

Considerações finais

Em síntese, os achados dos estudos apresentados a partir do hospital demonstram a importância da melhoria da assistência em todos os serviços de saúde, mas, em especial, na área hospitalar, assim como a necessidade da melhoria das conexões e articulações com a rede de atenção em busca do cuidado integral.

Foi possível observar com esta investigação a multiplicidade das posições discursivas acerca da compreensão da integralidade como elemento central para a consolidação de um modelo de saúde que incorpore, de forma mais efetiva, a universalidade e a equidade no atendimento às pessoas. Os estudos, de modo geral, direcionam-se para a incorporação da concepção do sujeito-usuário dentro da lógica de atenção e do cuidado compartilhado e integral, entretanto, ainda se sobressaem no cotidiano do trabalho em saúde práticas do modelo médico hegemônico em detrimento de práticas mais integrais e cuidadoras.

Os estudos se referem a práticas na rede de atenção à saúde ainda fragmentadas, na qual a trajetória dos pacientes se centra, principalmente, na busca por serviços especializados,

como os hospitais e atenção secundária, apresentando vínculo frágil com a Atenção Primária à Saúde. Entretanto, observa-se também que os dispositivos mencionados avançam no aperfeiçoamento do modelo de linhas de cuidado integrado para dentro do hospital e para a rede, ampliando o modelo de decisão compartilhada e centrado nas necessidades dos usuários.

Vale destacar o papel da enfermagem como ator fundamental para implementar processos de mudanças no modelo de atenção à saúde, seja pela capacidade de reestruturação produtiva do setor, seja pela proximidade com os usuários.

Com relação às limitações do estudo, evidencia-se que foram considerados para análise os dispositivos para continuidade do cuidado a partir do hospital, ou seja, se fossemos considerar a perspectiva a partir da atenção primária, secundária, ou a partir da rede de atenção psicossocial, poderíamos ter outra realidade. Além disso, por ser realizada em um período definido, apresenta, a partir das bases estudadas, uma fotografia do estado da arte no período, mas, com certeza, foi influenciada pela forma como foi empreendida a busca, a partir de alguns descritores específicos e, também, reflexo de um determinado padrão do que se entende do conhecimento científico válido, permeado por disputas e tensões sobre o que as revistas definem como cientificamente relevante a partir dos seus lócus de poder.

Por fim, além da análise do estado da arte do objeto estudado, esta revisão permitiu, como uma reflexão final, a problematização de que a produção do cuidado em saúde de forma integral necessita de estratégias micropolíticas e de intervenção gestora que induzam a efetivação de uma atenção à saúde contínua, de qualidade e integral. Nesse sentido, a aposta que se deve fazer é em práticas de saúde, que contribuam para o êxito do modelo público baseado em gestão, formação, educação permanente e comunicação entre equipes, instituições hospitalares, usuários e famílias.

Colaboradoras

Belga SMFB (0000-0003-4322-6184)*, Jorge

AO (0000-0003-1366-1732)*, Silva KL (0000-0003-3924-2122)*, contribuíram igualmente na elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Macinko J, Harris MJ. Brasil's Family Health Strategy - Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. *N. Engl. J. Med.* 2015; 372(32):2177-2181.
2. Feuerwerker LC, Cecílio LCO. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. *Ciênc. Saúde Colet.* 2007; 12(4):965-971.
3. Jorge AO, Coutinho AAP, Cavalcante APS, et al. Entendendo os Desafios para a Implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Brasil: uma análise crítica. *Divulg. Saúde Debate.* 2014; (52):125-145.
4. Viacava FO, Oliveira RAD, Carvalho CC, et al. SUS: supply, access to and use of health services over the last 30 years. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018 [acesso em 2020 out 7]; 23(6):1751-1762. Disponível em: <http://ref.scielo.org/x695v6>.
5. Paim J, Travassos C, Almeida C, et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet.* 2011; 377(9779):1778-1797.
6. Menicucci TMG. O Sistema Único de Saúde – 20 anos: balanço e perspectivas. *Cad. Saúde Pública.* 2009; 25(7):1620-25.
7. Silva MFN, Oliveira GN, Pergola-Marconato AM, et al. Assessmentn a drisk classification protocol for patients in emergency units. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2014; 22(2):218-225.
8. Merhy EE, Gomes MPC, Silva E, et al. Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. *Divulg. Saúde debate.* 2014; (52):153-64.
9. Sampaio J, Ferreira TPS, Oliveira IL, et al. Acesso e barreira: na peregrinação entre os pontos da rede de urgência e emergência o cuidado se fragmenta. In: Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, et al., organizadores. *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes.* Rio de Janeiro: Hexis; 2016. p. 228-232
10. Foucault M. Sobre a história da sexualidade. In: Foucault M. *Microfísica do poder.* Rio de Janeiro: Graal. 1995; 243-276.
11. Haddad AAC, Jorge AO. Continuidade do cuidado em rede e os movimentos de redes vivas nas trajetórias do usuário-guia. *Saúde debate.* 2018; 42(esp4):198-210.
12. Perinazzo TF. Regionalização da atenção hospitalar: uma análise do acesso e fluxos de partos no estado de São Paulo. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2018.
13. Reis AAC, Cecílio LC. A política de reestruturação dos hospitais de ensino: notas preliminares sobre os seus impactos na micropolítica da organização hospitalar. *Saúde debate.* 2009; 33(81):88-97.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

14. Silva KL, Sena RR. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2008; 42:48-56.
15. Azevedo CS, Sá MC, Cunha M, et al. Racionalização e Construção de Sentido na Gestão do Cuidado: uma experiência de mudança em um hospital do SUS. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 22(6):1991-2002.
16. Andrade AB, Bosi MLM. Qualidade do cuidado em dois centros de atenção psicossocial sob o olhar de usuários. *Saúde Soc.* 2015; 24(3):887-900.
17. Rodrigues RAP, Marques S, Kusumota L, et al. Transição do cuidado com o idoso após acidente vascular cerebral do hospital para casa. *Rev. Latino-Am. Enferm.* 2013; 21(esp):216-224.
18. Toldrá RC, Ramos LR, Almeida MHM. Em busca de atenção em rede: contribuições de um programa de residência multiprofissional no âmbito hospitalar. *Cad. Bras. Ter. Ocup.* 2019; 27(3):584-592.
19. Padilha ARS, Amaral MA, Oliveira DC, et al. Fragilidade na governança regional durante implementação da Rede de Urgência e Emergência em Região Metropolitana. *Saúde debate.* 2018; 42(118):579-593.
20. Bonfada D, Cavalcante JRI, Araújo DP, et al. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. *Ciênc. Saúde Colet.* 2012;17(2):555-560.
21. Oliveira S, Sena RR. A alta da unidade de Terapia Intensiva Neonatal e a Continuidade da Assistência: um estudo bibliográfico. *REME Rev. Min. Enferm.* 2010; 14(1):103-109.
22. Nakata L, Feltrin AFS, Chaves LDP, et al. Conceito de rede de atenção à saúde e suas características-chaves: uma revisão de escopo. *Esc. Anna. Nery.* 2020; 24(2):e20190154.
23. Silva R, Ramos FR. O trabalho de enfermagem na alta de crianças hospitalizadas: articulação da atenção hospitalar e básica. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2011; 32(2):309-315.
24. Ribas EM, Bernardino E, Larocca LM, et al. Enfermeira de ligação: uma estratégia para a contrarreferência. *Rev. Bras. Enferm.* 2018; 71(1):591-598.
25. Sousa SM, Bernardino E, Crozeta K, et al. Cuidado integral: desafio na atuação do enfermeiro. *Rev. Bras. Enferm.* 2017; 70(3):504-510.
26. Costa MFBNA, Andrade SR, Soares CF, et al. A continuidade do cuidado de enfermagem hospitalar para a Atenção Primária à Saúde na Espanha. *Rev. Esc. Enferm USP.* 2019; 53:e03477.
27. Girbau PN, Blanch LM. Protocolo de actuación Enlace-prealt. *Metas Enferm.* 2011; (13);14(6):61-65.
28. Silveira RP, Siqueira DF, Mello AL, et al. Sharing care in psychosocial care: perception of workers and users. *Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* 2019; 15(2):69-76.
29. Sacco R, Cardoso PRR, Escalda PMF, et al. Avaliação da microgestão em Unidades Básicas de Saúde em ações para idosos em uma região de saúde do Distrito Federal, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2019 [acesso em 2021 jun. 27]; 24(6):2173-2183. Disponível em: http://scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000602173.
30. Chaves LDP, Balderrama P, Margatho A, et al. O hospital e a enfermagem na perspectiva das redes de atenção à saúde. *CuidArte Enferm.* 2016; 10(2):218-225.
31. Silva JLBV, Oliveira ABC, Oliveira AGM, et al. A prática da integralidade na gestão do cuidado: relato de experiência. *Rev. Enferm. UFPE.* 2017; 11(2):792-797.
32. Aguilera SLVU, França BHS, Moisés ST, et al. Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores. *Rev. Adm. Púb.* 2013; 47(4):1021-1039.
33. Martins GB, Horta SS. Desafios à integralidade da assistência em cuidados paliativos na pediatria oncológica do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. *Rev. Bras. Cancerol.* 2017; 63(1):29-37.

34. Viana ALA, Bousquat A, Melo GA, et al. Regionalização e Redes de Saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; 23(6):1791-1798.
35. Katz N, Roman R, Rados DV, et al. Acesso e regulação ao cuidado especializado no Rio Grande do Sul: a estratégia RegulaSUS do TelessaúdeRS-UFRGS. *Ciênc. Saúde Colet.* 2020; 25(4):1389-1399.
36. Garnelo L, Sousa ABL, Silva ACO. Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 22(4):1225-1234.
37. Almeida MMM, Almeida PF, Melo EA, et al. Regulação assistencial ou cada um por si? Lições a partir da detecção precoce do câncer de mama em redes regionalizadas do Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface (Botucatu).* 2020; 24(1):e190609.
38. Silva JLBV, Oliveira ABC, Oliveira AGM, et al. A prática da integralidade na gestão do cuidado: relato de experiência. *Rev. Enferm. UFPE.* 2017; 11(2):792-797.
39. Freire MP, Louvison M, Feuerwerker LCM, et al. Regulação do cuidado em redes de atenção: importância de novos arranjos tecnológicos. *Saude Soc.* 2020; 29(3):e190682.
40. Santos CTBS, Andrade LOM, Silva MJ, et al. Percurso do idoso em redes de atenção à saúde: um elo a ser construído. *Physis.* 2016; 26(1):45-62.
41. Furuya RK, Birolin MM, Biazin DT, et al. A integralidade e suas interfaces no cuidado ao idoso em unidade de terapia intensiva. *Rev. Enferm UERJ.* 2011; 19(1):158-162.
42. Furtado MCC, Mello DE, Parada CMGL, et al. Avaliação da atenção ao recém-nascido na articulação entre maternidade e rede básica de saúde. *Rev. Eletrônica Enferm.* 2010; 12(4):640-646.
43. Medeiros AC, Siqueira HCH, Zamberlan C, et al. Integralidade e humanização na gestão do cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2016; 50(5):816-822.
44. Paes MR, Silva TL, Chaves MMN, et al. O papel do hospital geral na rede de atenção à saúde mental no Brasil. *Ciênc. Cuid. Saúde.* 2013; 12(2):407-412.
45. Santos FAPS, Enders BC, Santos VEP, et al. Integralidade e atenção obstétrica no Sistema Único de Saúde (SUS): reflexão à luz da teoria da complexidade de Edgar Morin. *Esc. Anna Nery.* 2016; 20(4):e20160094.
46. Acosta AM, Câmara CE, Weber LAF, et al. Atividades do enfermeiro na transição do cuidado: realidades e desafios. *Rev. Enferm. UFPE.* 2018; 12(12):3190-3196.
47. Sousa SM, Bernardino E. Gerenciamento de enfermagem para o cuidado integral: revisão integrativa. *Rev. Enferm UFPE.* 2015; 9(6):8312-8321.
48. Pires MCAC, Ferreira SCM, Silva ALA. Linha do cuidado: a emergência pediátrica na perspectiva da integralidade do cuidado. *REaid.* 2017; 80(18).

Recebido em 13/09/2021
Aprovado em 10/03/2022
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Melhores práticas de gestão no cuidado ao HIV: *scoping review*

Best management practices in HIV care: scoping review

Ianka Cristina Celuppi¹, Fernanda Karla Metelski¹, Samara Eliane Rabelo Suplici¹, Veridiana Tavares Costa¹, Betina Hörner Schlindwein Meirelles¹

DOI: 10.1590/0103-1104202213322

RESUMO Este estudo objetivou mapear e examinar as melhores práticas de gestão do HIV disponíveis nas publicações científicas da área da saúde. Realizou-se revisão sistemática da literatura por meio de *scoping review*, nas bases PubMed, Scopus, Web of Science, Cinahl, Lilacs e Catálogo de Teses e Dissertações da Capes, no período de 2009 a julho de 2020. Dos 427 estudos identificados, 19 foram incluídos, e apesar de não explicitar um conceito de melhor prática, apresentam práticas de gestão do HIV expressas como uma melhor prática por meio da avaliação de estratégias, ferramentas, serviços de saúde, programas de saúde, intervenções e ações que contribuíram para uma melhoria de uma determinada condição de saúde na prevenção e cuidado em HIV. As práticas identificadas nos estudos com uma ‘melhor prática’ justificam-se pela análise dos aspectos de avaliação, os quais expressaram modificações positivas, contribuindo para melhorias das práticas de gestão do HIV. Acredita-se que esses achados podem subsidiar a construção de políticas públicas em diferentes cenários e a instituição de práticas de saúde que visem à melhoria da qualidade das ações direcionadas à gestão do HIV.

PALAVRAS-CHAVE HIV. Gestão da qualidade. Gestão em saúde. Guia de prática clínica. Planos e programas de saúde.

ABSTRACT *This study aimed to map and examine the best HIV management practices available in scientific publications in the health field. A systematic literature review was carried out through scoping review, on the basis of PubMed, Scopus, Web of Science, CINAHL, LILACS, and CAPES Thesis and Dissertations Catalog, from 2009 to July 2020. From the 427 identified studies, 19 were included, and although it does not explain a concept of best practice, they present HIV management practices expressed as a best practice through the evaluation of strategies, tools, health services, health programs, interventions, and actions that contributed to an improvement of a given health condition in HIV prevention and care. The practices identified in the studies with a ‘best practice’ are justified by the analysis of the evaluation aspects, which expressed positive changes, contributing to improvements in HIV management practices. It is believed that these findings can support the construction of public policies in different scenarios and the establishment of health practices that seek to improve the quality of actions aimed at managing HIV.*

KEYWORDS HIV. Quality management. Health management. Practice guideline. Health programs and plans.

¹Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) - Florianópolis (SC) - Brasil.
iankacristinaceluppi@gmail.com



Introdução

A infecção pelo HIV apresenta um *status* de doença crônica, e tal condição exige um cuidado permanente expresso pela ‘Cascata de cuidado contínuo ao HIV’, usada globalmente no contexto da gestão dessa condição de saúde. Esse processo necessita do estabelecimento de metas e adoção de estratégias que abarcam práticas atreladas a promoção à saúde, prevenção, tratamento, promoção da gestão compartilhada da atenção às Pessoas que Vivem com HIV (PVHIV) entre os serviços especializados e Atenção Primária à Saúde (APS), matriciamento, atendimento em rede, além da necessidade de adoção de práticas que considerem a singularidade e a integralidade dessa população¹⁻³.

O estabelecimento de aspectos para avaliação da atenção às PVHIV é fundamental para diferenciar uma ‘melhor prática’ na saúde, a exemplo da comprovação da efetividade por indicadores, informações em saúde, da análise sobre seu potencial inovador, da possibilidade de replicação em outros cenários e do compromisso com o bem-estar e a qualidade de vida da comunidade^{4,5}. Nessa direção, o conhecimento envolvendo práticas que contribuem para o alcance dos melhores resultados diante de doenças crônicas como o HIV pode favorecer a diminuição da morbidade, da mortalidade e melhorar a qualidade de vida das PVHIV, o que continua sendo um grande desafio para os sistemas de saúde.

O compartilhamento das melhores práticas de gestão do HIV possibilita que prestadores de cuidados, formuladores de políticas e tomadores de decisão, bem como pesquisadores, aprendam uns com os outros e compartilhem experiências, sucessos e lições aprendidas no tratamento do HIV. Logo, as melhores práticas são ferramentas úteis para comunicar as inovações de profissionais e pesquisadores que trabalham na área de tratamento e cuidados do HIV⁶.

As melhores práticas de gestão do HIV estão relacionadas com resultados de intervenções baseadas em evidências em que se

pode comprovar eficácia⁷, e com diretrizes clínicas que orientam e padronizam o cuidado às PVHIV⁸. Ainda, as melhores práticas avaliam ativamente os resultados do trabalho que obtiveram sucesso, bem como possuem um efeito significativo que é replicável em vários contextos⁹.

Um estudo de revisão sistemática aponta que existem diversas informações sobre as melhores práticas de gestão do HIV; no entanto, há uma escassez de literatura sobre o rigor científico ou os padrões a serem observados antes que uma prática ou programa possa ser declarado como uma ‘melhor prática’. Além disso, foi evidenciado o uso arbitrário do termo ‘melhores práticas’ na literatura, na qual os autores nem sempre apresentam intenção de comunicar uma prática nova ou um modelo desejável, bem como enfatizam a necessidade de uma ferramenta cientificamente sólida para avaliar as melhores práticas⁶. Desse modo, diante dos muitos desafios concernentes ao entendimento e desenvolvimento de melhores práticas de gestão do HIV, destaca-se a necessidade de explorar tais lacunas e evidenciar o que a literatura internacional vem apontando acerca dessa temática.

Diante disso, o objetivo deste estudo foi mapear e examinar as melhores práticas de gestão do HIV disponíveis nas publicações científicas da área da saúde.

Material e métodos

Trata-se de um tipo de revisão sistemática de literatura, o *scoping review*, que tem por objetivo identificar e sintetizar evidências científicas sobre questões emergentes e ainda não saturadas na literatura¹⁰.

Inicialmente, realizou-se uma busca nas bases de dados JBI Clinical Online Network of Evidence for Care and Therapeutics (CONNECT+) e International Prospective Register of Ongoing Systematic Reviews (Prospero), no mês de julho de 2020, não sendo identificadas revisões anteriores ou

em andamento envolvendo protocolos semelhantes ao objetivo deste estudo. Então, foi elaborado um protocolo com cinco etapas¹⁰, bem como foi realizado o registro da presente revisão no Open Science Framework com DOI 10.17605/OSF.IO/X758N.

Na etapa 1, 'identificando a questão de pesquisa', utilizou-se do acrônimo PCC¹⁰, no qual a População são as PVHIV, o Conceito são as melhores práticas de gestão, e o Contexto é a área da saúde. Tal delimitação orientou a definição da questão geral orientadora do estudo: quais as melhores práticas de gestão do HIV disponíveis nas publicações científicas da área da saúde? Adicionalmente, foram elaboradas subquestões de pesquisa para ampliar o mapeamento.

Na etapa 2, 'identificando estudos relevantes', foi realizada a busca dos estudos nas seguintes bases de dados: PubMed, Scopus, Web of Science, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (Cinahl), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Catálogo de Teses e Dissertações da Capes. Os descritores e suas combinações utilizadas para a construção da chave de busca foram: ((Health Services Administration) OR (Health Management) OR (Quality Management) OR (Cost-Benefit Analysis) OR (Program Evaluation) OR (Management Capacity) OR (Organizational

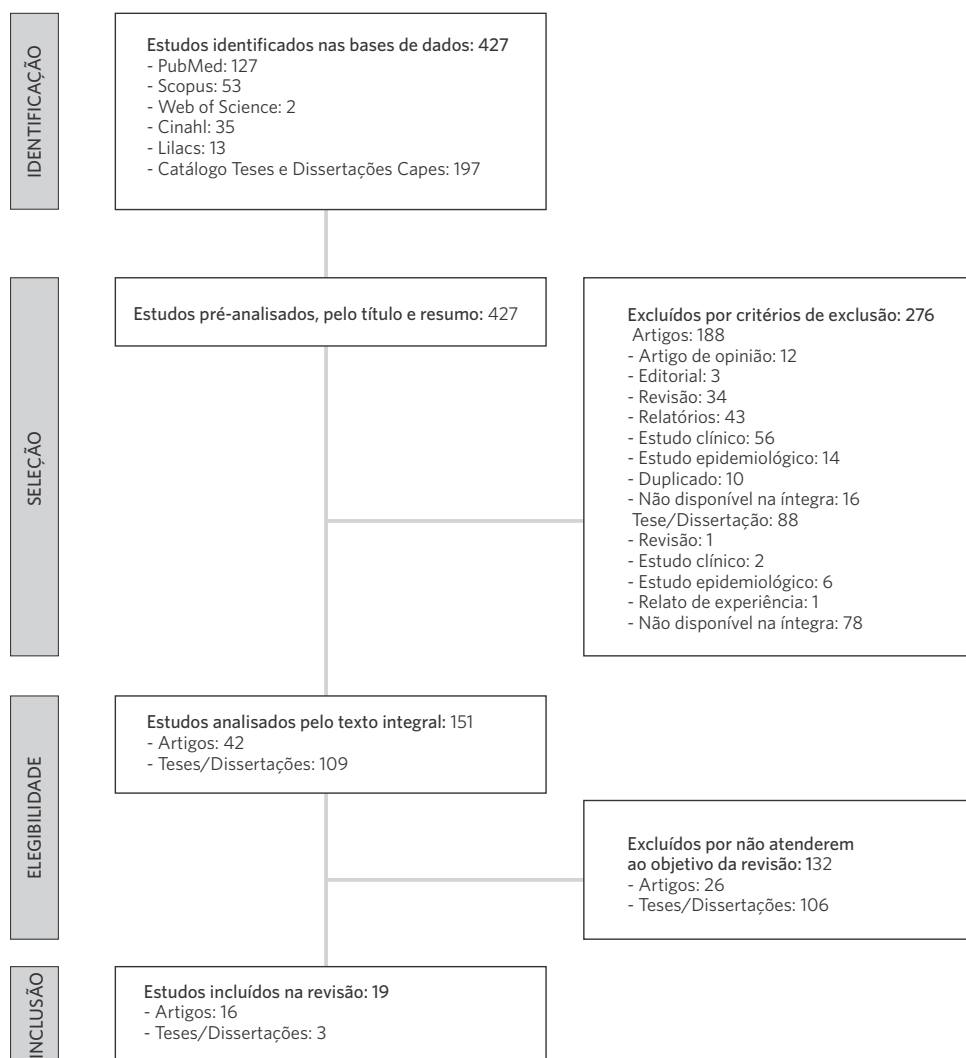
Capacity) OR (Cost Effectiveness) OR (Cost-Benefit Data) OR (Economic Evaluation) OR (Best Practices)) AND ((HIV) OR (AIDS)), nos idiomas inglês, espanhol e português.

A busca dos estudos foi realizada considerando o período de 2009 a julho de 2020. Optou-se por essa delimitação temporal com o intuito de abarcar as publicações e orientações decorrentes após o lançamento do guia de melhores práticas da Organização Mundial da Saúde (OMS)⁴. Assim, a busca totalizou 427 publicações, entre as quais, 230 artigos e 197 teses e dissertações. Os procedimentos de revisão foram realizados por quatro pesquisadoras.

A etapa 3, 'seleção de estudos', foi desenvolvida em julho de 2020, sendo incluídos estudos primários disponíveis na íntegra, teses e dissertações. Os critérios de exclusão dos estudos contemplaram publicações que não apresentaram resumo ou que se encaixavam em uma das seguintes modalidades: artigo de opinião, editorial, revisão, relatórios, nota de campo ou tutorial, cartas, comentários, resumos de anais, estudos clínicos, estudos epidemiológicos, relatos de experiência e trabalho de conclusão de curso.

As diretrizes do Prisma Extension for Scoping Reviews (Prisma-ScR): Checklist and Explanation foram seguidas para sistematizar o processo de seleção e inclusão dos estudos¹¹, conforme apresentado na *figura 1*.

Figura 1. Fluxograma de síntese das etapas de seleção dos estudos incluídos na revisão



Fonte: elaboração própria.

Na etapa 4, ‘traçando os dados’, as pesquisadoras utilizaram uma planilha do Excel® para preenchimento e organização das informações extraídas dos estudos incluídos, com as seguintes variáveis: base de dados, ano de publicação, periódico, título, autores, país de realização do estudo, objetivo da pesquisa, metodologia, participantes, instituições envolvidas, população a que as melhores práticas se destinam, conceito de melhores práticas, critérios definidores das

melhores práticas, principais resultados, situação-problema superada, contribuições dos estudos.

Na etapa 5, que consistiu em ‘reunir, resumir e relatar os resultados’, os estudos foram analisados na íntegra, buscando responder às subquestões de pesquisa, com o auxílio do gerenciador bibliográfico Mendeley®. As informações sistematizadas foram compartilhadas entre as pesquisadoras via Planilhas do Google®.

Resultados

Na busca por publicações nas bases de dados elencadas para este estudo, destacaram-se a PubMed com 127 artigos e a Scopus com 53. A busca no Catálogo de Teses e Dissertações da Capes obteve 197 publicações. No total, 19 publicações foram incluídas no estudo, sendo 16 artigos e 3 teses/dissertações. Dentre os artigos analisados, sobressaíram-se o ano de 2017 com seis publicações e o periódico ‘Tropical Medicine and International Health’ com três artigos.

Outras informações também foram consideradas durante a presente revisão. Observou-se que, em relação às autorias, dois coautores estiveram presentes em dois estudos^{12,13}; os demais, em somente um estudo. Em relação ao país, seis estudos foram realizados nos Estados Unidos da América (EUA)¹⁴⁻¹⁹, seguido de três no Brasil²⁰⁻²², três na África do Sul²³⁻²⁵, dois na Índia^{12,13}, e um em Ruanda²⁶, Quênia²⁷, Moçambique²⁸, México²⁹ e Reino Unido³⁰.

O método/natureza de pesquisa mais utilizado foi o quantitativo, com 14 estudos^{12,13,15,18-19,22-30}, seguido de três estudos de métodos mistos^{14,16,17}, um estudo qualitativo²¹ e um metodológico²⁰.

Identificou-se que cinco estudos apresentaram adultos como participantes da pesquisa^{13,16,18,27,29}. O segundo grupo que recebeu maior destaque foi o de mulheres com quatro estudos, em que dois apresentaram enfoque no período puerperal^{19,28}, um no período gestacional²⁴, e outro direcionado a mulheres trabalhadoras do sexo¹². Dois estudos tiveram como participantes profissionais da saúde^{14,21}, dois estavam direcionados a serviços de saúde que prestam cuidados direcionados às PVHIV^{23,30}, e os demais estudos contaram com a participação de idosos²⁰, estudantes de enfermagem¹⁵, crianças²⁵ e lactentes²⁶.

O perfil das organizações executoras das melhores práticas variou entre os estudos; no entanto, serviços e programas de saúde receberam destaque em sete manuscritos, em que a iniciativa Avahan – India Aids esteve

presente em dois artigos^{12,13}, seguido do Mountain West Aids Education and Training Center¹⁴, Ubuntu Clinic²³, Howard Brown Health Center¹⁷, Programa Make A Difference about Art²⁵ e Hospitais distritais²⁸. Ainda, sete instituições eram da esfera de atuação governamental, com serviços de APS em dois artigos^{21,26}, seguido de Departamento de Saúde Pública^{18,19}, Instituições Federais que oferecem cuidados a pacientes do Programa Fonsida²⁹, sistema de saúde Iowa City Veterans Affairs¹⁶ e Centro de Prevenção ao Abuso de Substâncias, Escritório de Saúde da Mulher, Escritório de Política de HIV/Aids e Doenças Infecciosas e Administração de Serviços de Abuso de Substâncias e Saúde Mental¹⁵.

Três instituições de ensino foram identificadas como promotoras de melhores práticas, como o Centro de Pesquisa da Aids da Universidade de Washington²⁷, Universidade Federal do Ceará²² e Universidade Estadual do Ceará²⁰. Por fim, também se identificou a atuação de duas associações como a British HIV Association³⁰ e South African Medical Research Council em colaboração com o Saving Newborn Lives²⁴.

Os estudos apresentaram diferentes populações para as quais as melhores práticas foram destinadas. Para as PVHIV, sobressaíram os estudos acerca a saúde materno-infantil, envolvendo gestantes e puérperas com HIV¹⁴, recém-nascidos de mães com HIV^{14,28}, mulheres grávidas com seguimento para o puerpério e recém-nascidos²⁴, e recém-nascidos que iniciaram a Terapia Antirretroviral (Tarv)²⁶. Outros estudos envolveram crianças²⁵, PVHIV no geral^{16,18,21}, pessoas sem seguro saúde²⁹, pessoas adultas que fazem uso da Tarv²³, pessoas não tratadas com Tarv²⁷, e parturientes e recém-nascidos sem *status* de HIV documentado¹⁹.

Em relação às populações sem diagnóstico positivo de HIV, no que se refere a prevenção e promoção em saúde, as melhores práticas foram destinadas a motoristas de caminhão de longa distância¹³, mulheres trabalhadoras do sexo¹², jovens mulheres transexuais¹⁷, estudantes universitários de enfermagem¹⁵,

adolescentes em situação de rua²² e idosos²⁰. Outro estudo envolveu serviços de saúde especializados em HIV³⁰.

O quadro 1 apresenta informações relacionadas com as melhores práticas de gestão

do HIV que constituíram o foco dos estudos incluídos na revisão de escopo. Os estudos foram organizados pela proximidade das temáticas.

Quadro 1. Apresentação das melhores práticas abordadas nos estudos envolvendo a gestão do HIV, a situação ou contexto específicos e os resultados

N	Melhores Práticas de Gestão do HIV	Situações ou Contextos Específicos	Resultados	Aspectos
A1 ²⁶	Expansão do sistema nacional de informática de HIV/Aids baseado na Internet, o TRACnet, para incluir os resultados do PCR do HIV em tempo oportuno, em conjunto com pessoal treinado e qualificado.	Unidades de Saúde com recursos limitados em Ruanda.	Diagnóstico precoce de bebês expostos ao HIV e melhorias no início imediato de Tarv, devido à redução nos atrasos no tempo decorrido do teste e o recebimento do resultado.	Clínicos
A2 ³⁰	Ferramenta que consiste em um painel com gráficos de desempenho que fornecem resumos de dados de auditoria que são comparados com a média geral dos serviços de HIV.	Serviços de saúde especializados em HIV no Reino Unido.	Melhora do feedback e subsídios para a melhoria da qualidade do cuidado, que foram considerados aceitáveis e úteis.	Clínicos
A3 ¹⁸	Instalações financiadas que desenvolvem gerenciamento de casos médicos.	Departamento de Saúde do Distrito de Columbia nos EUA.	Aumento da retenção no cuidado, vínculo e melhoria nas condições clínicas do paciente e diminuição das taxas de supressão viral.	Clínicos
A4 ¹⁴	Programa ECHO (Extension for Community Health Outcomes), que oferta tele-mentoria para médicos de comunidade com práticas baseadas em evidências sobre gestão do cuidado em HIV perinatal.	Ambientes rurais e com poucos recursos nos EUA.	Melhoria no acesso ao acompanhamento clínico do HIV/Aids, melhoria na prevenção da transmissão vertical do HIV e redução da necessidade de encaminhamento para especialidades.	Clínicos
A5 ¹⁶	Programa de Telessaúde Colaborativo para PVHIV.	Ambientes rurais com baixa prevalência de HIV, poucos provedores de saúde com experiência em medicina de HIV e longas distâncias até as clínicas especializadas em HIV nos EUA.	Ampliação do acesso aos serviços de saúde, melhoria da qualidade do atendimento ao HIV e redução do tempo despendido para viagens de atendimento.	Práticas de saúde
A6 ¹⁹	Programa estadual de teste rápido de HIV para mulheres grávidas que se apresentavam para parto com status sorológico desconhecido.	Hospitais de Illinois nos EUA.	Aumento no diagnóstico de infecção materna por HIV e diminuição dos recém-nascidos que receberam alta com status sorológico desconhecido.	Clínicos
A7 ²⁹	Programa de Distribuição de Medicamentos Antirretrovirais Gratuitos.	Atenção de primeiro nível no México.	Ampliação da cobertura, maior eficácia do Tarv, incremento da sobrevida dos pacientes e ampliação do acesso à atenção especializada para PVHIV que não tinham seguro social.	Clínicos e Sociodemográficos
A8 ²³	Clubes de adesão em grupo liderados por profissionais de saúde leigos.	Ambiente de APS com escassez crônica de recursos humanos na África do Sul.	Menos visitas perdidas, tempos de espera mais curtos e maior aceitação dos serviços em comparação com o atendimento padrão, melhoria do acesso à Tarv e maior no custo-benefício.	Clínicos
A9 ²⁸	Programa para diagnóstico infantil precoce de HIV com fornecimento de Tarv para mães com HIV.	Hospitais em área predominantemente rurais de Moçambique.	Melhorias no diagnóstico e na retenção do cuidado.	Clínicos

Quadro 1. (cont.)

N	Melhores Práticas de Gestão do HIV	Situações ou Contextos Específicos	Resultados	Aspectos
A10 ²⁴	Programa de visita domiciliar pré e pós-natais do Agente Comunitário de Saúde.	Município de difícil acesso devido aos altos níveis de violência e prevalência muito alta de HIV na África do Sul.	Melhoria no acesso, prevenção, custo-benefício e mudança de comportamentos como o aleitamento materno exclusivo.	Comportamental
A11 ²⁵	'Make a Difference about Art', um programa comunitário de arte para crianças de 8 a 18 anos acometidas pelo HIV e Aids.	Comunidade carente na África do Sul.	Melhoria da autoestima, da autoeficácia e da percepção do HIV.	Comportamental
A12 ¹⁵	Programa de Conscientização do Aluno sobre a Ligação entre o Abuso de Substâncias e a Aids (Salsa).	Ambientes universitários nos EUA.	Aumento do conhecimento sobre a transmissão e prevenção do HIV e diminuição da probabilidade de praticar sexo de risco.	Comportamental
A13 ¹²	Programa Avahan de prevenção do HIV para mulheres trabalhadoras do sexo.	Serviços clínicos para infecções sexualmente transmissíveis na Índia.	Aumento da cobertura mensal do alcance das mulheres trabalhadoras do sexo, melhoria na qualidade dos serviços clínicos, aumento na distribuição de preservativos, uso consistente relatado de preservativos com clientes comerciais, diminuição dos casos de sífilis e estabilização da prevalência de HIV.	Comportamental e Socio-demográficos
A14 ¹³	Programa de prevenção Avahan entre motoristas de caminhão de longa distância.	Rodovias na Índia.	Melhora geral nas práticas sexuais seguras, aumento da participação dos caminhoneiros no programa e contribuição para práticas sexuais seguras entre caminhoneiros.	Comportamental
A15 ¹⁷	Intervenção local 'Habilidades para a Vida' com pequenos grupos para examinar o envolvimento dos participantes em comportamentos de risco relacionados com o HIV.	Uma instalação temporária que oferece uma ampla gama de serviços de apoio médico e psicossocial para populações jovens marginalizadas, incluindo mulheres transexuais jovens, nos EUA.	Mudanças de comportamentos de risco relacionados ao HIV.	Comportamental
A16 ²²	Vídeo educativo com enfoque na prevenção de IST/HIV/Aids.	Adolescentes em situação de rua no Brasil.	Aquisição de conhecimentos sobre a prevenção das IST/HIV/aids e estímulo ao pensamento crítico do adolescente quanto à importância da adoção de comportamentos saudáveis.	Comportamental
A17 ²⁰	Intervenção por meio da cartilha educativa intitulada 'Cuidar de si é se amar: um diálogo sobre HIV/Aids entre idosos'.	Idosos integrantes de projetos sociais no Brasil.	Eficácia do material educativo para a melhoria do conhecimento, adoção de medidas positivas em relação às atitudes para prevenção do HIV.	Comportamental
A18 ²⁷	Fornecimento de mosquiteiros tratados com inseticidas de longa duração e filtros de água.	Indivíduos infectados pelo HIV sem tratamento com ARV e seus familiares no Quênia.	Diminuição de custos associados à redução de carga de doenças, atraso da progressão da doença pelo HIV e prevenção da mortalidade e morbidade devido a doenças diarreicas e malária.	Clínicos e sociodemográficos
A19 ²¹	Ações desenvolvidas pelos profissionais médicos e de enfermagem.	Atenção Básica no Brasil.	Desenvolvimento de ações predominantemente de cunho assistencial executadas diretamente à pessoa que (con)vive com HIV/Aids.	Práticas de saúde

Fonte: elaboração própria.

Discussão

O artigo de A1²⁶ analisa os impactos de uma estratégia em saúde, a tecnologia (TRACnet) que repercutiu positivamente no tempo de entrega dos resultados do teste de HIV e na subsequente iniciação da Tarv em bebês infectados pelo HIV em Ruanda. Tal tecnologia trata da implementação de envio de mensagens por SMS-e, sistema de tecnologia baseado na internet, para fornecer os resultados do teste de Reação em Cadeia Polimerase (PCR) do HIV diretamente às unidades de saúde. Esse estudo evidenciou reduções significativas nos tempos de resposta/envio dos resultados da testagem PCR e no tempo total para iniciação de Tarv em bebês infectados com HIV após a implantação da intervenção.

O artigo A2³⁰ apresentou o desenvolvimento de uma ferramenta para fornecer dados de *feedback* para clínicas especializadas em cuidado à PVHIV no Reino Unido, mostrando-se como uma importante ação de apoio ao cuidado. Nesse estudo, a partir de uma auditoria da Associação Britânica do HIV, que avaliou o cumprimento das diretrizes para investigação e monitoramento da rotina de adultos infectados pelo HIV, foram propostos gráficos que comparam um serviço com os demais, fornecendo subsídios para a melhoria da qualidade do cuidado às PVHIV.

O artigo A3¹⁸ identificou diferenças nos resultados clínicos entre PVHIV que receberam cuidados em instalações financiadas por um programa de gestão de casos médicos em comparação com instalações não financiadas. O estudo apontou que PVHIV que recebem cuidados em instalações financiadas pelo programa eram significativamente mais propensas a serem retidas no cuidado e alcançarem supressão viral do que pessoas recebendo atendimento em instituições não financiadas.

O artigo A4¹⁴ está vinculado a um programa voltado para profissionais da saúde. O estudo descreveu uma experiência de treinamentos por meio do uso de telementoria destinada a médicos de comunidade para gestão do

cuidado em HIV perinatal. Essa telementoria utilizou estratégias de leituras e estudos de caso apontando resultados positivos na prevenção da transmissão vertical do HIV, no acesso ao acompanhamento clínico e, especialmente, na redução da necessidade de encaminhamento para atendimentos especializados.

O artigo A5¹⁶ apresentou um programa voltado para o apoio ao cuidado das PVHIV, sendo o uso de tecnologias digitais o destaque nesse estudo, que descreveu a experiência de um telessaúde colaborativo como uma abordagem para fornecer cuidados acessíveis e abrangentes às PVHIV em ambientes rurais. O estudo sinaliza que o matriciamento ocorreu de profissionais especialistas para profissionais generalistas de serviços de APS, o que facilitou o acesso ao acompanhamento clínico das PVHIV que residem em locais de difícil acesso.

O artigo A6¹⁹ destacou a avaliação do desempenho da realização de teste rápido em parturientes com *status* de HIV não documentado como forma de prevenir a transmissão vertical do HIV, em Illinois/EUA. O estudo avaliou a continuidade dos testes rápidos em parturientes quando o programa de financiamento terminou e foi substituído por uma parceria público-privada. Esse estudo evidenciou que, apesar das mudanças na infraestrutura de saúde pública, a proporção de mulheres com *status* de HIV não documentado que receberam o teste rápido para si ou para seus neonatos permaneceu alta. Essas descobertas afirmam a relevância de financiamento público e privado para importantes ações de saúde pública para proporcionar impactos positivos nas ações de identificação da infecção materna por HIV e diminuição no número de recém-nascidos que recebem alta com *status* sorológico desconhecido.

O artigo A7²⁹ avalia um programa de distribuição de medicamentos Antirretrovirais (ARV) gratuitos nos serviços de atenção primária na Cidade do México. Esse estudo retrata que os benefícios dessa prática de gestão ampliaram o acesso e a cobertura desses

medicamentos, melhoraram a eficácia no tratamento e aumentaram a sobrevivência das PVHIV.

O artigo A8²³ aborda um programa de distribuição de Tarv, avaliando o custo-eficácia, e conclui que ele melhorou o acesso à Tarv. Esse estudo demonstra uma importante estratégia de saúde pública, pois apresenta um programa com potencial para expandir a capacidade do sistema de saúde, enquanto facilita a permanência no tratamento eficaz e de longo prazo.

O artigo A9²⁸ avaliou um programa de diagnóstico infantil precoce durante o atendimento prestado a mães infectadas pelo HIV que deram à luz em dois hospitais, nos quais o cuidado tinha como base um protocolo, evidenciando benefícios na retenção do cuidado. Os resultados do estudo apontam para a gestão da qualidade enquanto ferramenta para aprimorar os processos de trabalho e relação entre os serviços de saúde.

O artigo A10²⁴ retrata um programa que consistiu em visitas domiciliares pré e pós-natais de Agente Comunitários de Saúde (ACS). Ao avaliar o efeito dessas visitas no nível de sobrevivência sem infecção por HIV e na alimentação infantil exclusiva e apropriada as 12 semanas, o estudo identificou que a intervenção quase dobrou o Aleitamento Materno Exclusivo (AME) em 12 semanas e apresentou um aumento relativo de 6% em AME com cada visita adicional do ACS. Foram avaliados também os custos dessa intervenção que se mostrou eficaz e uma alternativa barata.

O artigo A11²⁵ teve por finalidade avaliar um programa comunitário de arte visando reduzir problemas psicossociais entre crianças afetadas pelo HIV na África do Sul. O estudo revelou melhora da autoestima, da autoeficácia (habilidades próprias no que se refere a lidar com várias situações), além da sensibilização acerca da percepção do viver com HIV e melhoria de parte do impacto relativo ao enfrentamento dessas crianças diante da morte dos pais.

O artigo A12¹⁵ abordou um programa, destinado e desenvolvido por estudantes universitários de enfermagem, o qual apresentou

evidências que sugeriram que a prática de educação realizada pelos pares foi eficaz no ensino de informações essenciais sobre o HIV. Um modelo *peer-to-peer* como o utilizado no estudo com estudantes de enfermagem pode ser facilmente implementado em *campus* universitários, de modo a reduzir os comportamentos de risco e estimular a prevenção da infecção por HIV.

O artigo A13¹² avaliou um programa de prevenção atrelado a mulheres trabalhadoras do sexo baseado em atividades educativas, promoção e distribuição de preservativos e estabelecimento de clínicas vinculadas ao programa para gerenciar Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) em Tamil Nadu na Índia. O programa apresentou impacto positivo, resultando em melhor uso do preservativo nas relações sexuais, diminuição da ocorrência dos casos de sífilis e estabilização da prevalência da infecção pelo HIV nessa população.

O artigo A14¹³ examinou a extensão e a tendência do comportamento sexual de risco, a prevalência de IST/HIV e a ligação entre exposição a programas de prevenção do HIV e comportamento sexual seguro. Foram comparados dados coletados em 2007 e 2010. Os programas de prevenção considerados no estudo foram aqueles classificados como mais intensivos: contatos por educadores, distribuição de preservativos pelos educadores, visita a clínicas Khushi, serviços de aconselhamento sobre HIV, participação em qualquer reunião da comunidade ou eventos.

Os resultados apresentados no artigo A14¹³ evidenciaram que o uso consistente de preservativo em relações sexuais com parceiras não regulares aumentou ao longo do tempo. A proporção de pessoas testadas como HIV positivo caiu de 3,2% para 2,5%, e a proporção testada positiva para sífilis também diminuiu de 3,2% para 1,7%. Caminhoneiros que faziam sexo com parceiros pagos eram significativamente mais propensos a procurar um programa de prevenção intensivo em comparação com aqueles que não fizeram sexo com parceiros remunerados. Caminhoneiros que fizeram

sexo com parceiros pagos e expostos a programas de prevenção eram mais propensos a usar preservativos nas relações sexuais de forma consistente.

O artigo A15¹⁷ avaliou uma intervenção baseada em pequenos grupos com mulheres transexuais jovens e examinou o envolvimento delas em comportamentos de risco relacionados com o HIV antes e três meses após a intervenção. Esta consistiu em seis sessões de grupo e pelo menos uma sessão individual nas quais era oferecido um plano personalizado para redução dos comportamentos de risco relacionados com o HIV. As reuniões abordaram os temas: saúde sexual, sexo seguro, comunicação saudável, negociação de parceiros e como identificar e acessar serviços comunitários. Os resultados evidenciaram que a participação na intervenção pode reduzir os comportamentos de risco relacionados com o HIV.

A tese A16²² trouxe informações referentes à produção de um vídeo educativo para adolescentes enfatizando a importância da adoção de comportamentos saudáveis em relação à prevenção do HIV. A ação apresenta o ambiente de rua com experiências reais que contribuem para aprendizagem, reflexão, criticidade e autonomia do adolescente. O vídeo estimula e desenvolve nos adolescentes competências e habilidades necessárias para que eles possam atuar efetivamente na melhoria de suas práticas sexuais, diminuindo os riscos de se infectar por uma IST/HIV.

A dissertação A17²⁰ retratou uma intervenção baseada em uma tecnologia educativa. O estudo envolveu dois grupos: comparação e intervenção. A intervenção deu-se pela aplicação de uma cartilha educativa intitulada 'Cuidar de si é se amar: um diálogo sobre HIV/Aids entre idosos' para o grupo intervenção. Já o grupo controle recebeu orientações na forma de educação em saúde. A intervenção mostrou-se eficaz sobre o conhecimento, atitude e prática dos idosos para prevenção do HIV, reconhecendo a eficácia da utilização do material educativo para a melhoria do conhecimento e adoção de medidas positivas

em relação às atitudes para prevenção do HIV.

O artigo A18²⁷ estimou a eficácia, os custos e a relação custo-benefício no fornecimento de mosquiteiros tratados com inseticida de longa duração e filtros de água para adultos infectados com HIV não tratados com Tarv e seus familiares, em comparação com aqueles que não receberam os mosquiteiros e filtros de água. Os resultados evidenciaram que a distribuição de mosquiteiros e filtros de água para PVHIV atrasou a progressão da doença HIV e pré-mortalidade e morbidade respiratórias devido a doenças diarreicas e malária entre esses indivíduos e suas famílias. As medidas também resultaram em economia substancial para o sistema de saúde.

A dissertação A19²¹ descreveu a atuação dos profissionais de saúde na APS no que se refere às ações de promoção, prevenção e tratamento de PVHIV. Esse estudo descreveu que as ações desenvolvidas incluem acolhimento, acompanhamento, orientações, trabalho multiprofissional, prevenção realizada com outros segmentos do território e promoção da saúde, destacando que o atendimento das PVHIV é predominantemente assistencial.

Os estudos analisados evidenciam que não há um conceito de melhor prática explícito nas publicações; no entanto, as práticas de gestão do HIV foram expressas como uma melhor prática com base nos resultados alcançados por meio da avaliação de estratégias, ferramentas, serviços de saúde, programas de saúde, intervenções e ações que buscaram melhorar uma determinada condição de saúde, em especial, na prevenção e cuidado em HIV.

Ademais, os estudos retrataram a utilização de aspectos de avaliação identificados na adoção de melhores práticas de gestão do HIV, os quais foram classificados na presente revisão como aspectos clínicos^{12,14,18,19,23,26-30}, aspectos sociodemográficos^{12,24,27,29}, aspectos comportamentais^{12,13,15,17,20,22,25} e aspectos atrelados às práticas de saúde^{16,21}.

Dentre os aspectos clínicos utilizados para avaliar as melhores práticas, destacaram-se os cuidados realizados pelos serviços às PVHIV

como a realização do exame de carga viral, adesão ao uso dos medicamentos registrados e exames de saúde oferecidos³⁰, retenção no cuidado^{23,28}, bem como o envolvimento da pessoa no cuidado oferecido¹⁸ e a evolução dos pacientes acompanhados com realização dos exames de CD4 e carga viral^{16,18,23,27,29}. Ainda, destacam-se a realização de teste rápido entre as parturientes com *status* de infecção pelo HIV desconhecido^{14,19} e o tempo de início da Tarv em bebês infectados pelo HIV²⁶.

Os aspectos sociodemográficos mencionados foram a taxa da população assistida pelo programa e a taxa de mortalidade após ingressar no programa²⁹, relação entre cobertura populacional¹², custos e tempo utilizado pelos profissionais²⁴, diminuição dos casos/estabilização da prevalência de HIV¹² e custos associados às doenças oportunistas²⁷.

Os aspectos comportamentais estão relacionados com a mudança de conhecimento, comportamento e/ou percepção para prevenção do HIV¹⁵, conhecimento sobre HIV e práticas relacionadas com a sua prevenção^{13,15,17,20,22}, percepção quanto a autoestima, autoeficácia e depressão em crianças que vivem com HIV²⁵, maior uso de preservativos^{12,13} e mudanças de comportamento com relação ao aleitamento materno exclusivo²⁴. Por fim, indicamos os aspectos atrelados às práticas de saúde à PVHIV, que foram vinculados à avaliação da descentralização do cuidado à PVHIV, antes ligada ao especialista, passando a apontar a APS como base para organizar as ações de cuidado às PVHIV, inclusive como suporte para outras demandas vinculadas ao cuidado dessas pessoas que vão além da doença²¹ e a ampliação do acesso e melhorias no atendimento¹⁶.

Essas práticas identificadas nos estudos com uma 'melhor prática' justificam-se pela análise dos aspectos de avaliação elencados nos estudos, os quais refletem modificações positivas/melhorias para a gestão do HIV. Tais aspectos demonstram a elegibilidade de condições para definição de práticas atreladas a situações e contextos específicos no intuito de atingir os resultados desejados e, para tanto,

desenvolver e implementar estratégias e ações de excelência na gestão das práticas em saúde do HIV.

Conclusões

As melhores práticas de gestão do HIV identificadas nos estudos estão relacionadas com a instituição de tecnologias de gestão e de cuidado, serviços de telessaúde, programas de realização de teste rápido, de educação, de distribuição de ARV, de diagnóstico infantil precoce, de visitas domiciliares pré e pós-natais, de prevenção da infecção por HIV, minimização de comportamentos de risco, redução dos agravos relacionados com o HIV, iniciativas comunitárias como grupos de adesão ao tratamento, atividades artísticas para crianças que vivem com HIV, e práticas de cuidado desenvolvidas por profissionais da saúde.

Identificou-se que não há um conceito de melhor prática explícito nas publicações, bem como de critérios mensuráveis para classificar as práticas em saúde como melhores. Apesar disso, ao admitir-se o conceito de melhores práticas da OMS, considerando ações em contextos específicos, resultados alcançados e aspectos envolvidos em cada prática, bem como seu potencial de replicabilidade em diferentes cenários, foi possível eleger estudos que apresentassem melhores práticas de gestão do HIV.

Como limitações, pode-se considerar que apenas três idiomas foram utilizados para a busca dos estudos e que os descritores utilizados podem ter influenciado nos achados da presente revisão de escopo.

Sugere-se o desenvolvimento de novos estudos sobre melhores práticas de gestão do HIV que tenham como objetivo estabelecer parâmetros definidores dessas práticas para considerá-las como melhores. Ademais, entende-se que esses achados podem subsidiar a construção de políticas públicas e a instituição de práticas de saúde que visem à

melhoria da qualidade das ações direcionadas à gestão do HIV.

Colaboradoras

Celuppi IC (0000-0002-2518-6644)* contribuiu para a criação da proposta, desenvolvimento metodológico, análise de dados, escrita do manuscrito e aprovação da versão a ser

publicada. Metelski FK (0000-0001-7833-0438)*, Suplici SER (0000-0002-0334-7195)* e Costa VT (0000-0001-5168-4383)* contribuíram para o desenvolvimento metodológico, análise de dados, escrita do manuscrito e aprovação da versão a ser publicada. Meirelles BHS (0000-0003-1940-1608)* contribuiu para a criação da proposta, supervisão do trabalho, revisão do manuscrito e aprovação da versão a ser publicada. ■

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. 2018. [acesso em 2021 jan 7]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/64484/pcdt_adulto_12_2018_web.pdf?file=1&type=node&id=64484&force=1.
2. Costa VT, Meirelles BH. Adesão ao tratamento dos adultos jovens vivendo com HIV/aids sob a ótica do pensamento complexo. *Texto & Contexto Enferm*. 2019 [acesso em 2021 jan 7]; 28. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072019000100387&script=sci_arttext&tlng=pt.
3. Seidl EM, Remor E. Adesão ao Tratamento, Resiliência e Percepção de Doença em Pessoas com HIV. *Psic. Teoria Pesq*. 2020 [acesso em 2021 jan 7]; 36(esp). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722020000300205&script=sci_arttext.
4. Organização Mundial da Saúde. Guia para a Documentação e Partilha das “Melhores Práticas” em Programas de Saúde. Brasília, DF: OMS; 2008.
5. United Nations Programme on HIV/AIDS. Seizing the moment: Tackling entrenched inequalities to end epidemics. 2020. 384 p. [acesso em 2021 jan 6]. Disponível em: <https://aids2020.unaids.org/report/>.
6. Maina G, Mill J, Chaw-Kant J, et al. A systematic review of best practices in HIV care. *Journal of HIV/AIDS & social services*. 2016 jan 2 [acesso em 2020 dez 19]; 15(1):114-26. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15381501.2015.116037>.
7. Higa DH, Crepaz N, Mullins MM. Identifying best practices for increasing linkage to, retention, and re-engagement in HIV medical care: findings from a systematic review, 1996–2014. *AIDS and Behavior*. 2016 [acesso em 2020 nov 19]; 20(5):951-66. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10461-015-1204-x>.
8. Feyissa GT, Lockwood C, Woldie M, et al. Reducing HIV-related stigma and discrimination in healthcare settings: a systematic review of guidelines, tools, standards of practice, best practices, consensus statements and systematic reviews. *J. multid. Health care*. 2018 [acesso em 2020 nov 18]; (11):405. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6118284/>.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

9. Deboviel J. Best Practices for Screening and Early Treatment for HIV in the Hispanic Community. Minneapolis: Walden University; 2020.
10. Joanna Briggs Institute. The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI Scoping Reviews. Adelaide: JBI; 2015. [acesso em 2020 jul 9]. Disponível em: <https://nursing.lsuhsu.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Scoping-.pdf>.
11. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Annals of inter. med.* 2018 [acesso em 20 jun 12]; 169(7):467-73. Disponível em: <https://www.acpjournals.org/doi/full/10.7326/M18-0850>.
12. Thilakavathi S, Boopathi K, Kumar CG, et al. Assessment of the scale, coverage and outcomes of the Avahan HIV prevention program for female sex workers in Tamil Nadu, India: is there evidence of an effect?. *BMC public health.* 2011 [acesso em 2020 jun 15]; (6):1-4. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/1471-2458-11-S6-S3>.
13. Pandey A, Mishra RM, Sahu D, et al. Heading towards the Safer Highways: an assessment of the Avahan prevention programme among long distance truck drivers in India. *BMC Public Health.* 2011 [acesso em 2020 jun 15]; 11(6):1-2. Disponível em: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-11-S6-S15>.
14. Ness TE, Annese MF, Martinez-Paz N, et al. Using an innovative telehealth model to support community providers who deliver perinatal HIV care. *AIDS Education and Prevention.* 2017 [acesso em 2020 jun 15]; 29(6):516-26. Disponível em: <https://guilfordjournals.com/doi/abs/10.1521/aeap.2017.29.6.516>.
15. Jones SG, Chadwell K, Olafson E, et al. Effectiveness of nursing student-led HIV prevention education for minority college students: The SALSA project. *J. health care for the poor and underserved.* 2017 [acesso em 2020 jun 15]; 28(2):33-47. Disponível em: https://muse.jhu.edu/article/656961/summary?casa_token=YZE7EuzSVRUAAAAA:aZ-T8bSVu7QGtviBY_-9YYS8VnMpCkoa_3Q67L6axilCJCWPtXgkxBV8Z3aCiCcT8_HV3bwdAYc.
16. Ohl M, Dillon D, Moeckli J, et al. Mixed-methods evaluation of a telehealth collaborative care program for persons with HIV infection in a rural setting. *Journal of general internal medicine.* 2013 [acesso em 2020 jun 15]; 28(9):1165-73. Disponível em: https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s11606-013-2385-5.pdf?casa_token=p5c8lbKU_jYAAAAA:enD9PxFOM77rRPOIaVaaAa9NMT9U_W3okfPv3vQSDOGao8IVyVN0dQ_4SZr4ZZgNnxCmP2qil3M12rSVw.
17. Garofalo R, Johnson AK, Kuhns LM, et al. Life skills: evaluation of a theory-driven behavioral HIV prevention intervention for young transgender women. *J. Urban Health.* 2012 [acesso em 2020 jun 15]; 89(3):419-31. Disponível em: https://idp.springer.com/authorize/casa?redirect_uri=https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s11524-011-9638-6.pdf?casa_token=8YWivxz91oMAAAAA:q76xu31GlaOsNOWz9RmrcFOAzcxLEX7Hh20bdZpu0ZLMkuJ7gvZZJgLaAA5hhrp0Gt_orEEchtTEdwSrgw.
18. Willis S, Castel AD, Ahmed T, et al. Linkage, engagement, and viral suppression rates among HIV-infected persons receiving care at medical case management programs in Washington, DC. *Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999).* 2013 [acesso em 2020 jun 15]; 64(1). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3844615/>.
19. Yee LM, Miller ES, Statton A, et al. Sustainability of statewide rapid HIV testing in labor and delivery. *AIDS and Behavior.* 2018 [acesso em 2020 jun 15]; 22(2):538-44. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10461-017-1920-5>.
20. Cordeiro LI. Eficácia de uma tecnologia educativa no conhecimento, atitude e prática de pessoas com 50 anos e mais para prevenção do HIV. [dissertação]. Ceará: Universidade Estadual do Ceará; 2017. 82 p. [acesso em 2020 ago 15]. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/colleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=5303772.

21. Nickel L. O cuidado às pessoas que (con)vivem com HIV/Aids na atenção básica à saúde: história oral dos profissionais de saúde, Florianópolis (2005-2014). [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2016. 132 p. [acesso em 2020 ago 15]. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=3736604.
22. Luna IZ. Vídeo educativo com enfoque na prevenção de DST/AIDS para adolescentes em situação de rua. [tese]. Ceará: Universidade Federal do Ceará; 2014. 197 p. [acesso em 2020 ago 15]. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=1920614.
23. Bango F, Ashmore J, Wilkinson L, et al. Adherence clubs for long term provision of antiretroviral therapy: cost effectiveness and access analysis from Khayelitsha, South Africa. *Trop. Med. Inter. Health.* 2016 [acesso em 2020 jun 15]; 21(9):1115-23. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/tmi.12736>.
24. Daviaud E, Nkonki L, Ijumba P, et al. South-Africa (Goodstart III) trial: community-based maternal and newborn care economic analysis. *Health policy and planning.* 2017 [acesso em 2020 jun 15]; 32(supl):i53-63. Disponível em: https://academic.oup.com/heapol/article/32/suppl_1/i53/4283076?login=true.
25. Mueller J, Alie C, Jonas B, et al. A quasi-experimental evaluation of a community-based art therapy intervention exploring the psychosocial health of children affected by HIV in South Africa. *Trop. Med Inter. Health.* 2011 [acesso em 2020 jun 15]; 16(1):57-66. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-3156.2010.02682.x>.
26. Kayumba K, Nsanzimana S, Binagwaho A, et al. TRAC-net Internet and SMS Technology Improves Time to Antiretroviral Therapy Initiation among HIV-Infected Infants in Rwanda. *The Ped. Infect. disease J.* 2016 [acesso em 2020 jun 15]; 35(7):767. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4925214/>.
27. Kern E, Verguet S, Yuhás K, et al. Provision of bed-nets and water filters to delay HIV 1 progression: cost effectiveness analysis of a K enyan multisite study. *Trop. Med. Inter. Health.* 2013 [acesso em 2020 jun 15]; 18(8):916-24. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/tmi.12127>.
28. Ciampa PJ, Tique J, Jumá N, et al. Addressing poor retention of infants exposed to HIV: a quality improvement study in rural Mozambique. *J. acquired imm def. synd.* (1999). 2012 [acesso em 2020 jun 15]; 60(2):e46. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3587032>.
29. Claudín CS. Acceso universal al Programa de VIH/SIDA de la Ciudad de México: resultados a seis años. *Salud pública de México.* 2009 [acesso em 2020 jun 15]; 51(1):26-33. Disponível em: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=25725>.
30. Michael S, Gompels M, Sabin C, et al. Benchmarked performance charts using principal components analysis to improve the effectiveness of feedback for audit data in HIV care. *BMC health serv. research.* 2017 [acesso em 2020 jun 15]; 17(1):1-0. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2426-6>.

Recebido em 08/06/2021

Aprovado em 21/01/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Programa de Excelência Acadêmica (Proex) da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) - Código de financiamento 001. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq - Processo 134112/2019-9) - bolsa de mestrado. Programa de Pós-Graduação Uniedu/Fumdes - bolsa de doutorado



Amarante P. Loucura e transformação social: autobiografia da reforma psiquiátrica no Brasil

João Henrique de Sousa Santos¹, Izabel Christina Friche Passos²

DOI: 10.1590/0103-1104202213323

O PERCURSO PELA HISTÓRIA DA REFORMA PSQUIÁTRICA BRASILEIRA remete à leitura de um movimento heterogêneo iniciado na década de 1970 e que agregou diversos atores em torno de temáticas como a clínica, a política, o social, o cultural e as subjetividades. Influenciados por movimentos reformistas presentes na Europa e nos Estados Unidos, em especial pela experiência italiana denominada psiquiatria democrática, setores da sociedade brasileira iniciaram mobilizações em favor de direitos para os que eram então tomados como doentes mentais.

Nessa direção, o livro ‘Loucura e transformação social: autobiografia da reforma psiquiátrica no Brasil’, organizado pelo psiquiatra, pesquisador e militante da reforma psiquiátrica, Paulo Amarante, com contribuição da equipe do Laboratório de Estudos e Pesquisa em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (Laps), mostra em detalhes um processo que vai além da transformação do modelo socioassistencial da política de saúde mental no País. Como assinala o próprio autor, o objetivo do livro é demarcar que a reforma é “uma transformação de mentalidades, de culturas, de referências científicas, de relações sociais, de formas de ver e estar no mundo”¹⁽¹⁵⁾. O caminho traçado na obra é resultado de pesquisa coordenada por Amarante e desenvolvida no Laps da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Com uma abordagem meticulosa, a obra lança o leitor na arena da reforma psiquiátrica brasileira, capitalizando os dispositivos de composição de um projeto político e ampliando o trabalho de mesma autoria desenvolvido na obra denominada ‘Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil’², publicada em 1995.

É especialmente no campo da política que o livro aqui resenhado se torna tão importante. Em primeiro lugar, pela apresentação de um movimento que coincide com a história de luta política pela redemocratização do Brasil. Nessa direção, o prefácio assinado por Leonardo Pinho é finalizado com a enfática afirmação de que ‘a Democracia é Antimanicomial’. Em segundo lugar, pelo alinhamento entre a Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária Brasileira, ambas construindo um projeto democrático, solidário e participativo, com a saúde tomada como um direito para todos e como defesa da vida. Por último, mas não menos importante, pelo diálogo com a militância, com a comunidade científica e com a sociedade que acredita na potência do tratamento em liberdade.

¹Centro Universitário de Belo Horizonte (UniBH) – Belo Horizonte (MG), Brasil.
jhsousasantos@gmail.com

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



Na apresentação, o autor situa o período de abrangência da pesquisa, qual seja, a segunda metade da década de 1970 até 2016. O período final de delimitação da pesquisa coincide com o momento em que se inicia um forte avanço do conservadorismo no País, alinhado com uma agenda de contrarreforma psiquiátrica, o que coloca em risco as conquistas alcançadas ao longo de mais de cinco décadas de luta e mobilização.

A introdução, intitulada ‘Reforma psiquiátrica como processo social complexo e a dimensão teórico-conceitual’, traz a noção de um movimento dinâmico, democrático e heterogêneo, em constante mudança e que abarca práticas, conceitos e atores plurais. A noção de processo social complexo está atrelada à leitura de quatro dimensões, que, na proposta do autor, estruturam a reforma: dimensão teórico-conceitual ou epistemológica; técnico-assistencial; jurídico-política e sociocultural. Ainda na introdução, destaca-se o protagonismo do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), instituição que teve participação ativa e direta na produção das condições de emergência das Reformas e do Sistema Único de Saúde.

Em ‘A indústria da loucura é denunciada! O nascimento da reforma psiquiátrica brasileira’, Amarante situa importantes acontecimentos no campo da saúde mental no Brasil finalizando na criação da Rede de Atenção Psicossocial (Raps). Ao retomar a crise na Divisão Nacional de Saúde Mental, a Dinsam – um marco político importante ocorrido em 1978, que contribuiu para a formação do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) – o capítulo cartografa os caminhos e linhas de constituição de um movimento mais amplo que agregou importantes intelectuais da psiquiatria, psicanálise e ciências sociais, além de trabalhadores, familiares e usuários. O termo usuário substitui os termos doente ou paciente, e passou a ser adotado no âmbito das políticas públicas para se referir àqueles que delas faziam uso. Outro importante marco nesse processo foi a aprovação, em 27 de março de

2001, doze anos após sua apresentação, da Lei nº 10.216/01, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica. Embora o texto aprovado tenha sido mais brando do que o projeto de lei original, apresentado pelo deputado federal Paulo Delgado, a Lei instaura uma tentativa de dar outra resposta ao tema da saúde mental de modo não asilar.

O livro dá destaque especial à dimensão sociocultural, discutida em dois capítulos: ‘A dimensão sociocultural: experiências concretas de produção de um novo lugar para a loucura e o sofrimento psíquico’ e ‘A dimensão sociocultural no trabalho, geração de renda e economia solidária’. No primeiro, Amarante resgata o surgimento e organização de coletivos e movimentos que se configuraram importantes dispositivos de participação e controle social no campo da saúde mental, como é o caso do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA). No segundo capítulo, reforça a potência da arte e da cultura na luta antimanicomial e na construção da reforma psiquiátrica. As oficinas de arte, cultura, trabalho e renda desenvolvidas nos serviços de atenção psicossocial, são importantes instrumentos de visibilidade, reconhecimento e inserção social.

A diversidade cultural é expressão de uma dimensão de diálogo com a diferença que implica a aceitação do outro, não como prática de tolerância, mas de reciprocidade, de reconhecimento, de solidariedade¹⁽¹⁰⁴⁾.

Finalmente, o último capítulo do livro, ‘Considerações e comentários finais: contrarreforma sanitária e psiquiátrica ou desmonte do estado de direito no Brasil?’, tão importante pela questão ética e política que o circunscreve, discute a reforma no interior de um processo de desmonte do Estado democrático no País. O êxito da reforma não impede a possibilidade da ascensão de movimentos que promovam retrocessos frente a uma política democrática de despatologização, com modelos substitutivos ao manicomial e que fomentem a produção de vida. Em um Brasil que passa a valorizar

as internações compulsórias e a intolerância, bem como a financiar as políticas proibicionistas, carregadas de estigmas e violências, em detrimento de um tratamento em liberdade, é preciso resgatar a memória para que se possa continuar a luta em defesa da reforma.

Amarante nos convida a pensar a reforma como um processo permanente de afirmação de um modo de experimentar a vida em liberdade. Das resistências às conquistas, a reforma psiquiátrica tem se configurado um acontecimento dinâmico que convulsiona constantes embates e desperta reações diversas da sociedade. O acontecimento da reforma e as diversas lutas travadas ao longo desses anos foram combustível

para uma composição de afetos, de corpos e pautas que criou e continua criando espaços de potência inventiva, realizadora e criativa. Pesquisadores, estudantes, trabalhadores, familiares e demais interessados no tema da reforma encontrarão no livro de Amarante uma história que traz inspiração, reflexão e ferramentas que poderão alimentar a luta.

Colaboradores

Santos JHS (0000-0002-9946-3552)* e Passos ICF (0000-0001-9238-8732)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Amarante P. Loucura e transformação social: autobiografia da reforma psiquiátrica no Brasil. São Paulo: Zagodoni; 2021.
2. Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.

Recebido em 22/10/2021
Aprovado em 10/03/2022
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Saúde em Debate

Instruções aos autores

ATUALIZADAS EM FEVEREIRO DE 2021

ESCOPO E POLÍTICA EDITORIAL

A revista 'Saúde em Debate', criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) que tem como objetivo divulgar estudos, pesquisas e reflexões que contribuam para o debate no campo da saúde coletiva, em especial os que tratem de temas relacionados com a política, o planejamento, a gestão e a avaliação em saúde. Valorizam-se estudos feitos a partir de diferentes abordagens teórico-metodológicas e com a contribuição de distintos ramos das ciências.

A periodicidade da revista é trimestral, e, a critério dos editores, são publicados números especiais que seguem o mesmo processo de submissão e avaliação dos números regulares.

A 'Saúde em Debate' aceita trabalhos originais e inéditos que aporem contribuições relevantes para o conhecimento científico acumulado na área.

A revista conta com um Conselho Editorial que contribui para a definição de sua política editorial. Seus membros integram o Comitê Editorial e/ou o banco de pareceristas em suas áreas específicas.

Os trabalhos submetidos à revista são de total e exclusiva responsabilidade dos autores e não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente.

Em caso de aprovação e publicação do trabalho no periódico, os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade da revista, que adota a Licença Creative Commons CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) e a política de acesso aberto, portanto, os textos estão disponíveis para que qualquer pessoa leia, baixe, copie, imprima, compartilhe, reutilize e distribua, com a devida citação da fonte e autoria. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

A 'Saúde em Debate' aceita artigos em *preprints* de bases de dados nacionais e internacionais reconhecidas academicamente como o SciELO *preprints* (<https://preprints.scielo.org>). Não é obrigatória a submissão do artigo em *preprint* e isso não impede a submissão concomitante à revista 'Saúde em Debate'.

A revista adota as 'Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas' - International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), 'Princípios de

Transparência e Boas Práticas em Publicações Acadêmicas' recomendadas pelo Committee on Publication Ethics (Cope): www.publicationethics.org. Essas recomendações, relativas à integridade e padrões éticos na condução e no relatório de pesquisas, estão disponíveis na URL http://www.icmje.org/urm_main.html. A versão para o português foi publicada na Rev Port Clin Geral 1997, 14:159-174. A 'Saúde em Debate' segue o 'Guia de Boas Práticas para o Fortalecimento da Ética na Publicação Científica' do SciELO: <https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Guia-de-Boas-Praticas-para-o-Fortalecimento-da-Etica-na-Publicacao-Cientifica.pdf>. Recomenda-se a leitura pelos autores.

A 'Saúde em Debate' não cobra taxas dos autores para a submissão ou para a publicação de trabalhos, mas, caso o artigo seja aprovado para editoração, fica sob a responsabilidade dos autores a revisão de línguas (obrigatória) e a tradução do artigo para a língua inglesa (opcional), com base em uma lista de revisores e tradutores indicados pela revista.

Antes de serem enviados para avaliação pelos pares, os artigos submetidos à revista 'Saúde em Debate' passam por *softwares* detectores de plágio. Assim, é possível que os autores sejam questionados sobre informações identificadas pela ferramenta para que garantam a originalidade dos manuscritos, referenciando todas as fontes de pesquisa utilizadas. O plágio é um comportamento editorial inaceitável, dessa forma, caso seja comprovada sua existência, os autores envolvidos não poderão submeter novos artigos para a revista.

NOTA: A produção editorial do Cebes é resultado de apoios institucionais e individuais. A sua colaboração para que a revista 'Saúde em Debate' continue sendo um espaço democrático de divulgação de conhecimentos críticos no campo da saúde se dará por meio da associação dos autores ao Cebes. Para se associar, entre no site <http://www.cebes.org.br>.

ORIENTAÇÕES PARA A PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DOS TRABALHOS

Os trabalhos devem ser submetidos pelo site: www.saudeemdebate.org.br. Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão criará seu *login* e senha, para o acompanhamento do trâmite.

Modalidades de textos aceitos para publicação

1. Artigo original: resultado de investigação empírica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter no máximo 6.000 palavras.

2. Ensaio: análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e/ou internacional. O texto deve conter no máximo 7.000 palavras.

3. Revisão sistemática ou integrativa: revisões críticas da literatura sobre tema atual da saúde. A revisão sistemática sintetiza rigorosamente pesquisas relacionadas com uma questão. A integrativa fornece informações mais amplas sobre o assunto. O texto deve conter no máximo 8.000 palavras.

4. Artigo de opinião: exclusivo para autores convidados pelo Comitê Editorial, com tamanho máximo de 7.000 palavras. Neste formato, não são exigidos resumo e *abstract*.

5. Relato de experiência: descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com até 5.000 palavras que aporem contribuições significativas para a área.

6. Resenha: resenhas de livros de interesse para a área da saúde coletiva, a critério do Comitê Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, com tamanho de até 1.200 palavras. A capa em alta resolução deve ser enviada pelo sistema da revista.

7. Documento e depoimento: trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Comitê Editorial.

Importante: em todos os casos, o número máximo de palavras inclui o corpo do artigo e as referências. Não inclui título, resumo, palavras-chave, tabelas, quadros, figuras e gráficos.

Preparação e submissão do texto

O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês. Deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx, para ser anexado no campo correspondente do formulário de submissão. Não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições a que se vinculem.

Digitar em folha padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.

O texto deve conter:

Título: que expresse clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo, no máximo, 15 palavras. O título deve ser escrito em negrito, apenas com iniciais maiúsculas para nomes próprios. O texto em português e espanhol deve ter título na língua original e em inglês. O texto em inglês deve ter título em inglês e português.

Resumo: em português e inglês ou em espanhol e inglês com, no máximo 200 palavras, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho. Deve ser não estruturado, sem empregar tópicos (introdução, métodos,

resultados etc.), citações ou siglas, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.

Palavras-chave: ao final do resumo, incluir de três a cinco palavras-chave, separadas por ponto (apenas a primeira inicial maiúscula), utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: www.decs.bvs.br.

Registro de ensaios clínicos: a 'Saúde em Debate' apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos. Nesse sentido, as pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: <http://www.icmje.org>. Nestes casos, o número de identificação deverá constar ao final do resumo.

Ética em pesquisas envolvendo seres humanos: a publicação de artigos com resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki, de 1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008, da Associação Médica Mundial; além de atender às legislações específicas do país no qual a pesquisa foi realizada, quando houver. Os artigos com pesquisas que envolveram seres humanos deverão deixar claro, no último parágrafo, na seção de 'Material e métodos', o cumprimento dos princípios éticos e encaminhar declaração de responsabilidade no ato de submissão.

Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, este deve contemplar elementos convencionais, como:

Introdução: com definição clara do problema investigado, justificativa e objetivos;

Material e métodos: descritos de forma objetiva e clara, permitindo a reprodutibilidade da pesquisa. Caso ela envolva seres humanos, deve ficar registrado o número do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Resultados e discussão: podem ser apresentados juntos ou em itens separados;

Conclusões ou considerações finais: que depende do tipo de pesquisa realizada;

Referências: devem constar somente autores citados no texto e seguir os Requisitos Uniformes de Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas, do ICMJE, utilizados para a preparação de referências (conhecidos como 'Estilo de Vancouver'). Para maiores esclarecimentos, recomendamos consultar o Manual de Normalização de Referências (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>) elaborado pela editoria do Cebes.

OBSERVAÇÕES

A revista não utiliza sublinhados e negritos como grifo. Utilizar aspas simples para chamar a atenção de expressões ou títulos de obras. Exemplos: 'porta de entrada'; 'Saúde em Debate'. Palavras em outros idiomas devem ser escritas em itálico, com exceção de nomes próprios.

Evitar o uso de iniciais maiúsculas no texto, com exceção das absolutamente necessárias.

Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico e entre aspas duplas no corpo do texto (se menores que três linhas). Se forem maiores que três linhas, devem ser escritos em itálico, sem aspas, destacados do texto, com recuo de 4 cm, espaço simples e fonte 11.

Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrescritas e sequenciais.

Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes que compõem o texto.

Figuras, gráficos, quadros e tabelas devem estar em alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza e submetidos em arquivos separados do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo (devem ser numerados e conter título e fonte). No texto, apenas identificar o local onde devem ser inseridos. O número de figuras, gráficos, quadros ou tabelas deverá ser, no máximo, de cinco por texto. O arquivo deve ser editável (não retirado de outros arquivos) e, quando se tratar de imagens (fotografias, desenhos etc.), deve estar em alta resolução com no mínimo 300 DPI.

Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

Informações sobre os autores

A revista aceita, no máximo, sete autores por artigo. As informações devem ser incluídas apenas no formulário de submissão, contendo: nome completo, nome abreviado para citações bibliográficas, instituições de vínculo com até três hierarquias, código Orcid (Open Researcher and Contributor ID) e *e-mail*.

Financiamento

Os trabalhos científicos, quando financiados, devem identificar a fonte de financiamento. A revista 'Saúde em Debate' atende à Portaria nº 206 de 2018 do Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre citação obrigatória da Capes para obras produzidas ou publicadas, em qualquer meio, decorrentes de atividades financiadas total ou parcialmente pela Capes.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Todo original recebido pela revista 'Saúde em Debate' é submetido à análise prévia. Os trabalhos não conformes às normas de publicação da revista são devolvidos aos autores para adequação e nova submissão.

Uma vez cumpridas integralmente as normas da revista, os originais são apreciados pelo Comitê Editorial, composto pelo editor-chefe e por editores associados, que avalia a originalidade, abrangência, atualidade e atendimento à política editorial da revista. Os trabalhos recomendados pelo Comitê serão avaliados por, no mínimo, dois pareceristas, indicados de acordo com o tema do trabalho e sua *expertise*, que poderão aprovar, recusar e/ou fazer recomendações de alterações aos autores.

A avaliação é feita pelo método duplo-cego, isto é, os nomes dos autores e dos pareceristas são omitidos durante todo o processo de avaliação. Caso haja divergência de pareceres, o trabalho será encaminhado a um terceiro parecerista. Da mesma forma, o Comitê Editorial pode, a seu critério, emitir um terceiro parecer. Cabe aos pareceristas recomendar a aceitação, recusa ou reformulação dos trabalhos. No caso de solicitação de reformulação, os autores devem devolver o trabalho revisado dentro do prazo estipulado. Não havendo manifestação dos autores no prazo definido, o trabalho será excluído do sistema.

O Comitê Editorial possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como sobre as alterações efetuadas.

Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final do trabalho. Eventuais sugestões de modificações de estrutura ou de conteúdo por parte da editoria da revista serão previamente acordadas com os autores por meio de comunicação por *e-mail*.

A versão diagramada (prova de prelo) será enviada, por *e-mail*, ao autor responsável pela correspondência para revisão final, que deverá devolver no prazo estipulado.

OS DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEVEM SER DIGITALIZADOS E ENVIADOS PELO SISTEMA DA REVISTA NO MOMENTO DO CADASTRO DO ARTIGO.

1. Declaração de responsabilidade e cessão de direitos autorais

Todos os autores e coautores devem preencher e assinar a declaração conforme modelo disponível em: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaracao.doc>.

2. Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

No caso de pesquisas que envolvam seres humanos, realizadas no Brasil, nos termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro

de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, enviar documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. No caso de instituições que não disponham de um CEP, deverá ser apresentado o documento do CEP pelo qual ela foi aprovada. Pesquisas realizadas em outros países, anexar declaração indicando o cumprimento integral dos princípios éticos e das legislações específicas.

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA A SER ENVIADA APÓS A APROVAÇÃO DO ARTIGO

1. Declaração de revisão ortográfica e gramatical

Os artigos aprovados deverão passar por revisão ortográfica e gramatical feita por profissional qualificado, com base em uma lista de revisores indicados pela revista. O artigo revisado deve vir acompanhado de declaração do revisor.

2. Declaração de tradução

Os artigos aprovados poderão ser traduzidos para o inglês a critério dos autores. Neste caso, a tradução será feita por profissional qualificado, com base em uma lista de tradutores indicados pela revista. O artigo traduzido deve vir acompanhado de declaração do tradutor.

Endereço para correspondência

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 – Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ),
Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

UPDATED IN FEBRUARY 2021

SCOPE AND EDITORIAL POLICY

The journal 'Saúde em Debate' (Health in Debate), created in 1976, is published by Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) (Brazilian Center for Health Studies), that aims to disseminate studies, researches and reflections that contribute to the debate in the collective health field, especially those related to issues regarding policy, planning, management, work and assessment in health. The editors encourage contributions from different theoretical and methodological perspectives and from various scientific disciplines are valued.

The journal is published on a quarterly basis; the Editors may decide on publishing special issues, which will follow the same submission and assessment process as the regular issues.

'Saúde em Debate' accepts unpublished and original works that bring relevant contribution to scientific knowledge in the health field.

The journal has an Editorial Board that contributes to the definition of its editorial policy. Its members are part of the Editorial Committee and/or the database of referees in their specific areas.

Authors are entirely and exclusively responsible for the submitted manuscripts, which must not be simultaneously submitted to another journal, be it integrally or partially. It is Cebes' policy to own the copyright of all articles published in the journal.

In case of approval and publication of the work in the journal, the copyrights referred to it will become property of the journal, which adopts the Creative Commons License CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) and the open access policy, so the texts are available for anyone to read, download, copy, print, share, reuse and distribute, with due citation of the source and authorship. In such cases, no permission is required from authors or publishers.

'Saúde em Debate' accepts preprints from national and international databases that are academically recognized, such as SciELO Preprint (<https://preprints.scielo.org>). The submission of preprints is not mandatory and doing it does not prevent the concomitant submission to the 'Saúde em Debate' journal.

The Journal adopts the 'Rules for the presentation of papers submitted for publication in medical journals' - International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), 'Principles of Transparency and Good Practice in Academic Publications' recommended by the Committee on Publication Ethics (Cope): www.publicationethics.org. These recommendations, regarding the integrity and ethical standards in the research's development and the reporting, are available in the URL http://www.icmje.org/urm_main.html. The portuguese version was published in Rev Port Clin Geral 1997, 14:159-174. 'Saúde em Debate' follows the SciELO's 'Guide to Good Practices for the Strengthening of Ethics in Scientific Publishing': <https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Guia-de-Boas-Praticas-para-o-Fortalecimento-da-Etica-na-Publicacao-Cientifica.pdf>. Authors are advised to read.

No fees are charged from the authors for the submission or publication of articles; nevertheless, once the article has been approved for publication, the authors are responsible for the language proofreading (mandatory) and the translation into English (optional), based on a list of proofreaders and translators provided by the journal.

Before being sent for peer review, articles submitted to the journal 'Saúde em Debate' undergo plagiarism-detecting softwares Plagiarisma and Copyspider. Thus, it is possible that the authors are questioned about information identified by the tool to guarantee the originality of the manuscripts, referencing all the sources of research used. Plagiarism is an unacceptable editorial behavior, so if its existence is proven, the authors involved will not be able to submit new articles to the journal.

NOTE: Cebes editorial production is a result of collective work and of institutional and individual support. Authors' contribution for the continuity of 'Saúde em Debate' journal as a democratic space for the dissemination of critical knowledge in the health field shall be made by means of association to Cebes. In order to become an associate, please access <http://www.cebes.org.br>.

GUIDELINES FOR THE PREPARATION AND SUBMISSION OF ARTICLES

Articles should be submitted on the website: www.saudeemdebate.org.br. After registering, the author responsible for the submission will create his login name and a password.

When submitting the article, all information required must be supplied with identical content as in the uploaded file.

Types of texts accepted for submission

1. Original article: result of scientific research that may be generalized or replicated. The text should comprise a maximum of 6,000 words.

2. Essay: critical analysis on a specific theme relevant and of interest to Brazilian and/or international topical health policies. The text should comprise a maximum of 7,000 words.

3. Systematic or integrative review: critical review of literature on topical theme in health. Systematic review rigorously synthesises research related to an issue. Integrative review provides more comprehensive information on the subject. The text should comprise a maximum of 8,000 words.

4. Opinion article: exclusively for authors invited by the Editorial Board. No abstract or summary are required. The text should comprise a maximum of 7,000 words.

5. Case study: description of academic, assistential or extension experiences that bring significant contributions to the area. The text should comprise a maximum of 5,000 words.

6. Critical review: review of books on subjects of interest to the field of public health, by decision of the Editorial Board. Texts should present an overview of the work, its theoretical framework and target audience. The text should comprise a maximum of 1,200 words. A high resolution cover should be sent through the journal's system.

7. Document and testimony: works referring to themes of historical or topical interest, by decision of the Editorial Board.

Important: in all cases, the maximum number of words includes the body of the article and references. It does not include title, abstract, keywords, tables, charts, figures and graphs.

Text preparation and submission

The text may be written in Portuguese, Spanish or English. It should be typed in Microsoft® Word or compatible software, in doc or docx format, to be attached in the corresponding field of the submission form. It must not contain any information that makes it possible to identify the authors or institutions to which they are linked.

Type in standard size page A4 (210X297mm); all four margins 2.5cm wide; font Times New Roman in 12pt size; line spacing 1.5.

The text must comprise:

Title: expressing clearly and briefly the contents of the text, in no more than 15 words. The title should be in bold font, using capital letters only for proper nouns. Texts written in Portuguese and Spanish should have the title in the original idiom and in English. The text in English should have the title in English and in Portuguese.

Abstract: in Portuguese and English or in Spanish and English, comprising no more than 200 words, clearly outlining the aims, the method used and the main conclusions of the work. It should not be structured, without topics (introduction, methods, results etc.); citations or abbreviations should not be used, except for internationally recognized abbreviations.

Keywords: at the end of the abstract, three to five keywords should be included, separated by period (only the first letter in capital), using terms from the structured vocabulary (DeCS) available at www.decs.bvs.br.

Clinical trial registration: 'Saúde em Debate' journal supports the policies for clinical trial registration of the World Health Organization (WHO) and the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), thus recognizing its importance to the registry and international dissemination of information on clinical trial. Thus, clinical researches should contain the identification number on one of the Clinical Trials registries validated by WHO and ICMJE, whose addresses are available at <http://www.icmje.org>. Whenever a trial registration number is available, authors should list it at the end of the abstract.

Ethics in research involving human beings: the publication of articles with results of research involving human beings is conditional on compliance with the ethical principles contained in the Declaração de Helsinki, of 1964, reformulated in 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 and 2008, of the World Medical Association; besides complying with the specific legislations of the country in which the research was carried out, when existent. Articles with research involving human beings should make it clear, in the last paragraph of the 'Material and methods' section, the compliance with ethical principles and send a declaration of responsibility in the act of submission.

The journal respects the authors' style and creativity regarding the text composition; nevertheless, the text must contemplate conventional elements, such as:

Introduction: with clear definition of the investigated problem and its rationale;

Material and methods: objectively described in a clear and objective way, allowing the reproductibility of the research. In case it involves human beings, the approval number of the Research Ethics Committee (CEP) must be registered;

Results and discussion: may be presented together or separately;

Conclusions or final considerations: depending on the type of research carried out;

References: only cited authors should be included in the text and follow the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals, of the ICMJE, used for the preparation of references (known as 'Vancouver Style'). For further clarification, we recommend consulting the Reference Normalization Manual (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>) prepared by the Cebes editorial.

NOTES:

The journal does not use underlines and bold as an emphasis. Use single quotes to draw attention to expressions or titles of works. Examples: 'gateway'; 'Saúde em Debate'. Words in other languages should be written in italics, except for proper names.

Avoid using capital letters in the text, except for absolutely necessary ones.

Testimonials of subjects should be presented in italics and in double quotation marks in the body of the text (if less than three lines). If they have more than three lines, they should be written in italics, without quotes, highlighted in the text, with a 4 cm backspace, simple space and font 11.

Footnotes should not be used in the text. If absolutely necessary, footnotes should be indicated with sequential superscript numbers.

Repetition of data or information in the different parts of the text should be avoided.

Figures, graphs, charts and tables should be supplied in high resolution, in black-and-white or in gray scale, and on separate sheets, one on each sheet, following the order in which they appear in the work (they should be numbered and comprise title and source). Their position should be clearly indicated on the page where they are inserted. The quantity of figures, graphs, charts and tables should not exceed five per text. The file should be editable (not taken from other files) and, in the case of images (photographs, drawings, etc.), it must be in high resolution with at least 300 DPI.

In case there are photographs, subjects must not be identified, unless they authorize it, in writing, for the purpose of scientific dissemination.

Information about authors

The journal accepts a maximum of seven authors per article. Information should be included only in the submission form, containing: full name, abbreviated name for bibliographic citations, linked institutions with up to three hierarchies, ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) code and e-mail.

Funding

The scientific papers, when funded, must identify the source of the funds. The "Saúde em Debate" Journal meets the Ordinance nº 206 of 2018 from the Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre Citação obrigatória da Capes, for any work made or published, in any medium, resulting from activities totally or partially funded by Capes.

ASSESSMENT PROCESS

Every manuscript received by 'Saúde em Debate' is submitted to prior analysis. Works that are not in accordance to the journal publishing norms shall be returned to the authors for adequacy and new submission. Once the journal's standards have been entirely met, manuscripts will be appraised by the Editorial Board, composed of the editor-in-chief and associate editors, for originality, scope, topicality, and compliance with the journal's editorial policy. Articles recommended by the Board shall be forwarded for assessment to at least two reviewers, who will be indicated according to the theme of the work and to their expertise, and who will provide their approval, refusal, and/or make recommendations to the authors.

'Saúde em Debate' uses the double-blind review method, which means that the names of both the authors and the reviewers are concealed from one another during the entire assessment process. In case there is divergence between the reviewers, the article will be sent to a third reviewer. Likewise, the Editorial Board may also produce a third review. The reviewers' responsibility is to recommend the acceptance, the refusal, or the reformulation of the works. In case there is a reformulation request, the authors shall return the revised work until the stipulated date. In case this does not happen, the work shall be excluded from the system.

The Editorial Board has full authority to decide on the final acceptance of the work, as well as on the changes made.

No additions or changes will be accepted after the final approval of the work. In case the journal's Editorial Board has any suggestions regarding changes on the structure or contents of the work, these shall be previously agreed upon with the authors by means of e-mail communication.

The typeset article proof will be sent by e-mail to the corresponding author; it must be carefully checked and returned until the stipulated date.

MANDATORY DOCUMENTATION TO BE DIGITALIZED AND SENT THROUGH THE JOURNAL'S SYSTEM AT THE MOMENT OF THE ARTICLE REGISTER

1. Declaration of responsibility and assignment of copyright

All the authors and co-authors must fill in and sign statement following the models available at: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaration.docx>.

2. Approval statement by the Research Ethics Committee (CEP)

In the case of researches involving human beings, carried out in Brazil, in compliance with Resolution 466, of 12th December 2012, from the National Health Council (CNS), the research approval statement of the Research Ethics Committee from the institution where the work has been carried out must be forwarded. In case the institution does not have a CEP, the document issued by the CEP where the research has been approved must be forwarded. Researches carried out in other countries: attach declaration indicating full compliance with the ethical principles and specific legislations.

MANDATORY DOCUMENTATION TO BE SENT AFTER APPROVAL OF THE ARTICLE

1. Statement of spelling and grammar proofreading

Upon acceptance, articles must be proofread by a qualified professional to be chosen from a list provided by the journal. After proofreading, the article shall be returned together with a statement from the proofreader.

2. Statement of translation

The articles accepted may be translated into English on the authors' responsibility. In this case, the translation shall be carried out by a qualified professional to be chosen from a list provided by the journal. The translated article shall be returned together with a statement from the translator.

Correspondence address

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 - Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate

Instrucciones para los autores

ACTUALIZADAS EN FEBRERO DE 2021

ALCANCE Y POLÍTICA EDITORIAL

La revista 'Saúde em Debate' (Salud en Debate), creada en 1976, es una publicación del Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). Su objetivo es divulgar estudios, investigaciones y reflexiones que contribuyan para el debate en el campo de la salud colectiva, en especial aquellos que tratan de temas relacionados con la política, la planificación, la gestión y la evaluación de la salud. La revista le otorga importancia a trabajos con abordajes teórico-metodológicos diferentes que representen contribuciones de las variadas ramas de las ciencias.

La periodicidad de la revista es trimestral. Y de acuerdo al criterio de los editores son publicados números especiales que siguen el mismo proceso de sujeción y evaluación de los números regulares.

'Saúde em Debate' acepta trabajos originales e inéditos que aporten contribuciones relevantes para el conocimiento científico acumulado en el área.

La revista cuenta con una Junta Editorial que contribuye para la definición de su política editorial. Sus miembros son integrantes del Comité Editorial y/o del banco de árbitros en sus áreas específicas.

Los trabajos enviados a la revista son de total y exclusiva responsabilidad de los autores y no pueden ser presentados simultáneamente a otra, ni parcial ni integralmente.

En el caso de la aprobación y publicación del artículo en la revista, los derechos de autor referidos al mismo se tornarán propiedad de la revista que adopta la Licencia Creative Commons CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) y la política de acceso abierto, por lo tanto, los textos están disponibles para que cualquier persona los lea, baje, copie, imprima, comparta, reutilice y distribuya, con la debida citación de la fuente y la autoría. En estos casos, ningún permiso es necesario por parte de los autores o de los editores.

La 'Saúde em Debate' acepta artículos en *preprint* de bases de datos nacionales e internacionales reconocidos académicamente como el SciELO *Preprints* (<https://preprints.scielo.org>). No es obligatoria la proposición del artículo en *preprint* y esto no impide el envío simultáneo a la revista Saúde em Debate.

La revista adopta las 'Reglas para la presentación de artículos propuestos para publicación en periódicos médicos' - International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), 'Principios de transparencia y buenas prácticas en las publicaciones académicas' recomendadas pelo Committee on Publication Ethics (Cope): www.publicationethics.org. Esas recomendaciones, con respecto a la integridad y los estándares éticos al realizar y reportar investigaciones, están disponibles en la URL http://www.icmje.org/urm_main.html. La versión en portugués fué publicada en Rev Port Clin Geral 1997, 14: 159-174. La 'Saúde em Debate' sigue el 'Guía de Buenas Prácticas para el Fortalecimiento de la Ética en la Publicación Científica' de SciELO: <https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Guia-de-Boas-Praticas-para-o-Strengthening-of-Ethics-in-Publication-Scientific.pdf>. Se recomienda a los autores la lectura.

'Saúde em Debate' no cobra tasas a los autores para la evaluación de sus trabajos. Si el artículo es aprobado queda bajo la responsabilidad de estos la revisión (obligatoria) del idioma y su traducción para el inglés (opcional), teniendo como referencia una lista de revisores y traductores indicados por la revista.

Antes de que sean enviados para la evaluación por los pares, los artículos sometidos a la revista 'Saúde em Debate' pasan por *softwares* detectores de plagio. Así es posible que los autores sean cuestionados sobre informaciones identificadas por la herramienta para garantizar la originalidad de los manuscritos y las referencias a todas las fuentes de investigación utilizadas. El plagio es un comportamiento editorial inaceptable y, de esa forma, en caso de que sea comprobada su existencia, los autores involucrados no podrán someter nuevos artículos para la revista.

NOTA: La producción editorial de Cebes es el resultado de apoyos institucionales e individuales. La colaboración para que la revista 'Saúde em Debate' continúe siendo un espacio democrático de divulgación de conocimientos críticos en el campo de la salud se dará por medio de la asociación de los autores al Cebes. Para asociarse entre al *site* <http://www.cebes.org.br>.

ORIENTACIONES PARA LA PREPARACIÓN Y LA SUJECCIÓN DE LOS TRABAJOS

Los trabajos deben ser presentados en el *site*: www.saudeemdebate.org.br. Después de su registro, el autor responsable por el envío creará su logín y clave para el acompañamiento del trámite.

Modalidades de textos aceptados para publicación

1. Artículo original: resultado de una investigación científica que pueda ser generalizada o replicada. El texto debe contener un máximo 6.000 palabras.

2. Ensayo: un análisis crítico sobre un tema específico de

relevancia e interés para la coyuntura de las políticas de salud brasileña e internacional. El trabajo debe contener un máximo de 7.000 palabras.

3. Revisión sistemática o integradora: revisiones críticas de la literatura de un tema actual de la salud. La revisión sistemática sintetiza rigurosamente investigaciones relacionadas con una cuestión. La integrativa proporciona una información más amplia sobre el tema. El texto debe contener un máximo de 8.000 palabras.

4. Artículo de opinión: exclusivamente para autores invitados por el Comité Editorial, con un tamaño máximo de 7.000 palabras. En este formato no se exigirán resumen y abstract.

5. Relato de experiencia: descripciones de experiencias académicas, asistenciales o de extensión con hasta 5.000 palabras y que aporten contribuciones significativas para el área.

6. Reseña: reseñas de libros de interés para el área de la salud colectiva de acuerdo al criterio del Comité Editorial. Los textos deberán presentar una visión general del contenido de la obra, de sus presupuestos teóricos y del público al que se dirigen, con un tamaño de hasta 1.200 palabras. La portada en alta resolución debe ser enviada por el sistema de la revista.

7. Documento y declaración: a criterio del Comité Editorial, trabajos referentes a temas de interés histórico o coyuntural.

Importante: en todos los casos, el número máximo de palabras incluye el cuerpo del artículo y las referencias. No incluye título, resumen, palabras-clave, tablas, cuadros, figuras y gráficos.

Preparación y sujeción del texto

El texto puede ser escrito en portugués, español o inglés. Debe ser digitalizado en el programa Microsoft®Word o compatible y grabado en formato doc o docx, para ser anexado en el campo correspondiente del formulario de envío. No debe contener ninguna información que permita identificar a los autores o las instituciones a las que se vinculan.

Y digitalizado en hoja patrón A4 (210x297mm), margen de 2,5 en cada uno de los cuatro lados, letra Times New Roman tamaño 12, espacio entre líneas de 1,5.

El trabajo debe contener:

Título: que exprese clara y sucintamente el contenido del texto en un máximo de 15 palabras. El título se debe escribir en negritas,

sólo con iniciales mayúsculas para nombres propios. El texto en español y portugués debe tener el título en el idioma original y en Inglés. El texto en Inglés debe tener el título en Inglés y portugués.

Resumen: en portugués y en Inglés o Español y en Inglés con no más de 200 palabras, en el que queden claros los objetivos, el método utilizado y las principales conclusiones. Debe ser no estructurado, sin emplear tópicos (introducción, métodos, resultados, etc.), citas o siglas, a excepción de abreviaturas reconocidas internacionalmente.

Palabras-clave: al final del resumen, debe incluirse de tres a cinco palabras-clave, separadas por punto (sólo la primera inicial mayúscula), utilizando los términos presentados en el vocabulario estructurado (DeCS), disponibles en: www.decs.bvs.br.

Registro de ensayos clínicos: la revista 'Saúde em Debate' apoya las políticas para el registro de ensayos clínicos de la Organización Mundial de Salud (OMS) y del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconociendo su importancia para el registro y la divulgación internacional de informaciones de los mismos. En este sentido, las investigaciones clínicas deben contener el número de identificación en uno de los registros de Ensayos Clínicos validados por la OMS y ICMJE y cuyas direcciones están disponibles en: <http://www.icmje.org>. En estos casos, el número de la identificación deberá constar al final del resumen.

Ética en investigaciones que involucren seres humanos: la publicación de artículos con resultados de investigaciones que involucra a seres humanos está condicionada al cumplimiento de los principios éticos contenidos en la Declaração de Helsinki, de 1964, reformulada en 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 y 2008 de la Asociación Médica Mundial, además de atender a las legislaciones específicas del país en el cual la investigación fue realizada, cuando las haya. Los artículos con investigaciones que involucrar a seres humanos deberán dejar claro en la sección de material y métodos el cumplimiento de los principios éticos y encaminar una declaración de responsabilidad en el proceso de sometimiento.

La revista respeta el estilo y la creatividad de los autores para la composición del texto; sin embargo, el texto debe observar elementos convencionales como:

Introducción: con una definición clara del problema investigado, su justificación y objetivos;

Material y métodos: descritos en forma objetiva y clara, permitiendo la replicación de la investigación. En caso de que ella involucre seres humanos, se registrará el número de opiniones aprobatorias del Comité de Ética en Pesquisa (CEP);

Resultados y discusión: pueden ser presentados juntos o en ítems separados;

Conclusiones o consideraciones finales: que depende del tipo de investigación realizada;

Referencias: Deben constar sólo los autores citados en el texto y seguir los Requisitos Uniformes de Manuscritos Sometidos a Revistas Biomédicas del ICMJE, utilizados para la preparación de referencias (conocidos como 'Estilo de Vancouver'). Para mayores aclaraciones, recomendamos consultar el Manual de Normalización de Referencias (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>).

OBSERVACIONES

La revista no utiliza subrayados ni negritas para resaltar partes del texto. Utiliza comillas simples para llamar la atención de expresiones o títulos de obras. Ejemplos: 'puerta de entrada'; 'Salud en Debate'. Las palabras en otros idiomas se deben escribir en cursivas, con la excepción de nombres propios.

Se debe evitar el uso de iniciales mayúsculas en el texto, con la excepción de las absolutamente necesarias.

Los testimonios de sujetos deberán ser presentados igualmente en cursivas y entre comillas dobles en el cuerpo del texto (si son menores de tres líneas). Si son mayores de tres líneas, deben escribirse en de la misma manera, sin comillas, desplazadas del texto, con retroceso de 4 cm, espacio simple y fuente 11.

No se debe utilizar notas al pie de página en el texto. Las marcas de notas a pie de página, cuando sean absolutamente indispensables, deberán ser numeradas y secuenciales.

Se debe evitar repeticiones de datos o informaciones en las diferentes partes que componen el texto.

Las figuras, gráficos, cuadros y tablas deben estar en alta resolución, en blanco y negro o escala de grises, y sometidos en archivos separados del texto, uno a uno, siguiendo el orden en que aparecen en el estudio (deben ser numerados y contener título y fuente). En el texto sólo tiene que identificarse el lugar donde se deben insertar. El número de figuras, gráficos, cuadros o tablas debe ser de un máximo de cinco por texto. El archivo debe ser editable (no extraído de otros archivos) y, cuando se trate de imágenes (fotografías, dibujos, etc.), tiene que estar en alta resolución con un mínimo de 300 DPI.

En el caso del uso de fotografías, los sujetos involucrados en estas no pueden ser identificados, a menos que lo autoricen, por escrito, para fines de divulgación científica.

Información sobre los autores

La revista acepta, como máximo, siete autores por artículo. La información debe incluirse sólo en el formulario de

sometimiento conteniendo: nombre completo, nombre abreviado para citas bibliográficas, instituciones a las que están vinculados con hasta tres jerarquías, código ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) y correo electrónico.

Financiación

Los artículos científicos, cuando reciben financiación, deben identificar la fuente de financiamiento. La revista 'Saúde em Debate' cumple con la Ordenanza N° 206 de 2018 del Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre Citação obrigatória da Capes, para obras producidas o publicadas, en cualquier medio, que resulten de actividades financiadas total o parcialmente por la Capes.

PROCESO DE EVALUACIÓN

Todo original recibido por la revista 'Saúde em Debate' es sometido a un análisis previo. Los trabajos que no estén de acuerdo con las normas de publicación de la revista serán devueltos a los autores para su adecuación y una nueva evaluación.

Una vez cumplidas integralmente las normas de la revista, los originales serán valorados por el Comité Editorial, compuesto por el editor jefe y por editores asociados, quienes evaluarán la originalidad, el alcance, la actualidad y la relación con la política editorial de la revista. Los trabajos recomendados por el comité serán evaluados, por lo menos, por dos árbitros indicados de acuerdo con el tema del trabajo y su experticia, quienes podrán aprobar, rechazar y/o hacer recomendaciones a los autores.

La evaluación es hecha por el método del doble ciego, esto es, los nombres de los autores y de los evaluadores son omitidos durante todo el proceso de evaluación. En caso de que se presenten divergencias de opiniones, el trabajo será encaminado a un tercer evaluador. De la misma manera, el Comité Editorial puede, a su criterio, emitir un tercer juicio. Cabe a los evaluadores, como se indicó, recomendar la aceptación, rechazo o la devolución de los trabajos con indicaciones para su corrección. En caso de una solicitud de corrección, los autores deben devolver el trabajo revisado en el plazo estipulado. Si los autores no se manifiestan en tal plazo, el trabajo será excluido del sistema.

El Comité Editorial tiene plena autoridad para decidir la aceptación final del trabajo, así como sobre las alteraciones efectuadas.

No se admitirán aumentos o modificaciones después de la aprobación final del trabajo. Eventuales sugerencias de modificaciones de la estructura o del contenido por parte de los editores de la revista serán previamente acordadas con los autores por medio de la comunicación por *e-mail*.

La versión diagramada (prueba de prensa) será enviada igualmente por correo electrónico al autor responsable por la correspondencia de la revisión final y deberá devolverla en el plazo estipulado.

LOS DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEBEN SER DIGITALIZADOS Y ENVIADOS POR EL SISTEMA DE LA REVISTA EN EL MOMENTO DEL REGISTRO DEL ARTÍCULO

1. Declaración de responsabilidad y cesión de derechos de autor

Todos los autores y coautores deben llenar y firmar la declaración según el modelo disponible en: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaracion.docx>.

2. Dictamen de Aprobación del Comité de Ética en Investigación (CEP)

En el caso de investigaciones que involucren a seres humanos realizadas en Brasil, en los términos de la Resolución 466 del 12 de diciembre de 2012 del Consejo Nacional de Salud, debe enviarse el documento de aprobación de la investigación por el Comité de Ética en Investigación de la institución donde el trabajo fue realizado. En el caso de instituciones que no dispongan de un CEP, deberá presentarse el documento del CEP por el cual fue aprobada. Las investigaciones realizadas en otros países, deben anexar

la declaración indicando el cumplimiento integral de los principios éticos y de las legislaciones específicas.

DOCUMENTOS OBLIGATORIOS QUE DEBEN SER ENVIADOS DESPUÉS DE LA APROBACIÓN DEL ARTÍCULO

1. Declaración de revisión ortográfica y gramatical

Los artículos aprobados deberán ser revisados ortográfica y gramaticalmente por un profesional cualificado, según una lista de revisores indicados por la revista. El artículo revisado debe estar acompañado de la declaración del revisor.

2. Declaración de traducción

Los artículos aprobados podrán ser, a criterio de los autores, traducidos al inglés. En este caso, la traducción debe ser hecha igualmente por un profesional cualificado, siempre de acuerdo a una lista de traductores indicados por la revista. El artículo traducido debe estar acompañado de la declaración del traductor.

Dirección para correspondencia

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 – Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2022)

NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEAR 2022)

Presidente: Lucia Regina Florentino Souto
Vice-Presidente: (vacância)
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
Ronaldo Teodoro dos Santos (Ad hoc)

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

SETOR FINANCEIRO | FINANCIAL SECTOR

Marco Aurélio Ferreira Pinto

EQUIPE DE COMUNICAÇÃO | COMMUNICATION TEAM

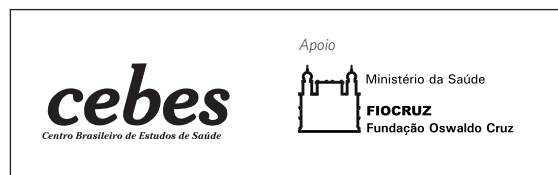
Xico Teixeira
Tiago Maranhão
Francisco Barbosa

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Avenida Brasil, 4036 – sala 802 – Manguinhos
21040-361 – Rio de Janeiro – RJ – Brasil
Tel.: (21) 3882-9140 | 3882-9141 Fax.: (21) 2260-3782

Site: www.cebes.org.br • www.saudeemdebate.org.br
E-mail: cebes@cebes.org.br • revista@saudeemdebate.org.br

A revista Saúde em Debate é
associada à Associação Brasileira
de Editores Científicos



Saúde em Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes – n.1 (1976) – São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes, 2022.

v. 46. n. 133; 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