



saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 47, NÚMERO 136
RIO DE JANEIRO, JAN-MAR 2023
ISSN 0103-1104

SAÚDE EM DEBATE

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

EDITORA-CHEFE | EDITOR-IN-CHIEF

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

EDITORES ASSOCIADOS | ASSOCIATE EDITORS

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

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

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

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

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

CONSELHO EDITORIAL | PUBLISHING COUNCIL

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

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

Angel Martinez Hernaez – Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, 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 Carneiro – 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> – rita.loureiro@apoioacultura.com.br)

DESIGN DE CAPA | COVER DESIGN

Alex I. Peirano Chacon

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

Ana Karina Fuginelli (inglês/english)

Ana Luísa Moreira Nicolino (inglês/english)

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

Carina Munhoz (normalização/normalization)

Carla de Paula (português/portuguese)

Jean Pierre Barakat (inglês/english)

Katia Muller (inglês/english)

Lenise Saraiva de Vasconcelos Costa (português/portuguese)

Marília Daniele Soares Vieira (português/portuguese)

Simone Basilio (português/portuguese)

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 47, NÚMERO 136

RIO DE JANEIRO, JAN-MAR 2023

ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

ISSN 0103-1104

EDITORIAL | EDITORIAL

- 5 **A reconstrução do SUS e a luta por direitos e democracia**
The reconstruction of the SUS and the fight for rights and democracy
Arthur Chioro, Ana Maria Costa

ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

- 17 **Brazil's foreign policy and health (1995-2010): A policy analysis of the Brazilian health diplomacy – from AIDS to 'Zero Hunger'**
Política externa e saúde no Brasil (1995-2010): uma análise da diplomacia de saúde brasileira – da Aids ao 'Fome Zero'
Celia Almeida, Thaisa Santos Lima, Rodrigo Pires de Campos

- 39 **Análise da implantação do Componente Hospitalar na Rede de Atenção às Urgências e Emergências**
Analysis of the implementation of the Hospital Component in the Emergency Care Network
Marilei Elisângela Radel, Helena Eri Shimizu

- 56 **Aceitabilidade ao autoteste de HIV entre adolescentes Homens que fazem Sexo com Homens, travestis e mulheres transexuais em três capitais brasileiras**
Acceptability of HIV self-test among adolescent Men who have Sex with Men and travestis and transgender women in Brazil
Érica Dumont-Pena, Dulce Aurélia de Souza Ferraz, Marília Greco, Ana Paula Silva, Leo Pedrana, Inês Dourado, Dirceu Bartolomeu Greco, Marcelo Eduardo Castellanos

- 68 **Avaliabilidade do Programa Descolado na prevenção do uso de drogas no contexto escolar**
Evaluability of the Descolado Program in preventing drug use in the school context
Marcela Paula Conceição de Andrade Oliveira, Daniela Tavares Gontijo, Daniela Ribeiro Schneider, Isabella Chagas Samico

- 83 **Experiências de acesso à saúde bucal de mulheres em situação de rua**
Experiences of access to oral health of homeless women
Isaac Torres dos Santos, Raimundo Rosendo Prado Júnior, Fábio Solon Tajra, Regina Ferraz Mendes

- 96 **Esquizofrenia, modelo biomédico e a cobertura da mídia**
Schizophrenia, the biomedical model and media coverage
Antonio Henrique Ferreira Melo, Fernando Freitas

- 110 **Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: a construção (in)completa da política em um município de grande porte no Brasil**
Integrative and Complementary Practices in Health: the (in)complete construction of the policy in a large city in Brazil
Isabela Rodrigues Rocha, Maria Inês Barreiros Senna, Jane Saula de Oliveira, Janice Simpson de Paula

-
- 126** **Avaliação da acurácia da informação em sites sobre leishmaniose visceral: uma estratégia de enfrentamento da desordem informacional**
Evaluation of the accuracy of the information on websites about visceral leishmaniasis: a strategy for countering information disorder
André Pereira Neto, Eduardo Ferreira, Leticia Barbosa, Rodolfo Paolucci
- 141** **Necessidades de Informação sobre Covid-19: um estudo em uma comunidade on-line de saúde brasileira**
COVID-19 Information Needs: a study in a Brazilian on-line health community
Leticia Barbosa, André Pereira Neto, Rodolfo Paolucci
- 155** **Interações envolvendo movimentos locais e trabalhadores da atenção básica no enfrentamento à pandemia da Covid-19**
Interactions local movements and primary care workers in the face of the COVID-19 pandemic
Hannah Shiva Ludgero Farias, Eduardo Alves Melo
- 168** **Oferta de leitos exclusivos para Covid-19 no estado do Espírito Santo**
Offer of exclusive beds for COVID-19 in the state of Espírito Santo
Lorena Evangelista Santos, Francis Sodré
- 184** **Prevalência e fatores associados à violência no trabalho contra residentes multiprofissionais durante a pandemia**
Prevalence and factors associated with workplace violence against Brazilian multiprofessional residents during the pandemic
Eder Samuel Oliveira Dantas, Carinne Magnago, Juliano dos Santos, João de Deus de Araújo Filho, Karina Cardoso Meira
- 200** **Análise da oferta de hospitais e leitos hospitalares no estado do Amazonas ante a pandemia da Covid-19**
Analysis of the offer of hospitals and hospital beds in the state of Amazonas in the face of the COVID-19 pandemic
Alessandra Valle Salino, Glaucia Maria de Araújo Ribeiro
- ENSAIO | ESSAY**
- 215** **A complexidade do trabalho precário na Atenção Psicossocial Territorial: reflexão crítica sobre o contexto brasileiro**
The complexity of precarious work in Territorial Psychosocial Care: critical reflection on the Brazilian context
Israel Coutinho Sampaio Lima, José Jackson Coelho Sampaio, Karlla Christine Araújo Souza

227 Utopia interdita: APS como antídoto contra a desdemocratização e a necropolítica neoliberal

Interdicted utopia: PHC as an antidote against de-democratization and neoliberal necropolitics

Rafael Agostini, Adriana Miranda de Castro

REVISÃO | REVIEW

242 Integralidade das práticas em saúde na atenção primária: análise comparada entre Brasil e Portugal por meio de revisão de escopo

The integrality of health practices in primary care: comparative analysis between Brazil and Portugal

Mariana Ramos Rodrigues, Maria Fátima de Sousa

253 Risco de suicídio no trabalho: revisão integrativa sobre fatores psicossociais

Work and suicide risk: Integrative review

Barbara Vieira, Marcia Bandini, Valmir Azevedo, Sergio Lucca

269 Epidemiologia e emancipação humana: uma revisita aos princípios da justiça

Epidemiology and human emancipation: revisiting the principles of justice

Simone Schenkman

292 Exposição ao cádmio e Síndromes Hipertensivas da Gestação: uma revisão sistemática

Cadmium exposure and Hypertensive Disorders of Pregnancy: a systematic review

Angelica dos Santos Vianna, Larissa Gabrielle Avelino do Nascimento, Talita Viana Martins, Aline Souza Espíndola Santos, Nataly Damasceno de Figueiredo, Carmen Ildes Rodrigues Froes Asmus

RELATO DE EXPERIÊNCIA | CASE STUDY

308 Consultório de Rua: cuidado no território na interface entre HIV/Aids, drogas e Redução de Danos

'Street Outreach Teams': care in the territory at the interface between HIV/AIDS, drugs and Harm Reduction

Pollyanna Fausta Pimentel de Medeiros, Rossana Carla Rameh-de-Albuquerque, Renata Barreto Fernandes de Almeida, Alda Roberta Lemos Campos-Boulitreau, Naíde Teodósio Valois-Santos, Ana Lucia Marinho Marques

A reconstrução do SUS e a luta por direitos e democracia

Arthur Chioro¹, Ana Maria Costa^{2,3}

DOI: 10.1590/0103-1104202313600

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) ATRAVESSA UMA DE SUAS MAIS GRAVES CRISES. Desde o golpe de 2016, diversas políticas e programas de saúde foram insidiosamente desestruturados¹. Tanto o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), por meio de posicionamentos e destacada atuação política como uma das entidades coordenadoras da Frente pela Vida (FpV), como a revista ‘Saúde em Debate’, em diversos editoriais² e artigos publicados nesse período, contribuíram significativamente para a análise crítica e denúncia dos enormes prejuízos ao Brasil causados pelos governos Temer e Bolsonaro.

No último governo, em especial, a desorganização do Ministério da Saúde (MS) chegou a tal ponto que afetou drasticamente a capacidade de coordenação do SUS e de articulação de respostas interfederativas, necessárias para o enfrentamento da crise sanitária causada pela Covid-19. A situação só não foi ainda mais grave pela resiliência demonstrada pelo SUS, para a qual em muito contribuíram as respostas produzidas pelos gestores estaduais e municipais e a abnegação e a capacidade de reinvenção dos seus trabalhadores e trabalhadoras – além, é claro, da vigorosa resistência, liderada e conduzida pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e por entidades e movimentos sociais em defesa do SUS e da democracia.

No enfrentamento de Bolsonaro e do seu projeto de extrema direita, constituiu-se uma ampla aliança de forças políticas que se posicionaram a favor do Estado de Direito. O resultado das urnas em 2022 expressou a vontade soberana do povo brasileiro, que anseia pelo retorno à normalidade democrática e institucional. O tema da saúde, um dos mais relevantes do debate eleitoral, emergiu como um compromisso público assumido por Lula, o presidente eleito. A oportunidade de valorizar e retomar com vigor a implementação do SUS apresenta-se como possibilidade concreta e enche de expectativas os militantes e os defensores da saúde como direito universal.

O Governo de Transição foi instituído formalmente em novembro de 2022, com base na legislação vigente^{3,4}, sob a coordenação do vice-presidente eleito Geraldo Alckmin.

Comparativamente aos anteriores, o que se viu foi um processo de transição de governo muito singular. Foram constituídos 34 Grupos Técnicos (GT), entre eles, o GT-Saúde. Por princípio, mas também por pressão da sociedade, buscou-se garantir na composição dos GT a diversidade regional e a presença de mulheres, negros e jovens, bem como a pluralidade de representações políticas, econômicas e sociais da aliança vitoriosa nas urnas.

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

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

³Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) – Brasília (DF), Brasil.



O GT-Saúde foi composto por 21 integrantes e 16 apoiadores técnicos, além de colaboradores, todos atuando de forma voluntária e não remunerada. Sua composição foi plural e marcada pela heterogeneidade. Dele, participaram, entre outros, quatro ex-ministros da saúde (um deles responsável pela coordenação do GT e outro pela relatoria), gestores, professores e pesquisadores, lideranças de entidades nacionais da saúde, parlamentares, médicos renomados, a ex-presidente e o atual presidente do CNS, parlamentares, entre outros.

A cada GT temático, foram encomendados dois produtos. Um primeiro documento sintético, de caráter preliminar, deveria conter os alertas especialmente identificados por órgãos de controle, a avaliação preliminar das estruturas da administração direta e indireta e as principais emergências orçamentárias. A segunda missão dos GT era a produção de um Relatório Final, contendo: sumário executivo; avaliação dos programas e ações que foram implementados nos últimos anos e daqueles implantados nos governos Lula e Dilma que foram descontinuados; avaliação dos contratos, termos de colaboração e de parceria a vencer que implicassem paralisação de serviços ou considerados ‘sensíveis’; elaboração de proposta de reestruturação organizacional da área; e lista de eventuais atos normativos que deveriam ser imediatamente revogados pelo novo presidente. Além disso, sugestão de ações e medidas prioritárias para os primeiros cem dias de governo.

Para além dos resultados dos trabalhos do GT-Saúde, deve ser ressaltado o processo de ausculta dos mais diversos atores que compõem o vasto campo da saúde no Brasil. Foram realizadas 38 audiências com diferentes segmentos da sociedade e órgãos de governo e recebidos 223 documentos. O trabalho produzido do GT-Saúde foi, portanto, resultado também de sugestões, recomendações e pontos de alerta recebidos do setor saúde, um processo democrático. Nessas audiências, o destaque comum foi a retomada do diálogo interdito no governo anterior.

O diagnóstico da situação apresentado no Relatório Final do GT-Saúde⁵ confirma e expõe as entranhas daquilo que já se sabia: o caos na saúde no governo Bolsonaro. O documento, apresentado ainda em dezembro de 2022 ao CNS, indica que o desmonte do MS e a atuação do governo, negligente e baseada no negacionismo, rejeitando evidências e práticas científicas fundamentadas, não ficaram restritas à forma como lidaram com a Covid-19.

Desde o golpe de 2016, diversos indicadores de saúde progressivamente pioraram. A redução da cobertura de todas as vacinas, que se agravou no governo Bolsonaro a patamares críticos, já estava em curso. Nesse período, pode-se observar o aumento da mortalidade materna e a estagnação da mortalidade infantil, que vinha reduzindo, até então, à taxa anual de 0,4%⁶. Inaceitavelmente, houve aumento de internações de bebês com desnutrição grave, que expressa o retorno da fome e o (des)cuidado generalizado com a primeira infância.

Esse cenário desnuda a deterioração do MS, que foi militarizado e promoveu o desmonte de políticas e programas do SUS. Expressa retrocessos institucionais, orçamentários e normativos e indica, sobretudo, a postura autoritária e centralizadora adotada pelo governo Bolsonaro, que substituiu a gestão interfederativa cooperativa e solidária por um federalismo de confrontação.

O enfraquecimento da capacidade de coordenação nacional do SUS, de articulação de políticas e programas de saúde e a fragilização da autoridade sanitária nacional resultaram em uma resposta débil à pandemia, mas também na desestruturação de políticas e de programas exitosos, como Programa Nacional de Imunizações (PNI), Atenção Básica, Mais Médicos, DST-Aids, Saúde Mental, Saúde da Mulher, Farmácia Popular, Complexo Industrial da Saúde, entre outros. A desestruturação da Política Nacional de Atenção Básica e das Redes de Atenção à Saúde (RAS), associada aos equívocos na condução da pandemia, refletiu também na grave diminuição do acesso dos pacientes à rede de cuidados em saúde, com aumento de filas para consultas, cirurgias e procedimentos diagnósticos e terapêuticos realizados pelo SUS. Retardou

o início do tratamento e resultou no agravamento de doenças crônicas, como as cardiovasculares e as neoplasias⁷. Nesse ínterim, diversas iniciativas abriram espaço para ‘soluções de mercado’, tais como as clínicas populares de baixo custo e a pouca resolutividade, entre outras.

A desconstrução da Política Nacional de Saúde Mental e sua condução desumana sob a égide manicomial contribuíram para retrocessos significativos, em contexto de explosão de casos de transtornos mentais e uso abusivo de álcool e outras drogas com a pandemia.

Sequer a programação anual de aquisição de vacinas e medicamentos, tarefa básica na rotina do MS, tinha sido efetuada até dezembro de 2022. Os institutos Butantan e Bio-Manguinhos, que fornecem a maioria dos imunizantes, não tinham recebido solicitação de vacinas.

Na Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da Covid-19, já havia elementos suficientes para caracterizar o genocídio impetrado contra os povos originários⁸. No entanto, Bolsonaro continuou deixando de implementar ações de proteção às populações indígenas até o fim de sua presença no governo, resultando em fome, desnutrição, doenças e violências de todos os tipos, a partir da ação impune de garimpeiros, madeireiros e traficantes. Como indica o Relatório Final do GT-Saúde, o governo Bolsonaro suspendeu medidas de proteção e cuidado aos povos indígenas – aí incluídas ações de mitigação da insegurança alimentar e nutricional – e desestruturou a Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai). Mais da metade dos contratos dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) estavam próximos a expirar ou já expirados, com denúncias de corrupção e deficiências na gestão. A Sesai teve seu orçamento para 2023 cortado em 59%. Instrumentos de priorização e provisão de médicos para a saúde indígena foram desarticulados. Foram desestruturados os sistemas de vigilância alimentar e nutricional e de informação da atenção à saúde indígena. A tragédia Yanomami é expressão desse descalabro. Cabe salientar que saúde indígena é responsabilidade exclusiva do governo federal, por meio da Sesai, e não há como terceirizar responsabilidades.

A situação orçamentária do MS era gravíssima. A pasta já havia perdido, entre 2018 e 2022, em função da Emenda do Teto, quase R\$ 60 bilhões^{9,10}. No orçamento de 2023, foram cortados R\$ 12,4 bilhões de ações fundamentais, como Farmácia Popular, aquisição de vacinas, medicamentos para HIV/Aids, hepatites e câncer, bolsas de médicos residentes, saúde indígena. Ainda que o objetivo alegado fosse atender às regras de austeridade fiscal, esses cortes destinavam-se a abrir espaço para o ‘orçamento secreto’. Foi nesse contexto que se colocou a discussão sobre a importância da aprovação da PEC Emergencial por parte do GT-Saúde, que proporcionou R\$ 22,8 bilhões a mais no orçamento da saúde para recuperar os cortes e fortalecer o SUS em 2023.

Nísia Trindade, ex-presidente da Fiocruz, foi a escolhida para o cargo de Ministra da Saúde em um marco histórico, por sua competência e predicados, mas também por se tratar da primeira mulher a ocupar o posto desde 1953, quando a pasta foi criada. A escolha da Ministra mobiliza respeito e muitas expectativas do campo sanitário. Sua presença no comando do MS sinaliza o rumo constitucional que o governo pretende conferir à saúde. O cenário no setor é complexo, e os interesses do mercado continuamente disputam o jogo contra a implementação do projeto definido pela Constituição Federal.

O direito universal à saúde, principal objetivo da luta do Movimento da Reforma Sanitária (MRS), não se reduz ao enorme desafio de consolidar o SUS. Seus objetivos almejam garantir o conjunto de direitos e políticas sociais que produzam qualidade de vida e possibilitem acumulação de mais cidadania¹¹. Torna-se fundamental, na presente conjuntura, reiterar que saúde só se conquista com democracia e políticas públicas articuladas, que expressem um modelo de Estado edificado e em consonância aos interesses populares.

Anos sem democracia e marcados pelo obscurantismo e autoritarismo causaram muitos danos ao País. A atuação do Congresso Nacional nestes tempos não privilegiou a democracia,

tampouco os interesses e as necessidades do povo. Com as emendas de relator, conhecidas como ‘orçamento secreto’, os parlamentares ganharam ainda mais poder para fazer negócios, definir políticas e avançar nas funções do Executivo, comprometendo especialmente dois setores: o da saúde e o da educação.

Os dispositivos legais identificados no período de transição e revogados no início do governo Lula expressam parte dos retrocessos desviantes do SUS constitucional. Além das perdas irreversíveis das vidas humanas, com a pandemia, houve um significativo aumento de óbitos por desassistência; e a falta do cuidado nesse período congestionará as filas por atendimentos por muito tempo. Os problemas de saúde acumulados são gigantescos, e o povo espera respostas rápidas na medida das urgências sanitárias que cotidianamente vivencia.

O MS terá sob sua responsabilidade formular e implementar respostas e, ao mesmo tempo, avançar nas iniciativas para a consolidação do direito à saúde e do SUS. Acabar com as filas, dar resposta ao represamento das demandas, ampliar as coberturas vacinais, entre outras prioridades, constituem urgências. Simultaneamente, precisará dedicar-se à busca da estabilidade e adequação do financiamento, ao aperfeiçoamento do modelo de gestão do sistema, além de apoiar a regionalização, a criação de consórcios e a implementação das RAS. Outra imperiosa tarefa será a de atuar na implementação de políticas paralisadas, como as de promoção da equidade para negros, indígenas, mulheres e outros grupos vulnerabilizados e em condição de intolerável desigualdade.

No contexto das pautas pendentes que se acumulam ao longo das décadas de implementação do SUS, destaque deve ser dado ao desafiador tema da força de trabalho, formação de Recursos Humanos (RH), educação permanente, carreiras, fortalecimento e qualificação dos atores e dos processos de gestão participativa e de controle social. A retomada da Mesa Nacional de Negociação do SUS é apenas um primeiro passo.

A urgência climática irá requerer um investimento especial do setor saúde na vigilância ambiental, ao mesmo tempo que será necessário dar respostas aos alertas sobre a gravidade para a saúde decorrente do registro, comercialização e uso dos agrotóxicos e insumos agrícolas.

Nas últimas décadas, o financiamento inadequado e insuficiente do SUS e a presença predatória do setor privado constituíram-se pedras no caminho do projeto constitucional de garantia do direito universal à saúde. Desde a aprovação da Emenda Constitucional nº 95, a situação se deteriorou profundamente. De subfinanciado, o quadro evoluiu para o de explícito desfinanciamento.

Há claras evidências de que o investimento em saúde não se configura em gasto. Ao contrário, deve ser compreendido como base essencial para o projeto de desenvolvimento do País, rendendo múltiplos benefícios e impactos que incluem desde a melhoria da situação sanitária da população até a consolidação da saúde enquanto setor produtivo estratégico para a economia e soberania nacional. Há atraso na conquista da soberania tecnológica, cujos efeitos foram especialmente marcantes na pandemia e que precisam ser enfrentados.

A saúde tem tradição em relação à participação social institucionalizada nos conselhos e conferências, que têm sido importantes nesse cenário político complexo. Em 2023, será realizada a XVII Conferência Nacional de Saúde. É também o momento em que o MS e o CNS deverão discutir e aprovar o novo Plano Nacional de Saúde. Trata-se, portanto, de um momento estratégico. Entretanto, essa luta precisa de mais participação e ampla mobilização e engajamento do conjunto da sociedade. Talvez agora, mais que nunca, a mobilização e a participação nos espaços institucionais – mas, acima de tudo, a presença do povo nas ruas – poderão fazer a diferença sobre as expectativas de avanços. Nesse sentido, Lula tem dado sinais que estimulam a radicalização democrática, mobilizações e participação popular como método para avançar

e garantir que prevaleçam interesses populares, ainda que isso não tenha ocorrido de forma satisfatória em governos populares anteriores.

O duro aprendizado com o *impeachment* de Dilma, a injusta e longa prisão de Lula e a presença massacrante da extrema direita no último governo e ainda presente na sociedade constituem fatos e circunstâncias que não podem ser apagados da memória política do País. O Brasil que se apresenta hoje já não esconde seus povos originários, seus pretos, seus marginalizados e quer reconstruir-se a partir deles. Para que possa decolonizar-se, será necessário seguir apostando na radicalização da democracia.

A criação de um Conselho articulado ao Sistema de Participação Social interministerial envolvendo instituições e órgãos governamentais constitui uma importante iniciativa de diálogo entre governo e grupos sociais, de democratização da gestão, mas não pode encerrar a mobilização da sociedade que deve e precisa ser livre, autônoma e instituinte enquanto sujeito da Política.

O Decreto nº 11.407/2023¹² que cria esse Sistema explicita sua missão de “estruturar, coordenar e articular as relações do governo com os diferentes segmentos da sociedade” de forma transversal às políticas públicas e certamente será uma ferramenta potente para a redução das desigualdades no País, pautando iniciativas nos diversos setores de governo.

Para a saúde, o cenário no Congresso Nacional não será simples já que não existe uma bancada forte na defesa consistente do SUS e do direito universal à saúde. As sucessivas legislaturas mostram o crescimento do conservadorismo no qual se alojam crescentes números de parlamentares de extrema direita. Esta 57ª legislatura da Câmara dos Deputados repete a tendência de perfil dos deputados. Apenas 126 deputados são vinculados a partidos de centro, centro-esquerda e esquerda. Mais uma vez, o chamado ‘centrão’ abriga o maior número de parlamentares eleitos por siglas ou agregações partidárias sem projeto político ideológico e ajustáveis às condições de maior proximidade do poder que lhes permita realizar seus negócios e manobras. No Senado Federal, o quadro do perfil político dos senadores não é diferente.

A realidade é que ainda não foi dessa vez que o povo elegeu uma bancada significativa para garantir o atendimento às necessidades populares. As forças e os interesses presentes no Congresso Nacional não darão trégua, e isso exigirá mobilização social e uma articulação virtuosa dos integrantes do governo e da base governamental para garantir as mudanças necessárias.

A participação dos evangélicos no Parlamento Nacional, desde 1999, vem crescendo, chegando na atual legislatura a 132 deputados, isto é, 25% deles. No Senado, esse contingente também aumentou para 14 senadores. Alguns temas estarão particularmente sob a mira desses grupos e irão requerer que o governo não aceite o lugar de refém. É o caso dos direitos sexuais e reprodutivos e o da reforma psiquiátrica, entre outros temas tão caros aos SUS.

Esse cenário delineia uma enorme responsabilidade para a militância sanitária. É fundamental ampliar e fortalecer sua mobilização e garantir uma consistente e permanente ação política no Congresso Nacional. Vale sempre lembrar e valorizar a estratégia política potente de diálogo e pressão do MRS sob o Congresso Nacional Constituinte, que foi intensa, permanente e fundamental na aprovação do Capítulo da Saúde da Constituição Federal.

Os tempos são de esperança, mas são marcados também pelos desafios e pela necessidade de lutar contra as desigualdades, pelos direitos sociais, pelo SUS e pela democracia.

Colaboradores

Chioro A (0000-0001-7184-2342)* e Costa AM (0000-0002-1931-3969)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Costa H, Chioro A, Soter APM, et al. O golpe contra a democracia, a austeridade e o ataque ao SUS: 2016, o ano que não acabou. *Perseu: História, Memória e Política*. 2020 [acesso em 2023 fev 22]; 14(19):136-164. Disponível em: <https://revistaperseu.fpabramo.org.br/index.php/revista-perseu/article/view/363>.
2. Costa AM, Rizzotto MLF, Lobato LVC. Na pandemia da Covid-19, o Brasil enxerga o SUS. *Saúde debate*. 2020 [acesso em 2023 fev 22]; 44(125):289-292. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/PbzsnQF5MdD8fgbhmbVJf9r/?lang=pt>.
3. Brasil. Lei nº 10.609, de 20 de dezembro de 2002. Dispõe sobre a instituição de equipe de transição pelo candidato eleito para o cargo de Presidente da República, cria cargos em comissão, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 23 Dez 2002. [acesso em 2022 dez 27]. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110609.htm.
4. Brasil. Decreto nº 7.221, de 29 de junho de 2010. Dispõe sobre a atuação dos órgãos e entidades da administração pública federal durante o processo de transição governamental. *Diário Oficial da União*. 29 Jun 2010. [acesso em 2022 dez 27]. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7221.htm.
5. Brasil. Comissão de Transição Governamental. Relatório do Grupo Técnico de Saúde – Produto 2: Relatório Final. Brasília, dezembro de 2022. [acesso em 2023 fev 14]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/noticias/2023/GT-Saude_Relatorio_Final_1.pdf.
6. Chioro A, Padilha A, Costa H, et al. Atuação do Partido dos Trabalhadores na gestão do Ministério da Saúde: agendas estratégicas visando a garantia do direito a saúde e a defesa do SUS. *Perseu: História, Memória e Política*. 2020 [acesso em 2023 fev 22]; 14(19):35-67. Disponível em: <https://revistaperseu.fpabramo.org.br/index.php/revista-perseu/article/view/360>.
7. Bigoni A, Malik AM, Tasca R, et al. Brazil's health system functionality amidst of the COVID-19 pandemic: An analysis of resilience. *Lancet Reg Health Am*. 2022 [acesso em 2023 fev 22]; 10:100222. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35284904/>.
8. Brasil. Senado Federal. CPI da Pandemia: Relatório Final. Brasília, DF; 2021. [acesso em 2023 fev 12]. Disponível em: https://download.uol.com.br/files/2021/10/3063533630_relatorio_final_cpi_covid.pdf.
9. Chioro A, Moretti B, Harada J, et al. Financiamento do SUS e garantia de direitos [livro eletrônico]: orientação técnica e produção de dados na garantia de direitos no contexto da pandemia Covid-19. São Paulo: Unifesp – Lascol; 2021. 140 p. [acesso em 2023 fev 22]. Disponível em: <https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2021/06/ebook.pdf>.
10. Ocké-Reis CO. Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2018 [acesso em 2023 fev 22]; 23(6):2035-42. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/fpzPVyhXgvk9SpDLSRxmYqh/?lang=pt>.
11. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988. [acesso em 2023 fev 22]. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf.
12. Brasil. Decreto nº 11.407, de 31 de janeiro de 2023. Institui o Sistema de Participação Social. *Diário Oficial da União*. 31 Jan 2023. [acesso em 2023 fev 22]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/decreto/d11407.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%2011.407%2C%20DE%2031,que%20lhe%20confere%20o%20art.

The reconstruction of the SUS and the fight for rights and democracy

Arthur Chioro¹, Ana Maria Costa^{2,3}

DOI: 10.1590/0103-11042023136001

THE UNIFIED HEALTH SYSTEM (SUS) IS GOING THROUGH ONE OF ITS MOST SERIOUS CRISES.

Since the 2016 coup, several health policies and programs have been insidiously and deliberately disrupted¹. Both the Brazilian Center for Health Studies (Cebes), through positions and outstanding political action as one of the coordinating entities of the Front for Life (FpV), and the journal 'Saúde em Debate', in several editorials² and articles published in that period, significantly contributed to the critical analysis and denunciation of the enormous damage to Brazil caused by the Temer and Bolsonaro administrations.

In the last government, in particular, the disorganization of the Ministry of Health (MS) reached such a point that it drastically affected the coordination capacity of the SUS and the articulation of inter-federal responses, necessary to face the health crisis caused by the COVID-19 pandemic. The only reason why the situation was not even more critical is because of the resilience demonstrated by the SUS, to which the responses produced by state and municipal managers and the selflessness and capacity for reinvention of its workers contributed greatly – in addition, of course, to its vigorous resistance, led and conducted by the National Health Council (CNS) and by entities and social movements in defense of the SUS and of democracy.

In facing Bolsonaro and his far right project, a broad alliance of political forces was formed who positioned themselves in favor of the rule of law. The result of the polls in 2022 expressed the sovereign will of the Brazilian people, who yearn for a return to democratic and institutional normality. The health issue, one of the most relevant in the electoral debate, emerged as a public commitment assumed by Lula, the president-elect. The opportunity to value and vigorously resume the implementation of the SUS presents itself as a concrete possibility and fills militants and defenders of health as a universal right with expectations.

The Transitional Government was formally instituted in November 2022, based on current legislation^{3,4}, under the coordination of the elected vice-president Geraldo Alckmin.

Compared to the previous ones, what we saw was a very unique government transition process. 34 Technical Groups (GTs) were set up, including GT-Health. As a matter of principle, but also due to pressure from society, efforts were made to guarantee regional diversity and the presence of women, blacks, and young people in the composition of the GTs, as well as the plurality of political, economic, and social representations of the victorious alliance at the polls.

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

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

³Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) – Brasília (DF), Brasil.



The GT-Health was made up of 21 members and 16 technical supporters, in addition to collaborators, all of whom worked on a voluntary and unpaid basis. Its composition was plural and marked by heterogeneity. It was attended by, among others, four former Ministers of Health (one of them responsible for coordinating the GT and another one for reporting), managers, professors and researchers, leaders of national health entities, parliamentarians, renowned doctors, the former and the current president of the CNS, parliamentarians, among others.

For each thematic GT, two products were ordered. A first summary document, of a preliminary nature, should contain the alerts specially identified by control bodies, the preliminary assessment of the direct and indirect administration structures, and the main budgetary emergencies. The GT's second mission was the production of a Final Report, containing: executive summary; evaluation of programs and actions that were implemented in recent years and those implemented in the Lula and Dilma administrations that were discontinued; evaluation of contracts, terms of collaboration, and partnership to expire that would imply stoppage of services or considered 'sensitive'; elaboration of proposal for organizational restructuring of the area; and list of eventual normative acts that should be immediately revoked by the new president. In addition, suggestion of actions and priority measures for the first hundred days of government.

In addition to the results of the GT-Health work, the process of listening to the most diverse actors that make up the vast field of health in Brazil must be highlighted. 38 hearings were held with different segments of society and government bodies and 223 documents were received. The work produced by GT-Health was, therefore, also the result of suggestions, recommendations, and warning points received from the health sector, a democratic process. In these hearings, the common highlight was the resumption of the dialogue banned in the previous government.

The diagnosis of the situation presented in the Final Report of GT-Health⁵ confirms and exposes the depths of what was already known: the health chaos in the Bolsonaro government. The document, presented to the CNS in December 2022, indicates that the dismantling of the MS and the government's negligent and denial-based action, rejecting evidence and reasoned scientific practices, were not restricted to the way in which they dealt with COVID-19.

Since the 2016 coup, several health indicators have progressively deteriorated. The reduction in coverage of all vaccines, which worsened during the Bolsonaro administration to critical levels, was already underway. During that period, an increase in maternal mortality and a stagnation of infant mortality can be observed, which had been reducing, until then, at the annual rate of 0.4%⁶. Unacceptably, there was an increase in hospitalizations of babies with severe malnutrition, which expresses the return of hunger and the general neglect of early childhood.

This scenario lays bare the deterioration of the MS, which was militarized and promoted the dismantling of SUS policies and programs. It expresses institutional, budgetary, and regulatory setbacks and indicates, above all, the authoritarian and centralizing posture adopted by the Bolsonaro government, which replaced cooperative and solidary inter-federative management with a confrontational federalism.

The weakening of the national coordination capacity of the SUS, of articulation of health policies and programs, and the weakening of the national health authority resulted in a weak response to the pandemic, but also in the disruption of successful policies and programs, such as the National Immunization Program (PNI), Primary Care, More Doctors, STD-Aids, Mental Health, Women's Health, Popular Pharmacy, Industrial Health Complex, among others. The disruption of the National Primary Care Policy and the Health Care Networks (RAS), associated with mistakes in managing the pandemic, also reflected in the serious decrease in patient access to the health care network, with an increase in queues for appointments, surgeries, and diagnostic and therapeutic procedures performed by the SUS. It delayed the start of treatment and

resulted in the worsening of chronic diseases, such as cardiovascular disease and neoplasms⁷. In the meantime, several initiatives have made room for ‘market solutions’, such as low-cost popular clinics and poor resolution, among others.

The deconstruction of the National Mental Health Policy and its inhuman conduct under the aegis of asylums contributed to significant setbacks, in the context of an explosion in cases of mental disorders and the abusive use of alcohol and other drugs with the pandemic.

Not even the annual schedule for acquiring vaccines and medicines, a basic task in the MS routine, had been carried out by December 2022. The Butantan and Bio-Manguinhos institutes, which supply most immunizers, had not received a request for vaccines.

In the COVID-19 Parliamentary Commission of Inquiry (CPI), there were already enough elements to characterize the genocide committed against the original peoples⁸. However, Bolsonaro continued to fail to implement actions to protect indigenous populations until the end of his presence in government, resulting in hunger, malnutrition, disease and violence of all kinds, due to the unpunished action of miners, loggers, and traffickers. As the GT-Health Final Report indicates, the Bolsonaro government suspended measures to protect and care for indigenous peoples – including actions to mitigate food and nutritional insecurity – and dismantled the Special Secretariat for Indigenous Health (SESAI). More than half of the contracts for the Special Indigenous Sanitary Districts (DSEI) were close to expiring or had already expired, with allegations of corruption and management deficiencies. The SESAI had its budget for 2023 cut by 59%. Prioritization instruments and provision of physicians for indigenous health were disjointed. The food and nutrition surveillance and information systems for indigenous health care were disrupted. The Yanomami tragedy is an expression of this debacle. It should be noted that indigenous health is the sole responsibility of the Federal Government, through the SESAI, and there is no way to outsource responsibilities.

The MS budget situation was profoundly serious. The ministry had already lost, between 2018 and 2022, due to the Ceiling Amendment, almost R\$60 billion^{9,10}. In the 2023 budget, R\$12.4 billion were cut from fundamental actions, such as Popular Pharmacy, purchase of vaccines, drugs for HIV/AIDS, hepatitis and cancer, scholarships for resident physicians, indigenous health. Although the alleged objective was to comply with fiscal austerity rules, these cuts were intended to make room for the ‘secret budget’. It was in this context that the discussion on the importance of the approval of the Emergency PEC by the GT-Health took place, which obtained an extra R\$22.8 billion in the health budget to recover the cuts and strengthen the SUS in 2023.

Nísia Trindade, former president of Fiocruz, was chosen for the position of Minister of Health in a historic milestone, due to her competence and attributes, but also because she is the first woman to take on the position since 1953, when the ministry was created. The Minister’s choice mobilizes respect and many expectations from the health field. Her presence at the head of the MS signals the constitutional course that the government intends to give to health. The scenario in the sector is complex, and market interests are continually competing against the implementation of the project defined by the Federal Constitution.

The universal right to health, the main objective of the struggle of the Health Reform Movement (MRS), cannot be reduced to the enormous challenge of consolidating the SUS. Its objectives aim to guarantee the set of rights and social policies that produce quality of life and enable the accumulation of more citizenship¹¹. It is essential, in the present context, to reiterate that health can only be achieved with democracy and articulated public policies, which express a model of a built State and in consonance with popular interests.

Years without democracy and marked by obscurantism and authoritarianism caused much damage to the country. The performance of the National Congress in these times did not

favor democracy, nor did it favor the interests and needs of the people. With the rapporteur's amendments, known as the 'secret budget', parliamentarians gained even more power to do business, define policies and advance the functions of the Executive, especially compromising two sectors: health and education.

The legal devices identified in the transition period and revoked at the beginning of the Lula government express part of the deviant setbacks of the constitutional SUS. In addition to the irrecoverable losses of human lives, with the pandemic, there was a significant increase in deaths due to lack of assistance; and the lack of care during this period will congest queues for assistance for a long time. The accumulated health problems are gigantic, and the people expect quick answers to the extent of the health emergencies they experience on a daily basis.

The MS will be responsible for formulating and implementing responses and, at the same time, advancing initiatives to consolidate the right to health and the SUS. Ending the queues, responding to the damming of demands, expanding vaccination coverage, among other priorities, constitute emergencies. Simultaneously, it will need to dedicate to the search for stability and adequacy of financing, to the improvement of the system's management model, in addition to supporting regionalization, the creation of consortia, and the implementation of the RAS. Another imperative task will be to act in the implementation of paralyzed policies, such as those promoting equity for blacks, indigenous peoples, women, and other vulnerable groups and in conditions of intolerable inequality.

In the context of pending agendas that accumulate over the decades of implementation of the SUS, emphasis should be given to the challenging theme of the workforce, training of Human Resources (HR), permanent education, careers, strengthening and qualification of the actors and the processes of participatory management and social control. The resumption of the SUS National Negotiating Table is just a first step.

The climate emergency will require a special investment by the health sector in environmental surveillance, at the same time that it will be necessary to respond to warnings about the seriousness to health resulting from the registration, commercialization, and use of pesticides and agricultural inputs.

In recent decades, the inadequate and insufficient funding of the SUS and the predatory presence of the private sector constituted obstacles in the way of the constitutional project to guarantee the universal right to health. Since the approval of Constitutional Amendment No. 95, the situation has deteriorated profoundly. From underfunded, the picture evolved to one of explicit unfunding.

There is clear evidence that investment in health is not an expense. On the contrary, it must be understood as an essential basis for the country's development project, yielding multiple benefits and impacts that range from improving the health situation of the population to consolidating health as a strategic productive sector for the economy and national sovereignty. There is a delay in the conquest of technological sovereignty, whose effects were especially marked in the pandemic and which need to be faced.

Health has a tradition of institutionalized social participation in councils and conferences, which have been important in this complex political scenario. In 2023, the 17th National Health Conference will be held. It is also the moment when the MS and the CNS will discuss and approve the new National Health Plan. It is, therefore, a strategic moment. However, this fight needs more participation and broad mobilization and engagement of society as a whole. Perhaps now, more than ever, mobilization and participation in institutional spaces – but, above all, the presence of the people on the streets – will be able to make a difference in expectations for progress. In this sense, Lula has given signs that encourage democratic radicalization, mobilizations, and

popular participation as a method to advance and ensure that popular interests prevail, even if this has not occurred satisfactorily in previous popular governments.

The hard learning from Dilma's impeachment, Lula's unjust and long imprisonment, and the overwhelming presence of the far right in the last government and still present in society are facts and circumstances that cannot be erased from the country's political memory. The Brazil that presents itself today no longer hides its original peoples, its blacks, its marginalized people, and wants to rebuild itself starting from them. In order for it to be able to decolonize itself, it will be necessary to continue betting on the radicalization of democracy.

The creation of a Council articulated to the interministerial Social Participation System involving institutions and government agencies constitutes an important initiative of dialogue between government and social groups, of democratization of management, but it cannot end the mobilization of society that must and needs to be free, autonomous, and instituting as subject of Politics.

Decree No. 11.407/2023¹² that creates such System explains its mission to "structure, coordinate, and articulate the government's relations with the different segments of society" in a transversal way to public policies, and will certainly be a powerful tool for reducing inequalities in the Country, guiding initiatives in the various sectors of government.

For health, the scenario in the National Congress will not be simple, since there is no strong bench in the consistent defense of the SUS and the universal right to health. Successive legislatures show the growth of conservatism in which growing numbers of extreme right-wing parliamentarians are housed. This 57th legislature of the Chamber of Deputies repeats the profile trend of deputies. Only 126 representatives are linked to center, center-left and left-wing parties. Once again, the so-called 'big center' houses the largest number of parliamentarians elected by parties or party aggregations without an ideological political project and adjustable to conditions of greater proximity to power that allow them to carry out their business and maneuvers. In the Federal Senate, the political profile of senators is no different.

The reality is that it was not this time that the people elected a significant group to guarantee the fulfillment of popular needs. The forces and interests present in the National Congress will not give a truce, and this will require social mobilization and a virtuous articulation of government members and the governmental base to guarantee the necessary changes.

The participation of evangelicals in the National Parliament, since 1999, has been growing, reaching 132 deputies in the current legislature, that is, 25% of the total. In the Senate, this contingent also increased to 14 senators. Some issues will be particularly targeted by these groups and will require the government not to accept the place of hostage. This is the case of sexual and reproductive rights and psychiatric reform, among other issues so important to the SUS.

This scenario outlines an enormous responsibility for health activism. It is essential to expand and strengthen its mobilization and ensure consistent and permanent political action in the National Congress. It is always worth remembering and valuing the powerful political strategy of dialogue and pressure by the MS under the National Constituent Congress, which was intense, permanent, and fundamental in the approval of the Health Chapter of the Federal Constitution.

These are times of hope, but they are also marked by challenges and the need to fight against inequalities, for social rights, for the SUS, and for democracy.

Collaborators

Chioro A (0000-0001-7184-2342)* and Costa AM (0000-0002-1931-3969)* have equally contributed to the elaboration of the manuscript. ■

References

1. Costa H, Chioro A, Soter APM, et al. O golpe contra a democracia, a austeridade e o ataque ao SUS: 2016, o ano que não acabou. *Perseu: História, Memória e Política*. 2020 [acesso em 2023 fev 22]; 14(19):136-164. Disponível em: <https://revistaperseu.fpabramo.org.br/index.php/revista-perseu/article/view/363>.
2. Costa AM, Rizzotto MLF, Lobato LVC. Na pandemia da Covid-19, o Brasil enxerga o SUS. *Saúde debate*. 2020 [acesso em 2023 fev 22]; 44(125):289-292. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/PbzsnQF5MdD8fgbhmbVJf9r/?lang=pt>.
3. Brasil. Lei nº 10.609, de 20 de dezembro de 2002. Dispõe sobre a instituição de equipe de transição pelo candidato eleito para o cargo de Presidente da República, cria cargos em comissão, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 23 Dez 2002. [acesso em 2022 dez 27]. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110609.htm.
4. Brasil. Decreto nº 7.221, de 29 de junho de 2010. Dispõe sobre a atuação dos órgãos e entidades da administração pública federal durante o processo de transição governamental. *Diário Oficial da União*. 29 Jun 2010. [acesso em 2022 dez 27]. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7221.htm.
5. Brasil. Comissão de Transição Governamental. Relatório do Grupo Técnico de Saúde – Produto 2: Relatório Final. Brasília, dezembro de 2022. [acesso em 2023 fev 14]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/noticias/2023/GT-Saude_Relatorio_Final_1.pdf.
6. Chioro A, Padilha A, Costa H, et al. Atuação do Partido dos Trabalhadores na gestão do Ministério da Saúde: agendas estratégicas visando a garantia do direito a saúde e a defesa do SUS. *Perseu: História, Memória e Política*. 2020 [acesso em 2023 fev 22]; 14(19):35-67. Disponível em: <https://revistaperseu.fpabramo.org.br/index.php/revista-perseu/article/view/360>.
7. Bigoni A, Malik AM, Tasca R, et al. Brazil's health system functionality amidst of the COVID-19 pandemic: An analysis of resilience. *Lancet Reg Health Am*. 2022 [acesso em 2023 fev 22]; 10:100222. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35284904/>.
8. Brasil. Senado Federal. CPI da Pandemia: Relatório Final. Brasília, DF; 2021. [acesso em 2023 fev 12]. Disponível em: https://download.uol.com.br/files/2021/10/3063533630_relatorio_final_cpi_covid.pdf.
9. Chioro A, Moretti B, Harada J, et al. Financiamento do SUS e garantia de direitos [livro eletrônico]: orientação técnica e produção de dados na garantia de direitos no contexto da pandemia Covid-19. São Paulo: Unifesp – Lascol; 2021. 140 p. [acesso em 2023 fev 22]. Disponível em: <https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2021/06/ebook.pdf>.
10. Ocké-Reis CO. Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2018 [acesso em 2023 fev 22]; 23(6):2035-42. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/fpzPVyhXgvk9SpDLSRxmYqh/?lang=pt>.
11. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988. [acesso em 2023 fev 22]. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf.
12. Brasil. Decreto nº 11.407, de 31 de janeiro de 2023. Institui o Sistema de Participação Social. *Diário Oficial da União*. 31 Jan 2023. [acesso em 2023 fev 22]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/decreto/d11407.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%2011.407%2C%20DE%2031,que%20lhe%20confere%20o%20art.

Brazil's foreign policy and health (1995-2010): A policy analysis of the Brazilian health diplomacy – from AIDS to ‘Zero Hunger’

Política externa e saúde no Brasil (1995-2010): uma análise da diplomacia de saúde brasileira – da Aids ao ‘Fome Zero’

Celia Almeida¹, Thaisa Santos Lima², Rodrigo Pires de Campos³

DOI: 10.1590/0103-11042023136011

ABSTRACT This article analyses, from a policy analysis approach, how health entered Brazilian foreign policy between 1995 and 2010 and supported the country's international position, which is rarely explored in the literature on Brazilian health diplomacy. By drawing on literature review, document analysis and key-actor interviews, we examined policies triggered by far-reaching and complex historical change processes in Brazil. We find significant interrelationships between foreign policy and social policy, including health. The internationalization of Brazilian domestic policies, and South-South cooperation, played a central role during Lula governments (2003-2010). Health found its way into the foreign policy agenda to support Brazil's growing international presence. These developments were made possible by the activism and engagement of several of State and non-State actors working on two levels: national and transnational advocacy, and coordinated activities of government representatives, including Brazilian diplomats, and civil society activists. The main argument of this study is that national and international policies are intertwined in this process and that domestic dynamics and societal engagement are essential but more is needed: governmental choices are also determinant. Institutional arrangements and policies shift in different conjunctures and are constantly prone to conflicts and change.

KEYWORDS Health diplomacy. International cooperation. Brazil.

RESUMO Este artigo analisa como a saúde entrou na política externa brasileira entre 1995 e 2010 e apoiou a posição internacional do País, utilizando o enfoque de análise de políticas. Essa questão raramente é examinada na literatura brasileira sobre diplomacia da saúde. A partir de revisão de literatura, análise documental e entrevistas com atores-chave, examinamos as políticas impulsionadas por complexos processos históricos de mudança no Brasil. Há importantes inter-relações entre política externa e política social, incluindo saúde. Durante os governos Lula (2003-2010), a internacionalização das políticas domésticas brasileiras, vinculadas à cooperação Sul-Sul, teve papel central. A saúde na agenda da política externa foi um importante suporte à crescente presença internacional do Brasil. Esses desenvolvimentos foram possibilitados pelo ativismo e comprometimento de diversos atores estatais e não estatais, que atuaram em dois níveis: advocacia nacional e transnacional e atividades coordenadas entre representantes do governo, incluindo diplomatas, e atores da sociedade civil. O principal argumento deste estudo é que as políticas nacionais e internacionais são interrelacionadas nesse processo, e a dinâmica doméstica e o engajamento societal são essenciais, mas não suficientes: escolhas governamentais são também determinantes. Os arranjos institucionais e políticos mudaram em diferentes conjunturas e são constantemente propensos a conflitos e mudanças.

¹Oswaldo Cruz Foundation (FIOCRUZ), National School of Public Health (ENSP) – Rio de Janeiro (RJ), Brazil.

²Ministry of Health (MS) – Brasília (DF), Brazil.

³University of Brasília (UnB), Institute of International Relations (IRI) – Brasília (DF), Brazil.

PALAVRAS-CHAVE Diplomacia da saúde. Cooperação internacional. Brasil.



Introduction

In the first decade of the 21st century, Brazil had earned a place as an emerging world power and one of the world's largest and most promising economies. The country has also been very active in 'health diplomacy' and played an increasingly leading role in international health arenas.

The extensive literature on Brazilian health diplomacy rarely analyses the relationship between foreign policy and health or health and international relations. Although they relate dynamics at the national level to those at the international or global level, which undeniably helps to establish the topic and encourages more in-depth analysis, they are usually concerned with decision-making in international arenas or with actions of social movements on specific issues (e.g., HIV/AIDS) and their relationships with the state (especially the Executive branch) and international organizations.

From a policy analysis perspective, Brazil's links between health and international relations are relatively new^{1,2}. Such an analysis considers the political system's historical, contextual, and dynamic elements, and the different governmental conjunctures².

Foreign policy is a public policy at the intersection of domestic and international policy³⁻⁵. It is conditioned by the asymmetric order – the system of states and global capitalism – in which it is embedded^{6,7}. It is produced within the state and its

formulation and implementation fall within the dynamics of governmental decisions, which resulting negotiations within coalitions, bargaining, disputes, and agreements between representatives of different interests⁸⁽²⁷⁸⁾.

Accordingly, like any public policy, it is not only a terrain for conflict, but can also change with each government.

Most authors (and actors) understand health diplomacy (or 'global health diplomacy') as advocacy for specific issues, policies, or actions related to several dimensions of

health on the international stage, pursued by any actor, government or otherwise, without necessarily equating it with the foreign policy of nation-states or the diplomacy of a country as such. The conceptual term vagueness favors its use for different purposes, and its meaning depends on the chosen theoretical perspective and the study object.

We consider that national policies aimed at 'global health' (another imprecise term) are the result of negotiations involving a variety of actors from the health, economy, social development and health sectors^{9,10}; and health diplomacy is a policy-shaping process in which governmental, nongovernmental, and other actors negotiate responses to health challenges or use health concepts or mechanisms in policymaking and negotiation strategies to achieve other political, economic, or social goals¹¹⁻¹⁶.

This study examines how health issues entered Brazilian foreign policy and the factors that allowed them to support the country's international presence, especially between 1995 and 2010. We aim identify the specificities of Brazilian health diplomacy and its role at home and abroad by analytically reviewing the data, events, and policies triggered at different moments by political change in Brazil. It does not ignore the differences between foreign policy and sectoral policies (in this case, social policy, including health policy). It does, however, point to significant interrelationships between them to understand what has been called 'Brazilian health diplomacy'.

This research is a case study and relies on qualitative data: literature review, documental analysis (reports and websites from governmental and nongovernmental organizations), and interviews with key-actors – Brazilian policymakers, public health and foreign policy officials, and civil society representatives. Most interviews were conducted in 2017 and 2018, with a few more in subsequent years (2019 and 2020). The project was approved by the Brazilian Research Ethics Committee [Opinion N° 1.717.292, September 10, 2016].

The study covers a rare period of stable democracy in Brazil, encompassing the governments of 1995-2002 under Fernando Henrique Cardoso (FHC) of the Social Democratic Party (Partido da Social-Democracia Brasileira, PSDB) and of 2003-2010 under Luiz Inácio Lula da Silva (Lula) of the Workers' Party (Partido dos Trabalhadores, PT). Both leaders, each in their own way, sought more significant international influence and relied on different political coalitions. They initiated changes in Brazil's international relations by reviewing certain historical parameters of Brazilian foreign policy and working to help the country achieve a prominent position and visibility in the international system.

The main argument of the article is that national and international policies are intertwined in this process, and that domestic dynamics and societal engagement are of great importance but not sufficient. Government decisions based on values and principles and supported by political coalitions that change at moments shape the perception of the country's 'place' in the global system dynamics and determine its activities in international arenas. Accordingly, the foreign policy's non-material (symbolic and interpretive) components and their inclusion in decision-making are essential variables. These factors enable the construction of different international scenarios, depending on how decision-makers perceive them and how a particular national 'heritage' is emphasized in international negotiations under national practices or ideological perspectives, as in Brazil establishing the Unified National Health (System Sistema Único de Saúde, SUS) and the country's role in intellectual property rights and access to medicines against HIV/AIDS.

The first part of the paper provides a historical overview of Brazilian foreign policy and international relations from the late 1980s to the FHC and Lula administrations. It then examines the linkages between social policies (including health policies) at home and the foreign policies of these governments. The

concluding remarks provide a brief analytical summary of the findings and suggestions for future research.

Brazil's Foreign Policy and international stance

The Brazilian Foreign Policy (BFP) has traditionally focused on international 'prestige' rather than 'contestation'⁶, enjoying the country's elites' support-neither unconditional nor lasting. According to Lima⁶, prestige diplomacy includes showing or claiming power and performance, to impress other nations and seeking a strong multilateral presence as an instrument of soft power instead of hard power, which they do not exercise. Under the authoritarian regime of military rule (1964 to 1985), Brazilian international posture tended to be defensive and discreet, particularly regarding human rights and other sensitive issues. Political change in the mid-1980s and global changes after the end of the Cold War gradually transformed the Brazilian economic development model, the dynamics of society, and the formulation and implementation of national policy, including foreign policy, which had traditionally been 'insulated' within the diplomatic corps¹⁷.

Historically, the BFP was central to the economic development models that governments have adopted at different times, notably in critical junctures as in the mid-1960s, the 1990s, and again since 2016. Then, "prevailing patterns of national development and international presence are becoming exhausted, and a new sociopolitical coalition emerges"¹⁸⁽⁴⁶⁾, transforming both domestic and foreign policy. However, the persistence of a single and consensual development model does not translate into consensus on the political dimension of foreign policy, i.e., sometimes "foreign policy can be a target for far-reaching review without any change in political regime"⁷⁽⁴²⁴⁻⁴²⁶⁾.

The re-democratization of Brazil in the 1980s required, among other things, that

Brazilian diplomacy become more ‘active’ in developing and implementing an agenda that would provide domestic legitimacy to Brazil’s international positions and intentions, while also allowing it to build national coalitions that would favour a change in the *status quo*^{6,17-19}. This dynamic meant that the former ‘decision-making autonomy’ of the Ministry of Foreign Affairs decreased. At the same time, ‘presidential diplomacy’ increased: Presidents actively participated in the decision-making processes of the BFP. At the same time, political coalitions became increasingly important in Brazil, forming a system known as ‘coalitional presidentialism’^{20,21}. The partisan political system institutionalized in the 1988 Constitution, combined with presidentialism, gave the President the power to set the agenda and the negotiations, while imposing on him the difficult task of creating governability among legislature and ruling elites to implement his governmental program, within big political coalitions. Given the characteristics of the Brazilian political system – a multiplicity of parties, low loyalty and high fragmentation, and rather unorthodox practices among deputies – the President’s ability to coordinate relations between the executive and legislative branches became fundamental.

As a result of the increasing ‘politicization’, BFP became an important issue, reflecting the increasingly strong interrelations between the national and the international spheres in the context of a globalized world⁶. This process also revealed different groups within the diplomatic corps (or Itamaraty, that refers to The Ministry of Foreign Affairs, MoFA, a highly specialised professional organisation), previously considered “monolithic” and for several years “had a virtual monopoly” on expertise in international affairs¹⁷⁽³¹⁶⁾.

Another salient feature of the BFP (throughout the twentieth century and in the first decades of the twenty-first) was the recognition of multilateral spaces (institutions and arenas) as the preferred venue for Brazil’s diplomatic activities^{22,23}, and its role

as a North and South mediator, always respecting the principle of non-interference, which implies certain concessions and the use of soft power^{6,24}. This meant that the BFP could increase its political power through policies of principles, values, culture, and achievements, as well as through collaboration with a wide range of actors.

The BFP has always sought the international recognition of Brazil, considering the country ‘naturally’ qualified for a prominent place in the international system^{18,25}. However, over the years, the strategies to achieve this goal varied with the changes in government. There were times when this ambition cooled or was even abandoned^{6,18,25-28}.

Some authors are critics of the claim that Brazil’s autonomy in the global arena has always been a feature of the BFP^{6,25,29}. They argue that, though it has existed, it was of limited autonomy in “exceptional moments and breaks in the dependent development of foreign policy”; moments that “could be interrupted by conservative forces”⁶⁽⁴²⁻⁴³⁾.

On the other hand, ‘social issues’ were widely discussed on the international stage in the 1990s, especially at the UN conferences (1990 to 1996), in order to ‘rethink development’, whether because of the alarming levels of poverty and inequality in the world, resulting from the economic adjustments of the 1980s, or because of the need to seek alternatives to Welfare State policies that were not tailored to the neoliberal economic realities. The UN conferences involved a wide range of state and non-state actors. Brazil extensively participated in such events^{30,31}.

These international dynamics mirror and project domestic movements: the campaign for Brazilian health sector reform – driven by preventive medicine and public health professionals along with health professional unions and opposition political parties – dates back to the 1970s^{32,33}, while the movement to combat the HIV/AIDS epidemic, focused on human rights and solidarity and networked with other social movements (feminists, sexual and

reproductive rights advocates) that espoused the same principles, had been ongoing since the 1980s^{23,34-38}.

Finally, governments' choices, social and political forces and systemic factors – geopolitical shifts (end of the bipolar era) and geo-economic changes (hegemony of the United States in crisis and rise of China) – have given more space to countries on the periphery of the international arena, possibly by relieving them of 'structural conditioning factors'^{6,29}.

In the same dynamic, the internationalization of economies (globalization and economic liberalization/opening) and democratization of societies (escalated debate among social actors on ideas and ways of institutionalizing demands) – which coincided in Brazil – were among the factors that contributed to the 'politicisation' of public policies, including foreign policy⁷. The increased complexity of policymaking that resulted from these arrangements also encouraged other government agencies and civil society institutions to become more involved in shaping and implementing domestic and foreign policy.

BFP under Presidents FHC and Lula

There is an intense debate in the Brazilian literature about whether the foreign policies of FHC and Lula represent continuity or innovation. There is some consensus on continuities and change within the debate.

Some authors generally see foreign policy processes as continuing unbroken between the two administrations, with only adjustments in goals and programs^{19,39}, including the priority given to health⁴⁰. Others have noted that Lula extended the changes that had taken place in BFP during FHC governments and also benefited from a more favorable national and international economic situation^{6,7,18}. The main argument in the literature is for continuity in the historical paradigms of BFP, albeit under different traditions in Brazilian diplomacy⁴¹

that shaped FHC and Lula's respective foreign policies. Meanwhile, both governments accommodated social currents, and both are often perceived as having sought greater autonomy for Brazil in their international activities³⁹. However, some analysts believe that foreign policy only exhibited autonomist traits under Lula^{6,25}.

The critical global conjuncture of the 1990s and the spread of macroeconomic structural adjustment processes worldwide (and, in Brazil, by a new constitutional political order and a state in financial crisis) led the Brazilian economic elite to embrace at home the 'orthodox neoliberalism' adopted by the FHC government. Two agendas – currency stabilization (Real Plan) and reform of the 1988 Constitution – were significant in the first FHC government. Thus, the BFP was consistent with those agendas (*table 1*).

The formulation of this strategy dates from the 1990s, during Itamar Franco's government, when Cardoso was Foreign Minister (October 1992 to May 1993) and then Finance Minister (May 1993 to March 1994).

The government considered that, given the 'international political and economic context', it was 'unrealistic' to address or raise discussions on structural determinants of social inequalities; it would be more productive to mobilize developed countries to support the Brazilian agenda, i.e., to contribute (financially) to solving the country's problems, in return for Brazil's support of their policies³⁰.

President FHC enjoyed tremendous support and prestige among the Brazilian elite, and exercised active 'presidential diplomacy', an increasing presence of the President in diplomatic activities. However, his economic and political strategies did not produce the desired results. The 'Real Plan' (introduced in 1994) had stabilized the currency, but by the early 2000s, the country's economic situation (fiscal adjustment without economic growth; growing unemployment, poverty and inequality; and exchange rate and currency crises in 2002), and political setting (deteriorated living and working conditions) had

worsened, led Brazil to fall into considerable disrepute internationally, and to the election of Lula, the candidate of PT, in 2002^{6,25,39}.

Lula governments expanded macroeconomic adjustment policies by introducing a new (third) fiscal and monetary stabilization stage based on the neoliberal paradigm⁴². However, he adopted a ‘neo-developmental’ approach^{6,43}, especially from 2006 onwards, by strengthening the internal market and seeking complementarity between economic and social policies toward an ‘economy managed by social spending’^{42,44}. This was expressed in the adoption of mechanisms that complemented the universal approach and introduced conditionalities in the design of specific policies⁴⁵ (*table 1*).

The prevailing diagnosis was that the world order was in transition and tending toward multipolarity⁶, thus in need of a diversity of alliances both in the South American region and with other emerging or developing countries and ‘political autonomy’, meant that:

[...] claim to international leadership, but with the intention of challenging existing global rules; an orientation of rule-making rather than rule-taking; a more long-term perspective on North-South geopolitical divides; and a posture of active solidarity with similar countries in the South and integration with neighbours in the region⁶⁽⁴²⁾.

Emphasis was placed on “strategic partnering” or building “variable geometry” coalitions, that is, on closer relations with emerging countries to make Brazil more representative and strengthen the less powerful countries, for which Brazil would become a “mouthpiece”⁴⁶⁽¹⁷⁸⁾. To that end, BFP encouraged activities in more restricted forums by proposing and supporting to setting up of new institutions (IBAS in 2003, BRICS in 2006 and UNASUL in 2008) and bolstering existing ones (MERCOSUL).

Presidential diplomacy intensified and closer ties were forged between the President and the Chancellor (Celso Amorim, a recognized and respected diplomat), in both administrations. Together, they made numerous international

visits and regional trips (e.g., to South America and Africa), taking experts from other branches of government and representatives of the business community, new embassies were established (especially in countries and regions not previously favored), and the President took a much more prominent role in several global forums. Similarly, the number of training positions for diplomats was significantly increased at the Rio Branco Institute (institution of the Itamaraty responsible for the training of diplomats at the postgraduate level), where new specialties were introduced to address social issues in general and health care in particular (Itamaraty key-actor interview). The trade interests of leading national corporations and conglomerates were projected outwards^{47,48}.

Brazil’s participation in negotiations and decisions that were considered ‘highly political’ (e.g., on international security issues, such as UN peacekeeping missions that led to MINUSTAH, Mission des Nations Unies pour la Stabilisation en Haïti, in French) drew much criticism, especially from those who favored a more conservative foreign policy. Brazil’s bid for a permanent seat on the UN Security Council was also upheld. The same happened with the internationalization of large Brazilian companies. These potentially contradictory goals were received critically and defensively – or at best suspiciously – in some countries in the region and outside (e.g., in Africa)⁴⁷.

In the second Lula administration, the Brazilian Cooperation Agency (ABC) budget increased. Brazil refused to be considered as a ‘donor’ country, according to OECD parameters, and understood South-South cooperation as solidarity and a commitment to mutual aid among countries of the Global South (particularly South America and the Caribbean, and Africa)⁴⁸.

The foreign policy debate was significantly renewed in Brazil, and other actors in the federal structure and organized civil society gained prominence in national and international issues⁴⁹. Brazil’s international stance changed significantly^{6,25}.

Table 1. FHC and Lula government's foreign policies

Key Features	FHC government's (1995-2002)	Lula government's (2002-2010)
Goal / Basic premises	The government embraced 'orthodox neoliberalism' and BFP was an instrument of macroeconomic stabilisation policy. Intended to abandon of the 'Third World thesis' and previous correlated alliances, to restore Brazil's international credibility ^{8,39,42} . Accepted the 'rules of the game' and strived to develop 'ways to legitimise its own positions' on economic development within those rules ⁴³⁽¹⁴⁻¹⁵⁾ .	Expanded macroeconomic adjustment policies, but, adopted a 'neo-developmental' approach. Emphasized the inherent contradictions of globalisation and to exploit any room for manoeuvre left by the dispersion of international power as U.S. hegemony began to erode. Pursuit of 'political autonomy'. Opened new opportunities for action abroad to advance Brazil's interests, whether through development or advancement within the world system. Established a social agenda on the international stage, in which the issue of health played a prominent role.
Strategies	Less normative weight to motivations of solidarity and identification with countries of the South. Active 'presidential diplomacy'. <i>Domestically</i> : policies of trade liberalisation and privatisation. <i>Externally</i> : a rapprochement with Western powers, including the United States, and with international regimes. <i>International cooperation</i> wasn't a priority, except in HIV/AIDS.	Establishment of 'strategic partnerships' or building coalitions with 'variable geometry'. Very active 'presidential diplomacy'. <i>Domestically</i> : broadening the social base by expanding political citizenship and including the most vulnerable groups through consumption. And projected outward trade interests of large national corporations and conglomerates. <i>Internationally</i> : broadening participation in a variety of global forums and negotiating arenas in multiple areas, supporting proposals to review and reform multilateral institutions (e.g., the UN Security Council). Advocated multidimensional diplomacy, involving simultaneous actions in different areas at the global, regional, and bilateral levels. <i>International cooperation (South-South and triangular)</i> – technical, political, and economic – expanded significantly and gained strategic importance, as a tool to strengthen alliances and coalitions between countries with perceived similar levels of development and aspirations, driven both by Brazil's improving economic conditions and by the internationalisation of national policies.
Regional policy	Moving away from Mercosul regional interests, BFP advocated greater flexibility in the form of free trade agreements with countries outside the region (e.g., in the European Union).	To link Brazil's prosperity with that of its neighbour's countries in order to mitigate the structural asymmetry between them. To promote activities in narrower forums, proposing and supporting the creation of new regional institutions (IBAS in 2003, BRICS in 2006, and Unasul in 2008) and strengthening existing institutions (ex., Mercosul).

Source: prepared by the authors.

The external projection of national social inclusion policies deserves attention here.

Social concerns and foreign policy in the FHC and Lula governments

There is relative agreement in the literature that the social policy innovations in the FHC

governments have been maintained by Lula governments, albeit with different shades and emphases. It is also affirmed that the governments of this period maintained the same universal principles and institutional framework of the Brazilian social protection system.

Social policy guidelines of FHC combined the restructuring of universal social services and the alleviation of poverty and inequality with specific redistributive measures, primarily targeted equalization programs

– the Community in Solidarity (Comunidade Solidária, 1995)^{50,51}. The ‘targeting within universalism’ approach inspired this decision^{50,52}. In the health field, implementation of the SUS continued with the expansion on basic services and the search for new sources of financing, after changes in the Social Security Budget, deprived of its main source of funding, employee and employer contributions⁵¹. The provisional tax on financial transactions (Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira, CPMF), proposed by then Minister of Health, Adib Jatene, was established in 1996 (table 2).

These measures were only partially compensatory, subordinated to budgetary adjustment needs. Some innovations fragmented poverty reduction efforts at federal and local levels leading to ‘indirect privatizations’⁵³ that became a fixture in subsequent decades, including public-private partnerships for the delivery of health services (in the SUS). The new programs, however, were unable to offset for the losses.

Relationships with social movements at the national level – particularly those related to AIDS – became visible abroad and fostered transnational activism, bringing about significant changes in global policy toward controlling the AIDS epidemic^{23,34,35,37}. In multilateral forums (WHO, UNDP and UNAIDS), a great ‘militancy’ was observed by representatives of the federal bureaucracy together with other non-state actors, both aimed at supporting the demand for HAART (highly active triple antiretroviral therapy), at national and international levels, which effectiveness, confirmed by scientific studies, was first announced at the 11th International AIDS Conference, in Vancouver, Canada, in 1996.

Brazilian diplomacy had won significant victories in this process, but they were unlinked to health. Since 1986, it has played a leading role in drafting and approving the Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights (TRIPS) in 1994, advocating for developing countries, building supportive coalitions, and resisting unilateral

U.S. ambitions. This agreement concluded the Uruguay Round of the General Agreement on Tariffs and Trade (GATT) and established the WTO that same year⁵⁴.

Meanwhile, in 1996, FHC enacted two conflicting laws: the Universal Access to HAART Act (SUS) and the new Patent Act^{23,55}. The former law institutionalized early treatment for AIDS and HIV-positive individuals and prioritized the problem of effective nationwide coverage and associated financing, responding to the demands of community activists and the technocracy. The latter, in turn, favored the countries and companies that held the relevant patents, thus hindering domestic production of generic drugs, although it provided for the possibility of compulsory licensing. This domestic duality and ambivalence were consistent with the FHC government’s international approach.

This interpretation is supported by the victories of Brazilian diplomacy over the United States in the WTO in the dispute over patents (2001) and agricultural subsidies (2003)^{54,55}. Cooperation between actors from the Itamaraty and other ministries was fundamental in both processes, and the support from national and transnational civil society⁵⁶. However, there were doubts about the effectiveness of the TRIPS agreement. “*When the TRIPS was signed [in 1994], many of us thought it was a defeat, but [at least] we had managed to maintain certain ambiguities*” (Itamaraty key-actor interview).

Brazilian diplomats did not focus on the health sector when drafting and signing the TRIPS. Only later the importance of compulsory licensing for the production of generic drugs was recognized, when conditions changed, mainly because of the issue of access to medicines against AIDS:

Health issues were a technical matter [...] They were considered when there was some interface with diplomacy, but only marginally [...] They were not of central importance from the point of view of official foreign policy. (Itamaraty key-actor interview).

This view changed during discussions leading up to the Fourth Ministerial Conference (Qatar, 2001), which adopted the Doha Declaration allowing compulsory medicines licensing in public health emergencies.

When the Doha Round was launched [in 2001], the world had changed, primarily through AIDS [...]. All this coincided with and inspired the tactics of the Doha Round [...] the ambiguities became flexibilities. (Itamaraty key-actor interview).

Several international initiatives in different forums and organizations supported the proposal for early treatment of AIDS^{23,37}. International organizations and developing countries increasingly adhered to the policy of universal treatment while transnational advocacy efforts increased. Even ARV major pharmaceutical manufacturers appear to have bowed to demands and pressures for lower prices and voluntary licencing of certain products in certain countries²³, especially under the “*threat of compulsory licensing and production of generics skillfully used by Brazilian diplomacy in negotiations at the WTO*” (Itamaraty key-actor interview).

José Serra's tenure in the Ministry of Health (MoH) (1998-2002) had positive aspects besides to the institutional stability: from the 1980s to 1998, there was considerable turnover in the Ministry of Health – Brazil had four ministers of health in the second half of the 1980s; the instability of the department continued in the following period – with four ministers from 1990 to 1994 and three from 1995 to 1998. Serra did not take over the MoH at his request but accepted the post to further his electoral ambitions. His performance as minister was characterised by using the technical possibilities in this area to make his political mark. For example, during questions on the 2000 annual report of WHO, which ranked member states' health systems based on a composite performance index in which Brazil (and other countries) performed quite poorly and whose methodology was strongly

questioned^{57,58}, and also during discussions on the dispute over patents and access to AIDS medicines^{59,60}.

Interviews with key stakeholders confirmed that the minister was fighting ‘personal battles’ to gain visibility and support for his election campaign. Nevertheless, he is credited for his important participation in international forums, where he even advocated positions that differed from those of the government, allied himself with other efforts of Brazilian diplomacy, and helped to strengthen Brazil's presence and prestige in the international arena, primarily through AIDS-related events.

There was an important coincidence: Serra at the MoH and Celso Amorim in Geneva [...] Amorim had previous experience. He had worked in the Ministry of Science and Technology [1977-1989], had witnessed the discussion on patents, had been involved in the resistance to the patent law when the Americans had forced us to make changes, since the time of the Sarney government [the mid-1980s], pressure escalated during the Collor government [1990s] [...], and came back to these issues in 1999-2000, when he returned to Geneva and the issue was ‘revived’. (Itamaraty key-actor interview).

[...] I do not mean to say that Itamaraty was against or did not support the local production of medicines, but at the time it was not pushed forward. (MoH key-actor interview).

International technical cooperation on HIV/AIDS played an important role in Brazilian health diplomacy. It was one of the objectives of the Brazilian National Program and was institutionalized as part of the strategy to give international visibility to the Brazilian experience. This visibility was facilitated by the World Bank loans AIDS I (1994-1998) and AIDS II (1999-2003), and promoted by the creation of the United Nations Joint Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), established in 1994⁶¹. This allowed the national program's institutionalization,

and the implementation of triangular agreements for collaboration, that is, cooperation between Brazil and developing countries supported by aid donors, a traditional model for international cooperation in Brazil⁶¹⁻⁶³.

Cooperation on AIDS was first formalized with the creation of the Horizontal Technical Cooperation Group on HIV/AIDS (HTCG) in 1996. The Group brought together several AIDS national coordinators, mainly from South American countries, under the leadership of the Brazilian National Program. It also collaborated with UNAIDS⁶¹. The HTCG established direct links with national program directors without going through official Ministry of Health channels, such as the Advisory Service on International Health Issues (Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde, AISA), formally established in 1998 under the Minister of Health Office. Contacts with the Itamaraty Cooperation Agency (Agência Brasileira de Cooperação, ABC) were purely administrative. Meanwhile, discussions began under these arrangements on the 'horizontal' (South-South) principles and values that would later define Brazilian cooperation.

Brazil's experience was showcased at the 13th International AIDS Conference in Durban (July 9-14, 2000), where positions of international agencies were challenged and a new global consensus was proposed. It was then argued that it was possible to increase production of antiretroviral drugs stimulating competition and drug price reductions⁶⁴⁻⁶⁶, attracting the attention of the Minister of Health (José Serra). At the same event, Brazilian professionals offered to the world the technical cooperation on AIDS as an alternative to traditional technical cooperation of international organizations and agencies⁶¹.

The Brazilian report to the Conference was well received in Brazil and internationally, strengthening the collaboration between the MoH and Itamaraty for the elaboration of the Brazilian position at the 2001 Special Session of the UN General Assembly in New

York (UNGASS-AIDS), with the participation of other Brazilian agencies. This evidence was used to coordinate positions and interventions of the countries of the South at UNGASS, which eventually endorsed universal access to antiretroviral drugs. As a result, Brazilian professionals joined UNAIDS and WHO teams^{23,61}.

In 2002, the MoH and Itamaraty launched the International Cooperation Programme for HIV Control and Prevention Activities in Developing Countries (Programa de Cooperação Internacional para Ações de Controle e Prevenção do HIV para Países em Desenvolvimento, PCI), which consolidated the Brazilian technical cooperation on HIV/AIDS, in conjunction with the national program.

Previous policies were continued during Lula governments, but with fundamental changes. Social policies promoted the improvement of living conditions for the poorest populations and regions, gaining political and electoral support of a population group other than the social movements and unions that usually formed the party's base^{67,68}. However, it initiated the reform of retirement pensions: new criteria and additional pension contributions. The growing trend toward private sector presence in the social field (e.g., in higher education and health care) continued^{67,69}.

In short, the social policies of PT governments were based on conditional cash transfers through the Family Allowance Programme (Bolsa Família, BF), which added value to the existing cash transfer program. Starting in 2003, the BF combined all existing programs to overcome absolute and relative poverty of millions of Brazilians while linking this to health and education (*table 2*).

However, BF did not change the structural conditioning factors and determinants of poverty and inequality. They did not constitute a right and could easily be discontinued or interrupted^{51,67,69}.

The BF was linked to the National Social Assistance Policy to combat poverty and the increase in extreme poverty, which has been

formulated since the 1990s through intense discussions and civil society mobilization (as the 'Citizens Action against Hunger Extreme Poverty and for Life', a program of the NGO Ação da Cidadania, established by Herbert Daniel de Souza, which had enormous effects across Brazil). According to ECLAC⁷⁰ programs such as the BF are part of a 'second generation' social policies in Latin America due to the limited progress in reducing poverty since the 1990s. It served around 28% of the population (in 2016) and was closely targeted, ensuring poverty and extreme poverty reduction⁷¹. A second successful strategy was to raise the minimum wage, and consequently the value of social security benefits: the minimum wage was increased by 54% in real terms between December 2002 and December 2010, making it a powerful redistributive instrument⁵¹.

In a nutshell, Lula's income policies, associated with monetary stability and the resumption of economic growth (in the second government), fostered an increase in formal employment opportunities^{67,69,72}.

In health care, implementation of the SUS continued with rhetorical political support from the President, while underfunding worsened with the suspension of the CPMF in 2007. Nevertheless, Brazil's international reputation was fostered and strengthened by the principles of a universal public health system and the compulsory license granted in 2008 for the production of the antiretroviral drug Efavirenz, conducted by the then Minister of Health, José Gomes Temporão, and supported by intense civil society mobilization⁵⁶.

Although Lula's government did not change the concept and strategy of international cooperation at AIDS, its implementation was expanded and diversified with the significant participation of the Itamaraty and its agency⁶¹, as international South-South cooperation was henceforth given great importance in BFP.

The implementation of the third World Bank loan (AIDS III, 2004-2007) facilitate the expansion of the directorate of the national program to include 'consultative functions'

and triangular collaboration with international agencies and new donors⁶¹. A memorandum of understanding between the two ministries – MoH and MoFA – in 2005⁶¹ formalized very effective joint efforts

to support technical cooperation on HIV/AIDS [especially in 2005-2006], which was well coordinated, included dialogue with other government sectors and countries to disseminate this policy worldwide. (MoH key-actor interview).

The National AIDS Program successfully applied to be the UNAIDS Technical Support Facility, enabling the establishment of the International Centre for Technical Cooperation on HIV/AIDS (ICTC) in 2005. The ICTC brought together different Brazilian and international institutions and organizations, operating as a 'collaborative network with shared governance'⁶¹. Implementation of cooperation by the national program with such a broader partnership and funding required a high coordination effort.

The issue was the production and distribution of medicines and a worldwide discussion on patents. Coordination was at its best, because when the national agenda arrived at the international level, it was well structured and aligned with the two sectors [health and diplomacy]. [...] there were regular working meetings with the MoFA on health issues and joint activities towards sound policy decisions that could not be challenged in court [for example, the compulsory licensing of Efavirenz]. (MoH key-actor interview).

The external funding enabled ICTC to pay better external professionals as consultants to meet different countries' cooperation needs, which led to institutional friction within the MoH. On the other hand, international partners' agendas interfered in the Brazilian cooperation decision making process.

In 2009 the MoH was restructured internally: The National Department of Sexual Transmissible Diseases (STDs/AIDS) and

Viral Hepatitis was established together under the National Health Surveillance Secretariat and changes were made to the World Bank-funded activities (AIDS-SUS); these changes were directed to planning horizontality and promote integration among levels of government, gradually altering how AIDS control was conducted institutionally. Conflicts began to arise in the Ministry's techno-bureaucracy (MoH key-actor interview) within that department. The change did not affect how the program was conducted at that moment and the department continued working together with the social movements.

The National AIDS program funded events directed to reduce stigma and discrimination (e.g., gay parades) through the PAG [Programme of Actions and Goals], whose funds were transferred to states and municipalities. (MoH key-actor interview).

Efforts to align cooperation on AIDS with ABC/Itamaraty practices, using the national program's experience and capacity for dialogue mediation and leadership at home and abroad, were not well received by international actors, which would have hampered the country's autonomous decision-making in this area. Thus, in 2010, when the second Memorandum of Understanding with UNAIDS expired, the Brazilian government decided to break with the model. From then on, the ICTC was to be managed by ABC/Itamaraty, while the MoH came to be the main funding source for cooperation. Soon after, ICTC shut down.

South-South cooperation in health was gradually gaining a prominent place in official MoH documents (such as the '2004-2007 National Health Plan: a pact for health in Brazil' and the 'More Health: Everyone's Right 2008-2011' and their successive versions until 2015), in connection with the internationalization of the SUS areas of significant success (HIV/AIDS, cancer, tobacco control etc.), but not always explicitly interlinked with foreign policy.

Beyond the issue of AIDS, Lula's strategy of linking 'poverty (as a cause of hunger)

with development' also had its origins in the demands of civil society. After decades of political and economic discussions Lula's government adopted the 'Zero Hunger' ('Fome Zero') program as its guiding proposal. 'Poverty reduction' had also been the World Bank 'mission' since McNamara (1968-1981), to make the Bank a 'development agency'^{73,74}. In the 1990s, the World Bank became increasingly involved in health issues, exerting more and more influence in this area⁷⁵. The issues of poverty and global health were already on the Bank's agenda.

The issue was revisited at the Joint Press Conference by the UN secretary-general and Presidents of France, Brazil and Chile at Palais des Nations in Geneva (January 30, 2004)⁷⁶; and at the Meeting of Heads of State on 'Combating Hunger and Poverty', held at the United Nations Headquarters in New York (UN) at the initiative of the Brazil, France, Chile and Spain Presidents, in parallel with the UN General Assembly (September 20, 2004). The proposal was to 'unite efforts around a common goal' and seek solutions to achieve it.

To fight hunger and poverty is no utopian ideal; it consists of fighting against exclusion and inequality and in favor of social justice and sustainable growth. [...] The challenge today is to combine economic stability and social inclusion. [...] We have agreed to make a joint appeal for the establishment of a [...] global alliance against hunger and poverty [...] it should make it possible for developing countries to receive continuous support through freer international trade, foreign debt relief, foreign investment, greater international aid, and alternative financing mechanisms. [President Lula's speech at the Joint Press Conference, 2004]⁷⁶.

A technical report prepared by the four countries discussed innovative financing mechanisms. The same rhetoric has been used at other world conferences and summits on development (e.g., the 2005 New York Declaration on Innovative Sources of Financing for Development).

Nevertheless, Brazil was unable to establish Zero Hunger as an international policy:

It proved very difficult to fulfill the President's wishes of combating hunger [...], which led to efforts shifting to the issue of access to medicines. [...] It was a very concrete health opportunity that would involve some countries and impact the fight against hunger and poverty. [...] from then on [2004] we have become more aware that health is highly relevant. [...] these efforts even led to the creation of UNITAID [2006]. (Itamaraty key-actor interview).

UNITAID is an evolution of this process, was launched in September 2006 during the United Nations General Assembly in New York and is supported by Chile, France, Brazil, Norway and the United Kingdom. It works in partnership with several actors – governments, public-private partnerships, and multilateral, nongovernmental, and civil

society organizations (including private foundations such as the Bill and Melinda Gates Foundation), as Jorge Bermudez, a Brazilian and former director of UNITAID, explains:

UNITAID is an innovative financial organization that uses mechanisms based on market dynamics to expand access to treatment and diagnosis for HIV/AIDS, tuberculosis, and malaria, where we seek to balance lowering drug prices while ensuring quality, faster availability, and scale^{77(n/p)}.

In summary, the BF, the principles of SUS, the relationships between hunger, poverty, and structural considerations produced values and principles that were firmly coordinated and widely disseminated and internationalized in statements by President Lula and the diplomatic corps, and in South-South health cooperation projects.

Table 2. FHC and Lula government's main social policies

Area	FHC government's (1995-2002)	Lula government's (2002-2010)
Overall social policies	<p>Restructuring of universal social services continue.</p> <p>Beginning of processes of privatizations in the economic and social areas (mainly in the first one).</p> <p><i>Basic programmes:</i> to increase redistributive impact and efficacy in combating poverty; and policies to basic education.</p> <p><i>Community in Solidarity Programs^a (Comunidade solidária, 1995):</i> priority actions linked to cash transfer for groups targeted by territorial criteria and income, under conditionalities and partnerships with states, municipalities and civil society^a.</p>	<p>Restructuring of universal social services continue, plus retirement's reform.</p> <p><i>Raising the minimum wage</i> and the social security benefits pegged to it.</p> <p><i>Raising levels of education,</i> policies directed to higher education (e.g., quotas for low-income and black students).</p> <p><i>Privatization</i> of social services continue (in higher education and health).</p> <p><i>Bolsa Família:</i> family allowance cash transfer with two benefits –</p> <ul style="list-style-type: none"> • Basic, for families in extreme poverty, transfer with no conditionalities, similar to basic income programmes in place in other countries. • Variable, for low-income families with children or adolescents, subject to conditionalities relating to health (vaccination) and education (school attendance).

Area	FHC government's (1995-2002)	Lula government's (2002-2010)
Health: Implementation of the SUS	<p><i>Decentralisation and social participation:</i> continued.</p> <p><i>Care network:</i> significant expansion of primary health care.</p> <p><i>Under-funding:</i> not solved, temporarily offset by the CPMF^b.</p> <p><i>National AIDS Programme:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Horizontal Technical Cooperation Group on HIV/AIDS (HTCG) set up (1996). • National Coordination on Sexually Transmitted Diseases and AIDS (Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS, DST/AIDS) set up (1999) under the then Health Policy Secretariat. • Negotiations with the World Bank (ongoing since 1990) finalised for loans specifically for this area: AIDS I (1994-1998) and AIDS II (1999-2003). • Early treatment with antiretrovirals (highly active triple drug antiretroviral therapy, HAART) begun in the SUS (1996). • 13th International AIDS Conference held in Durban (9-14 July, 2000): important participation by Brazil. • Special Session of the UN General Assembly on AIDS (2001): antiretroviral treatment officially recognised. • International Cooperation Programme for Actions to Control and Prevent HIV in developing countries, launched by the MoH and Foreign Ministry (ICP, 2002). 	<p><i>Decentralisation and social participation:</i> continued.</p> <p><i>Care network:</i> no progress in secondary care or coordination among levels; little progress in regionalisation.</p> <p><i>Underfunding:</i> not solved, culminating in suspension of the CPMF in 2007. Minor expansion in <i>public health spending</i>, municipalities' and states' relative shares increased and federal share decreased.</p> <p><i>Private medical insurance coverage increased:</i> from 18.9% in December 2004 to 26% in December 2014^c.</p> <p><i>National AIDS Programme:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Beginning of the implementation of the ICP (2003). • Approval and implementation of the third World Bank loan (AIDS III, 2004-2007) and approval of the fourth and final loan (2007, AIDS SUS). • Creation of the International Centre for Technical Cooperation on HIV/AIDS (ICTC) (2005), the name given to a new <i>Technical Support Facility</i> involving Unaid and the national programme, establishing Brazilian cooperation on HIV/AIDS and a leading role for Brazil in the international arena. • First use of a compulsory licence to produce generic antiretroviral drugs in Brazil (2008). • Creation of the National Department of STDs/AIDS and Viral Hepatitis, including the coordinating offices of the National DST/AIDS Programme (PN-DST/AIDS) and the National Viral Hepatitis Programme, all under the National Health Surveillance Secretariat (Secretaria Nacional de Vigilância em Saúde, SVS) (2009), similar to the structure of the programmes at the state and municipal levels^d.

Source: prepared by the authors.

^a Comunidade Solidária comprised a series of cash transfer programmes, the most important being: a national minimum income programme, the Bolsa Escola (2001), tied to primary and lower secondary education; a national programme for access to food (2003); a national minimum income programme, the Bolsa Alimentação (2001), tied to health; and a cooking gas allowance programme (2002).

^b The CPMF was drafted on the basis of the Provisional Tax on Financial Transactions (Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira, IPMF), which was applied only in 1994. In 1996, major discussions were conducted by the then Minister of Health, Adib Jatene, in an attempt to restore the funding sources of the Social Security Budget and increase funding for health: the CPMF was finally approved and began to be levied in 1997. This tax was charged on all bank transactions – except for trading on the stock exchange, retirement pension withdrawals, unemployment benefit, wages and transfers between current accounts of the same holder – and remained in place in Brazil for 11 years (1997-2007). In late 2000, cross referencing was introduced between banking information and income tax declarations, so as to identify possible discrepancies between amounts declared to the Inland Revenue and movement of money in bank accounts. From then on, the CPMF, because it was a tax that was difficult to evade, began to encounter fierce opposition in parliament. Several studies have shown that both governments used the enormous revenue from the CPMF for other areas, besides healthcare, and perpetuated the underfunding of the SUS, even during the period when the tax was levied. The CPMF was extended several times following hard-fought legislative battles. Despite the considerable volume of funds raised, it was discontinued in 2007.

^c Possible explanations for this increase are the inclusion of medical care in employment contracts (which had been on workers' and trade union agendas since the 1970s) and partly the growth in formal employment and the government's maintaining the heavy subsidy on tax waivers arising out of related payments, i.e., individuals' and businesses' spending on private health care was discounted from their tax base⁶⁷⁽¹³⁹⁾. In Brazil, several other tax waiver factors benefit the private sector.

^d The coordinators of the two programmes, DST/AIDS and Viral Hepatitis, became, respectively, head and deputy head of the new department.

Final remarks

'Brazil's health diplomacy' can be better understood by considering Brazilian foreign policy as a public policy and by examining the role of social policy (including health policy) in the formation and implementation of foreign policy in a given period, and the role of politics in this discussion⁷⁸. Priority given to 'social' concerns on Brazil's international agenda, a process that stemmed from the demands of civil society movements, was crucial.

The changes that occurred in Brazil with the end of the military dictatorship and the restoration of democracy were reflected in all public policies, including foreign policy. The government began working with several traditional and nongovernmental actors and agendas in several different areas. Changes at the international level and globalization, interacting with domestic affairs, led to discussions on several issues and a diversification of Brazil's international activities that provided space for broad political mobilization and advocacy, despite structural inequalities and differences among countries in the world system.

The health sector also had its historical background. Brazil had been a leader in initiatives that were later taken up at the global level, since the 1960s. These experiences were brought by Brazilian personnel to PAHO and later to WHO – e.g., several primary health care ideas were considered in Brazil 12 years before Alma-Ata. The same is true for human resources, social determinants of health, and others. It can be said that 'Collective Health' (a concept coined in Brazil in the 1970s)⁷⁹ was born internationalized⁸⁰. All the major health movements in Brazil and in the Latin American region (or at least the most important ones: social medicine, strategic planning of the health sector, and health sector reform) had links with international institutions, actors, ideas, and shared efforts, especially since the 1950s.

In Brazil, the establishment of SUS as a universal public system and to define health services and activities as a public good and

health as a fundamental component of development has been a common concern for decades among a large part of those working in the health sector, and the leading institutions in the field (FIOCRUZ, National Cancer Institute – INCA, Butantan Institute and others). Strengthening the public health systems was a central theme for Brazilian representatives at WHO.

Civil societies Brazilian actors were increasingly present in these discussions, which had developed slowly since the onset of the political transition period (1985-1990) and escalated in the 1990s. This was an important development in the process of restoring democracy in Brazilian society: social movements had grown – from sectoral (health care reform) and thematic (combating the HIV/AIDS epidemic) motivations – and demanded rights (social, human, voice and vote) and universal public policies in solidarity, adding quality to the struggle against dictatorship and political transition. This practice was reinforced by the incorporation of activist professionals into the state apparatus. In other words, one could say that Brazil was already practicing a kind of 'health diplomacy' before the term even existed.

However, the health issue really entered the foreign policy agenda and became an important factor in Brazil's growing international presence and prestige only on the two Lula administrations. Brazilian health diplomacy, strengthened and stimulated during this period, gained a certain 'autonomy' as a field of activity of the health sector, facilitated by the activism and commitment of a variety of state and non-state actors linked to social movements and the state apparatus. In the same period, the 'internationalization of Brazilian domestic policies' drew on these domestic developments and was linked to the country's upward strategies in the international system, also establishing a link with South-South cooperation, which put into a new context the historical discussions that influenced the Brazilian government's activities after the transition to democracy.

South-South cooperation in health, an important foreign policy strategy, which operated on a demand-driven approach (mainly from Africa and Latin America)⁴⁸, especially from 2003 to 2010^{24,48,81,82}, leveraged and sustained Brazilian health diplomacy. It was no coincidence that two councils of ministers were created at UNASUR – one for health and one for defence. Moreover, on May 15, 2009, the Strategic Plan for Cooperation in Health (Plano Estratégico de Cooperação em Saúde – PECS) of the Community of Portuguese-speaking Countries was adopted, with priority given to member countries in Africa⁸¹. The Latin American and Caribbean Alliance to Fight Cancer was also established in 2007, an initiative of the INCA, which assumed the coordination; in 2010 this Alliance was transformed into the Network of National Cancer Institutes, as part of the UNASUR/Health international cooperation (coordinated by INCA)⁸³. In that period, Brazilian foreign policy adopted “a declared ethic of solidarity among developing countries”, with an explicit political dimension,

which provides a platform for co-operation among countries that want to strengthen their bilateral and multilateral coalitions in order to obtain bargaining power on the global agenda⁴⁸⁽⁷⁾.

Brazilian diplomatic activism in the health field – understood both as the actions of specific health policy circles in national and global socio-political environment⁸⁴ and as the activity of diplomats in specific periods and on specific issues – operated on at least two lines: one focused on national and transnational advocacy, the other on the coordinated activities of Brazilian diplomats, representatives of other agencies in international arenas and civil society and state apparatus activists. The intersection of internal and external variables in formulating and implementing of these policies is crucial to this dynamic. A similar internal-external interrelation can be seen

at other times, as in the leading role Brazil had played since the 1980s in preparation of the Framework Convention on Tobacco Control^{14,84,85}, combining the expertise of Brazil’s tobacco use control policy (an initiative of the INCA) with the competent actions of Brazilian diplomacy in international arenas. However, this activism did not involve BFP directly.

Despite the importance of these developments, they do not mean that the several actors have the same weight domestically and internationally, nor do they mean that social activism is directly reflected in the foreign policy of a particular country, although it may have contributed to formulating and implementing a successful, temporary domestic policy and carried its own struggles to the international level. Nor does the internationalization of values and principles express itself *a priori* as an imitation of the politics of others or as a reproduction of processes triggered by a specific national context.

Although social advocacy is extremely important, its effectiveness depends on the government’s choices, the reciprocation of other, equally important actors and on institutionalized, national and international public policies. The latter, in turn, can be de-structured or even destroyed depending on the political coalitions that sustain them, because ‘institutions tend to be process-oriented’, that is, as analysed by Jönsson & Hall, cited by Almeida⁸⁴, they depend on formal and informal rules that prescribe behavior, constraints, and activities and shape expectations. Indeed, institutional arrangements changed and adapted to the relationships between actors through different contexts and conjunctures, in a process that was constantly prone to conflicts, twists and turns.

From this viewpoint, more than constant advocacy is needed to change national and international politics: governmental choices are also determinant. However, it is essential to maintain the struggle for human rights and solidarity between peoples and the vigilance (and

pressure) over the actions of governments. Therefore, we emphasized the importance of more systematic and rigorous studies on the possibilities and limits of the links between health and international relations, as on the so called health diplomacy.

Acknowledgements

This article is the Brazilian Case Study, part of the project 'Global Health Diplomacy: An explanatory multi-case study of the integration of health into foreign policy – Canada, Brazil, Mexico and Chile', developed in partnership with University of Ottawa, Canadá. We thank Ronald Labonté (coordinator of the multi case project) and Arne Rückert (deputy coordinator), both from the University of Ottawa, Canada, for the discussions

and ideas shared; and the Brazilian Case Study's research assistants, who supported the research fieldwork at different stages: Thaisa Santos Lima, Alexandre Alvarenga, André Saboya, Ana Marcela da Silva Terra, Carolina Fontes dos Santos and Rosiane Martins dos Santos. Obviously, all analyses and eventual mistakes are the authors' sole responsibility.

Collaborators

Almeida C (0000-0002-1758-1142)* performed and coordinated the research, conceived and wrote the paper. Lima TS (0000-0001-8276-4124)* supported the paper's data collection, drafting and reviews. Campos RP (0000-0001-7480-4050)* discussed, drafted and reviewed the paper. ■

References

1. Draibe S. Policy Analysis in Brazil: Emergence and Institutionalisation. *Braz. Polit. Scienc. Review*. 2014 [accessed on 2020 Apr 5]; 8(2):118-122. Available at: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-38212014000100014>.
2. Espiridião MA. Análise política em saúde: síntese das abordagens teórico-metodológicas. *Saúde debate*. 2018 [accessed on 2020 Apr 5]; 42(esp2):341-360. Available at: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S22>.
3. Milner H. *Interest, Institutions and Information: Domestic Politics and International Relations*. Princeton: Princeton University; 1997.
4. Lima MRS. Foreign Policy and Democracy: A Preliminary Analysis of the Brazilian Case. In: *Annual convention of the International Sociological Association*; 2002 mar 24 to 27 Orleans. [accessed on 2012 Sept 20]. Available at: <https://www.isanet.org/noarchive/lima.html>.
5. Ratón-Sanchez M, Silva ECG, Cardoso EL, et al. Política externa como política pública: uma análise pela regulamentação constitucional brasileira (1967-1988). *Rev. Sociol. Polít.* 2006 [accessed on 2008 Jan 5]; (27):125-143. Available at: <https://www.scielo.br/j/rsocp/a/gKCfZnzSZC7kjhJndL8YSmJ/?format=pdf&lang=pt>.
6. Lima MRS. A agência da política externa brasileira: uma análise preliminar. In: Desiderá Neto WA, Florencio SAL, Ramanzini Junior H, et al., organizers.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- Política Externa Brasileira: dimensões e estratégias de inserção internacional no pós-2008. Brasília, DF: Funag; IPEA; 2018. p. 39-53.
7. Nery T. Política Externa Brasileira, Modelo de Desenvolvimento e Coalizões Políticas (1930-2016). Cad. do CEAS. 2017; (241):418-444.
 8. Milani C, Pinheiro L. The Politics of Brazilian Foreign Policy and its Analytical Challenges. *Foreign Policy Anal.* 2017 [accessed on 2008 Jan 5]; (13):278-296. Available at: <https://doi.org/10.1093/fpa/orw027>.
 9. Berlan D, Buse K, Shiffman J. The bit in the middle: a synthesis of global health literature on policy formulation and adoption. *Health Policy Plan.* 2014 [accessed on 2008 Jan 5]; 29(supl3):23-34. Available at: <https://doi.org/10.1093/heapol/czu060>.
 10. Jones CM, Clavier W, Potvin L. Adapting public policy theory for public health research: A framework to understand the development of national policies on global health. *Soc. Scienc. Med.* 2017; (177):69-77.
 11. Fidler DP. Health as Foreign Policy: Between Principle and Power. *The Whitehead Journal of Diplomacy and International Relations.* 2005 [accessed on 2008 Jan 5]; 6(179). Available at: <https://www.repository.law.indiana.edu/facpub/525>.
 12. Fidler DP. Health in foreign policy: An analytical overview. *Canad. Foreign Policy J.* 2011 [accessed on 2012 May 5]; 15(3):11-29. Available at: <https://dx.doi.org/10.1080/11926422.2009.9673489>.
 13. Fidler DP. Health diplomacy. In: Cooper AF, Heine J, Thakur R, editors. *The Oxford handbook of modern diplomacy.* Oxford: Oxford University Press; 2013.
 14. Lee K, Chagas LC, Novotny TE. Brazil and the frame-work convention on tobacco control: global health diplomacy as soft power. *PLoS Med.* 2010; 7(4):e1000232.
 15. Feldbaum H, Michaud J. Health diplomacy and the enduring relevance of foreign policy interests. *PLoS Medicine.* 2010; 7(4):e1000226.
 16. Lee K, Smith R. What is a “global health diplomacy”? A conceptual review. *Glob. Health Gov.* 2011 [accessed on 2012 May 5]; 5(1). Available at: https://blogs.shu.edu/ghg/files/2011/11/Lee-and-Smith_What-is-Global-Health-Diplomacy_Fall-2011.pdf.
 17. Faria CAP. Itamaraty e a Política Externa Brasileira: do insulamento à coordenação dos atores governamentais e de cooperação com agentes societários. *Context. Inter.* 2012 [accessed on 2012 May 5]; 34(1):311-355. Available at: <https://www.scielo.br/j/cint/a/bcWcqfYFWHdWwxYDbqQsdbj/abstract/?lang=pt>.
 18. Lima MRS, Hisrt M. Brasil como poder intermediário e poder regional. In: Hurrell A, Lima MRS, et al., editors. *Os BRICS e a Ordem Global.* Rio de Janeiro: FGV; 2009. p. 43-73.
 19. Vigevani T, Oliveira MF. A política externa brasileira na era FHC: um exercício de autonomia pela integração. *Tempo Soc.* 2003; 15(2):31-61.
 20. Abranches S. Presidencialismo de coalizão: o dilema institucional brasileiro. *Dados – Rev. de Ciênc. Soc.,* 1988; 31(1):5-14.
 21. Abranches S. Presidencialismo de coalizão: raízes e evolução do modelo político brasileiro. São Paulo: Companhia das Letras; 2018.
 22. Brown T, Cueto M, Fee E. A transição de saúde pública ‘internacional’ para ‘global’ e a Organização Mundial da Saúde. *Hist. Ciênc. Saúde – Manguinhos.* 2006; 13(3):623-647.
 23. Cueto M, Lopes G. Aids, Antirretrovirals, Brazil and International Politics of Global Health. *Soc. Hist. Med.* 2020; 34(1):1-22.
 24. Milani C, Pinheiro L, Lima MRS. Brazil’s foreign policy and the ‘graduation dilemma’. *Intern. Affairs.* 2017; 93(3):585-605.
 25. Milani C, Nery T. The sketch of Brazil’s grand strategy under the Workers’ Party (2003–2016): Domestic and international constraints. *South African J. Inter. Affairs.* 2019 [accessed on 2020 Nov 26]; 26(1):73-92.

- Available at: <https://doi.org/10.1080/10220461.2019.1584583>.
26. Farias HC, Alves PC. The decline in Brazil's international influence: from an emerging country to an inward-looking state. *Austral. Braz. J. Strat. Inter. Relat.* 2020 [accessed on 2020 Nov 26]; 9(17):14-37. Available at: <https://seer.ufrgs.br/austral/article/viewFile/100702/57551>.
 27. Miranda SM. A Nova Política Externa Brasileira: de Temer para a América do Sul. *Rev. Conjuntura Austral.* 2019; 10(51):126-138.
 28. Maringoni G, Schutte GR, Berron G, organizers. 2003-2013: uma nova política externa. Tubarão: Ed. Copiart; 2014.
 29. Pinheiro L, Lima MRS. Between Autonomy and Dependency: The Place of Agency in Brazilian Foreign Policy. *Braz. Polit. Science Review.* 2018 [accessed on 2020 Nov 26]; 12(3):e0003. Available at: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-3821201800030003>.
 30. Rubarth EO. A diplomacia e as questões sociais: o caso da saúde. Brasília, DF: Instituto Rio Branco; Fundação Alexandre de Gusmão; Centro de Altos Estudos Estratégicos; 1999. [accessed on 2022 Mar 2]. Available at: <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/al000203.pdf>.
 31. Mota RS. O combate à fome e à pobreza na política externa brasileira (2003-2010): do discurso à prática e a prática do discurso. [dissertation]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2015. [accessed on 2021 Sept 26]. Available at: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/17903/1/2015_RodrigodosSantosMota.pdf.
 32. Paim J, Travassos C, Almeida C, et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet.* 2011 [accessed on 2021 Sept 26]; 377(9779):1778-1797. Available at: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8).
 33. Souza LEPP, Paim J, Teixeira CF, et al. Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva.* 2019 [accessed on 2021 Sept 26]; 24(8):2783-2792. Available at: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.3446>.
 34. Parker RG. Civil Society, Political Mobilization, and the Impact of HIV Scaleup on Health Systems in Brazil. *J. Acquir Immune Defic Syndr.* 2009 [accessed on 2021 Sept 26]; 52(suppl1):S49-S51. Available at: <https://doi.org/10.1097/QAI.0b013e3181bbcb56.2009>.
 35. Parker RG. Grassroots Activism, Civil Society Mobilization, and the Politics of the Global HIV/AIDS Epidemic. *Brown J. World Affairs.* 2011; xvii(ii):21-37.
 36. Parker RG. Entrevista-Estigmas do HIV/aids: novas identidades e tratamentos em permanentes sistemas de exclusão. *Reciis.* 2019 [accessed on 2021 Sept 26]; 13(3):618-33. Available at: <http://dx.doi.org/10.29397/reciis.v13i3.1922>.
 37. Parker RG. Brazil and the AIDS Crisis. 2020. [accessed on 2021 Sept 26]. Available at: <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780199366439.013.865>.
 38. Barros SG, Vieira-De-Souza L. The genesis of the AIDS policy and AIDS Space in Brazil (1981-1989). *Rev. Saúde Pública.* 2016 [accessed on 2021 Sept 26]; 50(43):1-12. Available at: <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050005801>.
 39. Vigevani T, Cepaluni GA. Política Externa de Lula da Silva: A Estratégia da Autonomia pela Diversificação. *Rev. Cont. Intern.* 2007 [accessed on 2021 Mar 2]; 29(2):273-335. Available at: http://contextointernacional.iri.puc-rio.br/media/Vigevani_vol29n2.pdf.
 40. Barboza TMT, Pinheiro L, Pires-Alves F. O diálogo entre saúde e política externa brasileira nos governos de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) e Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010). *Rev. Carta Inter.* 2017; 12(3):175-198.
 41. Saraiva MG. Continuidade e mudança na política externa brasileira. As especificidades do comportamento externo brasileiro de 2003 a 2010. *Relações Inter.* 2013 [accessed on 2020 Sept 20]; (37):63-78. Available at: https://ipri.unl.pt/images/publicacoes/revista_ri/pdf/ri37/n37a06.pdf.

42. Fagnani E. A política social do governo Lula (2003-2010): perspectiva histórica. *SER Social*. 2011 [accessed on 2012 Apr 3]; 13(28):41-80. Available at: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12682.
43. Boito A, Berringer T. Social classes, neodevelopmentalism, and Brazilian foreign policy under presidents Lula and Dilma. *Latin Amer. Perspec*. 2014; 41(5):94-109.
44. Pochman M. Políticas sociais e padrão de mudanças no Brasil durante o governo Lula. *Ser Soc*. 2011 [accessed on 2012 Apr 3]; 13(28):12-40. Available at: https://doi.org/10.26512/ser_social.v13i28.12681.
45. Kerstenetzky CL. Políticas Sociais: focalização ou universalização? *Rev Econ. Polít*. 2006 [accessed on 2008 Aug 15]; 26(4):564-574. Available at: <https://www.scielo.br/j/rep/a/4qDF8Yvm33v8bMPLHrbBK7P/?format=pdf&lang=pt>.
46. Silva ALR. Geometria variável e parcerias estratégicas: a diplomacia multidimensional do governo Lula (2003-2010). *Contexto Int*. 2015 [accessed on 2012 Apr 3]; 37(1):143-184. Available at: <https://doi.org/10.1590/S0102-8529201500010000>.
47. Garcia AS, Kato KYM. A história da caça ou do caçador? Reflexões sobre a inserção do Brasil na África. *Tensões Mundiais*. 2014 [accessed on 2016 Mar 7]; 10(18):145-171. Available at: <https://revistas.uece.br/index.php/tensoesmundiais/article/download/476/373/1517>.
48. Milani C. Brazil's South-South Co-operation Strategies: From Foreign Policy to Public Policy. Occasional Paper 179, Global Powers and Africa Programme. Johannesburg, South Africa: South African Institute of International Affairs; 2014.
49. Draibe S. A política social no período FHC e o sistema de proteção social. *Tempo Soc*. 2003 [accessed on 2020 Jul 6]; 15(2):64-101. Available at: <https://doi.org/10.1590/S0103-20702003000200004>.
50. Marques RM, Ximenes CB, Ugino CK. Governos Lula e Dilma em matéria de seguridade social e acesso à educação superior. *Rev. de Econ. Pol*. 2018 [accessed on 2020 Sept 15]; 38(3-152):526-547. Available at: <http://dx.doi.org/10.1590/0101-35172018-2784>.
51. Skocpol T. Targeting within Universalism: politically viable policies to combat poverty in the United States. In: Jencks CP, Paul E, editors. *The urban underclass*. Washington, DC: The Brookings Institution; 1991. p. 411-36.
52. Almeida C. Parcerias público-privadas (PPP) no setor saúde: processos globais e dinâmicas nacionais. *Cad. Saúde Pública*. 2017 [accessed on 2020 Feb 2]; 33(supl2):e00197316. Available at: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00197316>.
53. Amorim C. *Acting Globally, Memoirs of Brazil's Assertive Foreign Policy*. New York: Rowman & Littlefield; 2017.
54. Oliveira MF. Multilateralismo, Democracia e Política Externa no Brasil: Contenciosos das Patentes e do Algodão na Organização Mundial do Comércio (OMC). *Context. Inter*. 2007; 29(1):7-38.
55. Lena L. Os 10 anos da licença compulsória do Efavirenz: caminhos para garantir acesso aos medicamentos. Rio de Janeiro: ABIA; 2019. [accessed on 2023 Jan 29]. Available at: https://deolhonaspentes.org/wp-content/uploads/2019/10/Os_10_anos_do_Licenciamento-pdf.
56. Almeida C, Braveman P, Gold MR, et al. Methodological concerns and recommendations on policy consequences of the World Health Report 2000. *The Lancet*. 2001 [accessed on 2023 Jan 29]; 357(9269):1692-7. Available at: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)04825-x](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)04825-x).
57. Ugá A, Almeida C, Szwarcwald C, et al. Consideraciones Sobre el Informe de la OMS – 2000. *Rev. de Salud Publ*. 2001; 1(3):1-12.
58. Oliveira MA, Bermudez JZ, Chaves GC, et al. Has the implementation of the TRIPS Agreement in Latin America and the Caribbean produced in intellectual property legislation that favours public health?

- Bulletin WHO. 2004; 82(11):815-821.
59. Flynn M. Brazilian pharmaceutical diplomacy: social democratic principles versus soft power interests. *Inter. J. Health Serv.* 2013 [accessed on 2023 Jan 29]; 43(1):67-89. Available at: <http://dx.doi.org/10.2190/HS.43.1.f>.
 60. Santos Lima TGF. *Cooperação internacional do Brasil em HIV/Aids: institucionalização e especificidades nos contextos nacional e internacional.* [thesis]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2017. [accessed on 2022 Mar 2]. Available at: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/31151>.
 61. Puente CAIA. *Cooperação técnica horizontal brasileira como instrumento da política externa: a evolução da cooperação técnica com países em desenvolvimento – CTPD – no período 1995-2005.* Brasília, DF: FUNAG; 2010. [accessed on 2022 Mar 2]. Available at: http://funag.gov.br/loja/download/715-Cooperacao_Tecnica_Horizontal_Brasileira_como_Instrumento_da_Politica_Externa_A.pdf.
 62. Cervo AL. *Socializando o desenvolvimento: uma história da Cooperação Técnica Internacional do Brasil.* RBPI – Rev. Bras. Pol. Int. 1994 [accessed on 2022 Mar 2]; (1):37-63. Available at: https://www.academia.edu/4778231/Socializando_o_desenvolvimento_uma_historia_da_cooperacao_tecnica_internacional_do_Brasil.
 63. Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids. XII International – AIDS Conference – South Africa, 2000, 9-14 July. [accessed on 2020 Aug 20]. Available at: http://abiaids.org.br/_img/media/boletim45.pdf.
 64. Berkman A, Garcia J, Muñoz-Labov, et al. A Critical Analysis of the Brazilian Response to HIV/AIDS: Lessons Learned for Controlling and Mitigating the Epidemic in Developing Countries. *American J. of Public Health.* 2005 [accessed on 2020 Aug 20]; 95(7):1162-1172. Available at: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2004.054593>.
 65. Chaves GC. Interfaces entre a produção local e o acesso a medicamentos no contexto do Acordo TRIPS da Organização Mundial do Comércio. [thesis]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2016. [accessed on 2022 Mar 2]. Available at: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/20934>.
 66. Marques RM. *Permanência e ruptura na proteção social brasileira no período recente.* Argumentum. 2019 [accessed on 2022 Mar 2]; 11(1):130-145. Available at: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/23131>.
 67. Singer A. *Raízes sociais e ideológicas do lulismo.* Novos Estudos Cebrap. 2009 [accessed on 2010 Oct 30]; (85). Available at: <https://doi.org/10.1590/S0101-33002009000300004>.
 68. Marques RM, Mendes A. O Social no Governo Lula: a construção de um novo populismo em tempos de aplicação de uma agenda neoliberal. *Rev Econ. Polít.* 2006 [accessed on 2020 Oct 9]; 26(1-101):58-74. Available at: <https://www.scielo.br/j/rep/a/f4cK8XCb9sK7b5RjPLQ6zdy/?format=pdf&lang=pt>.
 69. Economic Commission for Latin America and Caribbean-ECLAC. *Social Panorama of Latin America 2009.* 2010. [accessed on 2018 Jul 6]. Available at: <https://www.cepal.org/en/publications/1249-social-panorama-latin-america-2009>.
 70. Afonso JRR. *Descentralização fiscal, políticas sociais, e transferência de renda no Brasil.* Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social-ILPES-Cepal/GTZ. 2007. [accessed on 2021 Aug 27]. Available at: <https://www.cepal.org/pt-br/publicaciones/7319-descentralizacao-fiscal-politicas-sociais-transferencia-renda-brasil>.
 71. Couto CG. *Hacia el centro: el PT y el gobierno de Lula en Brasil.* Rev Temas debates. 2010; 14(20):125-139.
 72. Pereira JMM. *O Banco Mundial e a construção político-intelectual do combate à pobreza.* Topoi (Rio J.). 2010 [accessed on 2021 Aug 27]; 11(21):260-282. Available at: <https://doi.org/10.1590/2237-101X011021014>.

73. Pereira JM.M. O Banco Mundial como ator político, intelectual e financeiro (1944-2008). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2010.
74. Almeida C. O Banco Mundial e as reformas contemporâneas do setor saúde. In: Pereira JMM, Pronko M, organizers. A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013). Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz; 2015. p. 183-232. [accessed on 2020 Feb 2]. Available at: <http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&Tipo=8&Num=240>.
75. United Nations. Meetings Coverage and Press Release. Transcript of joint press conference by secretary-general and presidents of France, Brazil and Chile at Palais des Nations, Geneva, 30 January, 2004. Geneva: UN. [accessed on 2021 Jan 25]. Available at: <https://press.un.org/en/2004/sgsm9142.doc.htm>.
76. Centro Colaborador em Vigilância Sanitária-CECO-VISA. Unitaid: uma junção de esforços para controlar o HIV/Aids, a Tuberculose e a Malária – Entrevistando Jorge Bermudez. 2012. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. [accessed on 2021 Jan 25]. Available at: <http://www6.ensp.fiocruz.br/visa/?q=node/2084>.
77. Fazal TM. Health Diplomacy in Pandemical Times. International Organization. 2020 [accessed on 2021 Jan 25]; 74(supl):E78-E97. Available at: <https://doi.org/10.1017/S0020818320000326>.
78. Pêgo RA, Almeida C. Teoría y práctica de las reformas en los sistemas de salud: los casos de Brasil y México. Cad. Saúde Pública. 2002 [accessed on 2021 Jan 25]; 18(4):971-989. Available at: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000400006>.
79. Loyola MA. O lugar das ciências sociais na saúde coletiva. Saúde Soc. 2012 [accessed on 2013 Jul 5]; 21(1). Available at: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000100002>.
80. Buss P, Ferreira JR. Diplomacia da saúde e cooperação Sul-Sul: as experiências da Unasul saúde e o Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP). RECISS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. 2010 [accessed on 2012 Mar 2]; 4(1):106-118. Available at: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/712>.
81. Carillo-Roa AC, Santana JP. Regional integration and South-South cooperation in health in Latin America and the Caribbean. Rev. Panam. Salud Publica. 2012 [accessed on 2013 May 18]; 32(5):368-375. Available at: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2012.v32n5/368-375>.
82. Andrade SZD. Análise Histórica do Processo de Criação e Desenvolvimento da Rede de Institutos Nacionais de Câncer–RINC, da UNASUL/Saúde. [dissertation]. Rio de Janeiro: Ensp, Fiocruz; 2014. [accessed on 2021 Jan 25]. Available at: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/14411/ve_Soraya_Zacarias_ENSP_2014?sequence=1&isAllowed=y.
83. Almeida C. Global Health Diplomacy: A Theoretical and Analytical Review. Oxford Research Encyclopedia, Public Health Policy and Governance. Oxford: Oxford University Press; 2020. [accessed on 2021 Jan 25]. Available at: <https://doi.org/10.1093/afrofore/9780190632366.013.25>.
84. Porte LH, Machado CV, Turci SRB, et al. Tobacco Control Policies in Brazil: a 30-year assessment. Ciênc. saúde coletiva. 2018 [accessed on 2021 Jan 25]; 23(6):1837-1848. Available at: <https://10.1590/1413-81232018236.05202018>.
85. Araujo Neto LA, Teixeira LA, Turci SRB, et al., organizers. Luta contra o Tabaco no Brasil – 40 anos de história. Rio de Janeiro: Outras Letras; 2022.

Received on 09/09/2022

Approved on 02/09/2023

Conflict of interests: non-existent

Financial support: The project 'Global Health Diplomacy: An explanatory multi-case study of the integration of health into foreign policy - Canada, Brazil, Mexico and Chile', was supported by the Canadian Institutes of Health Research [grant number 136927]; and the Brazilian Case Study was also supported by the National School of Public Health (ENSP), Oswaldo Cruz Foundation, Rio de Janeiro, Brazil (ENSP, Call for Research 2016/2018)

Análise da implantação do Componente Hospitalar na Rede de Atenção às Urgências e Emergências

Analysis of the implementation of the Hospital Component in the Emergency Care Network

Marilei Elisangela Radel¹, Helena Eri Shimizu¹

DOI: 10.1590/0103-1104202313602

RESUMO Objetivou-se descrever a implantação dos serviços do Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e avaliar a efetividade das Linhas de Cuidado prioritárias nos estabelecimentos habilitados como Portas de Entrada, nas regiões/Unidade da Federação do Brasil, entre 2011 e 2019. Estudo descritivo e analítico, cujos dados foram obtidos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e do Ministério da Saúde, para avaliar diferenças significativas, antes e depois, da implantação das Linhas de Cuidado prioritárias por meio do teste de Wilcoxon. Constatou-se que a região Sudeste foi a que mais evoluiu, inclusive na implantação de pontos de atenção mais densos tecnologicamente, seguida das regiões: Nordeste, Sul, Norte e Centro-Oeste. A região Sul se destacou na implantação das Linhas de Cuidado prioritárias; além de ter abarcado maior número de implantações dessa Linha, também foi a que melhor evidenciou o crescimento no número de atendimentos e a diminuição no Tempo Médio de Permanência. Verificou-se que a Linha de Cuidado do Trauma foi a que apresentou maior efetividade ao se verificar o número de atendimentos com o crescimento populacional. Concluiu-se que o Componente Hospitalar da RUE teve considerável avanço, contudo, as desigualdades regionais são ainda expressivas.

PALAVRAS-CHAVE Atenção à saúde. Serviço hospitalar de emergência. Emergências. Cuidados críticos.

ABSTRACT *This study aims to describe the implementation of the Hospital Component of the Urgent and Emergency Care Network (RUE), and to evaluate the delivery of priority Lines of Care in places that serve as gateways in Brazilian regions, between 2011 and 2019. This is a descriptive and analytical study, using data from the National Registration System of Health Institutions (CNES) of the Ministry of Health. To assess significant differences before and after the implementation of Priority Lines of Care, the Wilcoxon test was used. It was found that the Southeast region had the largest increase, including the implementation of technologically denser care points, followed by the Northeast, South, North, and Midwest regions. The South region stood out for the implementation of Priority Lines of Care. Not only did it implement the most of these lines, but it also increased the number of visits and decreased the average length of stay. The Trauma Line of Care was found to be the most effective, when verifying the number of visits with population growth. It was concluded that the Hospital Component of the RUE has made considerable advance, but regional inequalities are still significant.*

KEYWORDS *Delivery of health care. Emergency service, hospital. Emergencies. Critical care.*

¹ Universidade de Brasília
(UnB) – Brasília (DF),
Brasil.
radelmatos@gmail.com



Introdução

A criação e a execução de políticas públicas que impulsionem a busca pela efetivação de princípios básicos, a exemplo da integralidade, são entendidas como um dispositivo importante para o alcance da qualidade nos serviços de saúde¹.

É fato que ainda existem desigualdades de distribuição do Componente Hospitalar nas diferentes regiões, inclusive de cunho tecnológico, o que dificulta o acesso da população aos serviços de saúde^{2,3}.

Nas ocorrências de urgência e emergência, essa necessidade ganha ainda mais destaque, pois as situações ali envolvidas dependem de resposta ágil e oportuna. Além disso, as rupturas na falta da integralidade da atenção se tornam mais visíveis, tendo em vista o risco de vida iminente⁴.

Operar de forma episódica e reativa prejudica sobremaneira o funcionamento do Sistema. Nessa perspectiva, a implantação das redes é percebida como importante instrumento de efetivação de garantia essencial do indivíduo: a do direito à saúde^{1,4}.

A necessidade superação de um sistema de saúde fragmentado, com enfoque nas ações curativas e não preventivas, fez com que o Ministério da Saúde, em 2010, instituisse a Rede de Atenção à Saúde (RAS), compreendida como uma malha que integra os diversos pontos de atenção em determinado território, organizados de maneira que esses pontos, mesmo que de diferentes níveis e densidades tecnológicas, estejam articulados e apropriados para o atendimento ao usuário^{5,6}.

A RAS foi subdividida em Redes Temáticas, que foram sendo construídas e efetivadas, ao longo dos anos, para responder a condições específicas de saúde. Essas Redes trabalham em um ciclo completo, que implica, também, a integralidade da atenção (incluindo sua continuidade), nos diversos níveis (primário, secundário e terciário)^{5,6}.

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) é uma dessas Redes

Temáticas. Instituída pela Portaria GM/MS nº 1.600, de 7 de julho de 2011⁷, posteriormente inserida nas Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e nº 6, ambas de 28 de setembro de 2017^{8,9}, foi organizada por componentes, entre eles, o Componente Hospitalar, que foi regulamentado pela Portaria GM/MS nº 2.395, de 11 de outubro de 2011¹⁰.

Ainda de acordo com a Portaria GM/MS nº 2.395/2011¹⁰ (igualmente inserida nas Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e nº 6, ambas de 28 de setembro de 2017)^{8,9}, o Componente Hospitalar da RUE é um serviço qualificado, organizado por meio da ampliação de serviço prestado pelas Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, das enfermarias clínicas de retaguarda, dos leitos de cuidados prolongados, das Linhas de Cuidado (LC) prioritárias e dos leitos de terapia intensiva, com o objetivo de prover o cuidado integral e qualificado aos pacientes em situação de urgência e emergência; e traz como diretrizes^{10,11}: universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências; humanização da atenção, centrado no cuidado integral do usuário; atendimento priorizado, mediante a Classificação de Risco segundo grau de sofrimento, urgência e gravidade do caso; regionalização do atendimento às urgências, com articulação dos diversos pontos de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde; e atenção multiprofissional, instituída por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseada em gestão de LC^{10,11}.

Essas diretrizes têm por finalidade qualificar o atendimento à demanda espontânea ou referenciada de outros pontos de atenção de menor complexidade, garantindo retaguarda no acolhimento de média a alta complexidade, ofertando procedimentos diagnósticos, leitos clínicos de retaguarda, leitos de cuidados prolongados e leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), reforçando a garantia do cuidado hospitalar nas linhas prioritárias: traumatologia, cardiovascular e cerebrovascular¹⁰. Esses pontos de atenção, estruturados, orientados e articulados, permitiriam a integralidade no atendimento. Contudo, mesmo com a ênfase

dada ao princípio da regionalização desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), ainda existem desigualdades de distribuição desses pontos de atenção¹¹.

Assim, conhecer o estado da arte de uma política é essencial para se analisar a evolução de sua implantação. Um estudo que demonstre onde se encontram os menores e maiores quantitativos e os que detêm maior ou menor capacidade tecnológica, bem como do funcionamento das LC prioritárias, pode servir como base para a tomada de decisão dos gestores para adequações/adaptações e redesenhos dessa Rede.

Até o momento, os estudos que se tem conhecimento acerca do Componente Hospitalar da RUE não tratam do panorama evolutivo em âmbito nacional. Vislumbra-se que tal escassez se deve ao fato de ser uma política relativamente nova, cujas regulamentações acerca dos pontos de atenção que a compõem foram sendo construídos, posteriormente, de forma individualizada¹².

Diante desse contexto, este estudo objetiva descrever a implantação dos serviços do Componente Hospitalar da RUE e avaliar a efetividade das LC prioritárias nos estabelecimentos habilitados como Portas de Entrada, nas regiões/Unidades da Federação (UF) do Brasil, 2011 a 2019.

Para tanto, tem-se as seguintes definições para os pontos de atenção que integram o Componente Hospitalar da RUE:

Portas de Entrada Hospitalares

É o agrupamento de serviços instalados em uma unidade hospitalar para prestar atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas, obstétricas e de saúde mental¹⁰.

Leitos de retaguarda

Uma das estratégias para a melhoria da atenção hospitalar é a ampliação e a qualificação dos leitos¹⁰. Os leitos de retaguarda podem ser

criados ou qualificados em hospitais estratégicos ou em hospitais de menor porte, porém, precisam dar suporte aos prontos-socorros e às unidades de pronto atendimento, sendo exclusivos para retaguarda às urgências, e estar disponíveis nas Centrais de Regulação.

Linhas de Cuidados prioritárias

As LC são uma forma de articulação dos recursos e as práticas de produção de saúde entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde, com o intuito de uma condução ágil, oportuna e singular aos diagnósticos e terapias, respondendo às necessidades epidemiológicas de maior relevância. No Componente Hospitalar da RUE, foi definido que as LC prioritárias são as relacionadas com o cuidado cardiovascular, cerebrovascular e com o trauma¹¹.

Unidades de Internação em Cuidados Prolongados e Hospitais Especializados em Cuidados Prolongados

As Unidades de Internação em Cuidados Prolongados (UCP) e os Hospitais de Cuidados Prolongados (HCP) são unidades intermediárias entre os cuidados hospitalares de caráter agudo e crônico reagudizado e a atenção básica. Os cuidados prolongados incluem, ainda, a atenção domiciliar necessária antes do retorno do usuário ao domicílio¹¹.

Atenção ao paciente crítico: Unidades de Terapia Intensiva

As UTI são ambientes permeados por tecnologia de ponta, com situações iminentes de emergência e necessidade constante de agilidade e habilidade no atendimento. São locais destinados à prestação de assistência especializada a pacientes em estado crítico. Para os pacientes aí internados, há necessidade de controle rigoroso dos seus parâmetros vitais e assistência de enfermagem contínua e intensiva¹³.

Material e métodos

Estudo descritivo e analítico da implantação do Componente Hospitalar da RUE, baseando-se nas habilitações definidas entre os seus respectivos gestores estaduais e municipais, aprovados no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), e publicadas pelo Ministério da Saúde, no período compreendido entre 2011 e 2019. Este período é justificado pela data de início da implantação do Componente Hospitalar (com a publicação da Portaria nº 2.395/2011) e o ano imediatamente anterior à instituição da atual situação de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPIIN), que fez com que o sistema trabalhasse, em 2020 e 2021, de forma mais direcionada à resolução dos problemas relacionados com a Covid-19.

Os dados foram extraídos de planilhas de controle (em arquivos Excel®) elaboradas pela Coordenação-Geral de Urgência (CGURG) do Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência, da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, do Ministério da Saúde – cujo acesso foi solicitado via Lei de Acesso à Informação (LAI), demanda 40343237, NUP/SEI nº 25072.00899/2021-61 – e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Para análise da efetividade da implantação das LC, foi esperado que o número de atendimentos aumentasse após a implantação da Linha, visto que, a partir daquele momento, além de receber as demandas espontâneas, esses serviços passam agora a receber as referenciadas pela Central de Regulação, conforme sinalizado no próprio ‘Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)’¹¹ e que o Tempo Médio de Permanência (TMP) diminuiu, visto que é um indicador da qualidade hospitalar, medindo a eficiência e a efetividade da assistência com boas práticas clínicas, resultando em um fluxo maior de pacientes, otimização da capacidade instalada e melhora no atendimento ao usuário¹¹.

Foram extraídos, das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), dados do TMP de internação e da soma do número de pacientes atendidos/internados nos estabelecimentos de saúde que implantaram as LC prioritárias. Esses dados foram analisados considerando população residente (estimativa populacional, segmentada por sexo e faixa etária) dos municípios onde esses estabelecimentos estão sediados.

As variáveis – número de atendimentos e TMP – e a delimitação da faixa etária (0-19, 20-39, 40-59 e 60 ou mais) foram consideradas baseando-se nas diretrizes do ‘Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)’, na Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)¹⁴, que dispõe sobre critérios de utilização de leitos de UTI, com ajuste para 19 anos, em função da delimitação feita pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, que estima o crescimento populacional fragmentando-o em idades de cinco em cinco anos, e no Estatuto do Idoso¹⁵.

Os dados foram analisados por LC (Acidente Vascular Cerebral – AVC, Infarto Agudo do Miocárdio – IAM e Trauma), e região, ano a ano, subdivididos em análise descritiva e de associação. As análises dos dados foram realizadas no programa IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 23, 2015. O nível de significância utilizado em todo estudo foi de 5%, com testes bicaudais.

Para avaliar os dados do total de atendimentos/produção (número de AIH) e número do TMP, foram calculadas as médias de dois anos imediatamente anteriores e dois anos imediatamente posteriores ao ano de implantação. Quando não houve a possibilidade de estabelecer uma média (quando, dentro do período estudado, havia dados de somente um ano imediatamente anterior e imediatamente posterior a implantação da LC) apenas esses dados foram considerados no cálculo. O ano da implantação da LC também não foi considerado.

Os dados por população foram calculados dividindo a produção pela população do município e multiplicando por mil, ou seja, o valor por população retira o viés do crescimento populacional, por meio da avaliação da taxa de produção (número de AIH) por mil habitantes¹⁶.

Inicialmente, as variáveis quantitativas foram testadas em relação à normalidade da distribuição de dados, sendo que, para todas as variáveis quantitativas, houve rejeição da hipótese nula de normalidade dos dados (teste Kolmogorov-Smirnov)¹⁷. Portanto, foram utilizados testes não paramétricos para avaliar diferenças significativas antes e depois da implantação das LC prioritárias por meio do teste de Wilcoxon¹⁸ de amostras relacionadas. As variáveis serão apresentadas por meio das medidas descritivas média, mediana, desvio-padrão, mínimo, máximo e amplitude interquartil.

Resultados

Constatou-se que a implantação do Componente Hospitalar nas UF totalizou, no período de 2011 a 2019, 21.388 pontos, distribuídos da seguinte forma: Minas Gerais, 3.269; São Paulo, 2.679; Pernambuco, 1.898; Paraná, 1.736; Rio de Janeiro, 1.409; Santa Catarina, 1.266;

Rio Grande do Sul, 1.263; Ceará, 978; Bahia, 881; Pará, 783; Goiás, 649; Espírito Santo, 587; Mato Grosso do Sul, 572; Alagoas, 454; Mato Grosso, 396; Roraima, 356; Maranhão, 316; Paraíba, 301; Rio Grande do Norte, 283; Piauí, 273; Amazonas, 231; Sergipe, 219; Amapá, 190; Distrito Federal, 135; Roraima, 127; Tocantins, 105; e Acre, 31.

Na *tabela 1*, pode-se verificar a evolução quantitativa das Portas de Entrada Hospitalares. Observa-se que os estados da região Sudeste tiveram maior crescimento se somados os números de Hospitais Especializados (HE) Tipo I, HE Tipo II e Hospitais Gerais (HG), com destaque para São Paulo, seguidos da região Nordeste, sendo o Ceará o estado com maior número de habilitações. No quantitativo geral, a região Nordeste foi a que mais habilitou HG no período estudado. Na região Sul, que ocupa a terceira posição em termos quantitativos, foi identificado que todos os estados habilitaram mais HE Tipo II do que Tipo I e HG. Na quarta posição, encontra-se a região Norte, com destaque para a grande parte dos pontos implantados serem HG. Maiores quantidades de pontos foram implantadas nos estados do Pará e do Amazonas. Por último, está a região Centro-Oeste, na qual se destacaram os estados de Mato Grosso do Sul e Goiás.

Tabela 1. Número de habilitações de Portas de Entrada Hospitalares, segundo o tipo, por região e por UF, no período 2011-2019

UF/REGIÃO/TIPO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
SP Hosp. Esp. Tipo I		2	7	3		3		2	
Hosp. Esp. Tipo II	2	7	3	10		3		4	
Hospital Geral				3		3		3	
MG Hosp. Esp. Tipo I	2			3					
Hosp. Esp. Tipo II	4				1	5			1
Hospital Geral					4	5			2
RJ Hosp. Esp. Tipo I			2			2			
Hosp. Esp. Tipo II		1			3	2		1	
Hospital Geral			5		2	3	2	1	
ES Hosp. Esp. Tipo I			1	1					
Hosp. Esp. Tipo II		4							
Hospital Geral					8		1		
Subtotal Sudeste	8	14	18	20	18	26	3	11	3

UF/REGIÃO/TIPO		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
CE	Hosp. Esp. Tipo I		1	1			6			1
	Hosp. Esp. Tipo II	2	1	1			1			
	Hospital Geral			1			6			
MA	Hosp. Esp. Tipo I			1						
	Hospital Geral		3	4	1		7			
PE	Hosp. Esp. Tipo I		2							
	Hosp. Esp. Tipo II		6		2					
	Hospital Geral			1			1			
BA	Hosp. Esp. Tipo I				3					
	Hosp. Esp. Tipo II	1	3		1					
	Hospital Geral		1		1					
SE	Hosp. Esp. Tipo I	1			1					
	Hosp. Esp. Tipo II	1								
	Hospital Geral				6					
AL	Hosp. Esp. Tipo I		2							
	Hospital Geral		1		1				3	
PB	Hosp. Esp. Tipo II			2						
	Hospital Geral				3				1	
PI	Hospital Geral		2			2	1			
RN	Hosp. Esp. Tipo II		1							
	Hospital Geral		3							
Subtotal Nordeste		5	26	11	19	2	22		4	1
SC	Hosp. Esp. Tipo I		2	3				1		
	Hosp. Esp. Tipo II		6	10			1	1		
	Hospital Geral						5		2	
PR	Hosp. Esp. Tipo I		1				2	1		
	Hosp. Esp. Tipo II		5	5			1	4		
	Hospital Geral		3	2			1	2		
RS	Hosp. Esp. Tipo I		3		1					2
	Hosp. Esp. Tipo II		5		3					3
	Hospital Geral				8					2
Subtotal Sul			25	20	12		10	9	2	7
PA	Hosp. Esp. Tipo I		2							
	Hosp. Esp. Tipo II		1							
	Hospital Geral		7							
AM	Hosp. Esp. Tipo I		1							
	Hospital Geral		1		6					
TO	Hosp. Esp. Tipo I				1	1				
	Hosp. Esp. Tipo II			1						
	Hospital Geral			1	3					
RO	Hosp. Esp. Tipo II		1							
	Hospital Geral		2		1					1
RR	Hosp. Esp. Tipo I		1							
	Hosp. Esp. Tipo II		1							
AP	Hospital Geral		2							
AC	Hospital Geral			2						
Subtotal Norte			19	4	11	1				1

UF/REGIÃO/TIPO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
MS Hosp. Esp. Tipo I			1						
Hosp. Esp. Tipo II		3	1						
Hospital Geral			7						
GO Hosp. Esp. Tipo I		1	1		1				
Hosp. Esp. Tipo II	1								
Hospital Geral				3	2		1		1
DF Hosp. Esp. Tipo I						3			
Hosp. Esp. Tipo II	1								
Hospital Geral					3				
MT Hosp. Esp. Tipo I		1							
Hosp. Esp. Tipo II		1							
Hospital Geral		2							
Subtotal Centro-Oeste	2	8	10	3	6	3	1		1
Total Geral	15	92	63	65	27	61	13	17	13

Fonte: elaboração própria.

Para os leitos de Enfermaria Clínica de Retaguarda (tabela 2), assim como as Portas de Entrada, o maior número de habilitações também aconteceu na região Sudeste, sendo Minas Gerais o estado de destaque, com 1.737 habilitações de leitos, seguido do Rio de Janeiro, com 931 habilitações. A região Nordeste foi a segunda em termos quantitativos, cujo estado que mais habilitou leitos foi Pernambuco (1.283 habilitações). A região

Sul ficou em terceiro lugar, com 2.071 leitos, seguida pela região Norte, com 1.171 leitos; e, por último, a região Centro-Oeste, com 764 leitos. Apesar de a região Centro-Oeste ser a que menos evoluiu na quantidade de leitos, o estado que menos implantou foi Tocantins, que pertence à região Norte. No Distrito Federal e no Acre, não foram implantados leitos de Enfermaria Clínica de Retaguarda no período estudado.

Tabela 2. Número de habilitações de leitos de Enfermaria Clínica de Retaguarda, segundo o tipo, por região e por UF, no período 2011-2019

UF/REGIÃO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
MG	315	106	351	223	44	150	191	341	16
RJ			830		8	9	44		40
SP		289		515		72			
ES			30	40	259	18			
Subtotal Sudeste	315	395	1.211	778	311	249	235	341	56
PE					15	697	20	245	306
CE					44	606			
BA		462							
AL		176		22		38	20		35
PI		34		14	61	83	18		

UF/REGIÃO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
RN		159		23					
MA			10			145			6
PB						24	40	30	
SE					26				
Subtotal Nordeste		831	10	59	146	1.593	98	275	347
PR		181			44		496	30	
RS				564	53			102	
SC		20		84		291	148	40	18
Subtotal Sul		201		648	97	291	644	172	18
PA		584							
RO		167	29			12			
AP		188							
RR		57			44				
AM				81					
TO			9						
Subtotal Norte		996	38	81	44	12			
MT		267							
MS			257	10					
GO					230				
Subtotal Centro-Oeste		267	257	10	230				
Total Geral	315	2.690	1.516	1.576	828	2.145	977	788	421

Fonte: elaboração própria.

Constatou-se que, durante o período estudado, houve a habilitação de 8.193 de leitos (tabela 3) de UTI Tipo II e Tipo III (Adulto e Pediátrico), sendo que o maior quantitativo se deu novamente na região Sudeste com 3.306 leitos de UTI, somando-se as tipologias Tipo II e Tipo III. A UF que

mais evoluiu em quantitativos foi São Paulo, seguida por Minas Gerais. Já Roraima foi a UF que menos habilitou leitos integrando a RUE.

São Paulo também se destaca quando da soma do número de leitos de UTI Tipo III, Adulto e Pediátrico, com 451 leitos.

Tabela 3. Número de habilitações de leitos de UTI, segundo o tipo, por região e por UF, no período 2011-2019

REGIÃO/UF/TIPO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
SP UTI Adulto II		92	154	370	5	98		137	27
UTI Adulto III			139	107		62		8	21
UTI Pediátrica II			60	61		11		2	
UTI Pediátrica III			67	31		16			
MG UTI Adulto II		70	72	177	23	298	33	101	75
UTI Adulto III			20						
UTI Pediátrica II			1						3
UTI Pediátrica III			13						

REGIÃO/UF/TIPO		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
RJ	UTI Adulto II			17		48	195		33	112
	UTI Adulto III						18			
	UTI Pediátrica II						16			4
ES	UTI Adulto II			40		140	1		9	9
	UTI Pediátrica II					10				
Subtotal Sudeste			162	583	746	226	715	33	290	251
PE	UTI Adulto II		37	74	18		268			55
	UTI Adulto III		30		38		22			
BA	UTI Adulto II		148	121	46	5				14
	UTI Pediátrica II		29					7		10
CE	UTI Adulto II			18	22		170		4	4
	UTI Pediátrica II			23	11		23			
SE	UTI Adulto II			10	122					
	UTI Pediátrica II				17					
MA	UTI Adulto II		55	54		5	8			
	UTI Pediátrica II			10					7	
AL	UTI Adulto II		52		23	7				
	UTI Adulto III				7					
	UTI Pediátrica II		6						4	
	UTI Pediátrica III				7					
RN	UTI Adulto II		22		56					
	UTI Pediátrica II				12					
PB	UTI Adulto II				25				13	20
	UTI Pediátrica II								11	10
PI	UTI Adulto II		24			8	7			
	UTI Adulto III					5				
	UTI Pediátrica II		6				8			
Subtotal Nordeste			409	310	404	30	506	7	39	113
PR	UTI Adulto II		189	85	3	15	181	130	22	22
	UTI Adulto III		26	80			20	25		
	UTI Pediátrica II		32	2			14	16		
	UTI Pediátrica III		27	12						
SC	UTI Adulto II		42	4	10	5	201	36	7	49
	UTI Adulto III		5			4	8			
	UTI Pediátrica II		5				41			10
	UTI Pediátrica III						2			
RS	UTI Adulto II				92				14	116
	UTI Adulto III				62					
	UTI Pediátrica II				18		4			27
Subtotal Sul			326	183	185	24	471	207	43	224
GO	UTI Adulto II		7	25	33	189	3			69
	UTI Pediátrica II				16	24				8
MS	UTI Adulto II			71						23

REGIÃO/UF/TIPO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
UTI Adulto III		11	57						
UTI Pediátrica II			15						4
UTI Pediátrica III			10						
MT UTI Adulto II		83							
UTI Adulto III		14							
UTI Pediátrica II		22							
DF UTI Adulto II						57			20
UTI Adulto III						16			
UTI Pediátrica II						22			
UTI Pediátrica III						2			
Subtotal Centro-Oeste		137	178	49	213	100			124
PA UTI Adulto II		70			5				51
UTI Pediátrica II		35							15
RO UTI Adulto II		33	71	4					4
UTI Pediátrica II		6	9						
AM UTI Adulto II		5		69					
UTI Pediátrica II				52					
TO UTI Adulto II		18	22	14	15				
UTI Pediátrica II			6	2	1				10
AC UTI Adulto II			14		8				
UTI Pediátrica II			7						
RR UTI Adulto II		4	10					5	
UTI Pediátrica II								5	
Subtotal Norte		171	139	141	29			10	80
Total Geral		1.205	1.393	1.525	522	1.792	247	382	792

Fonte: elaboração própria.

Quanto aos pontos UCP ou HCP, observa-se na *tabela 4* que, apesar do estado do Espírito Santo não ter habilitado nenhuma unidade, mesmo assim, o maior quantitativo de habilitações desses pontos de atenção ocorreu na região Sudeste, com destaque para o estado de

Minas Gerais, que habilitou 265 leitos de UCP e 1 HCP dos 1.172 implantados no período. Já a região que menos habilitou UCP foi a Norte, com somente 15 leitos no estado de Rondônia e nenhum HCP em toda a região.

Tabela 4. Número de habilitações de leitos de pontos de atenção de cuidados prolongados, por região e por UF, no período 2011-2019

UF/REGIÃO	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
MG							
HCP			1				
UCP		65		40	65	45	50
SP							
UCP	20	22		60		86	35

UF/REGIÃO	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
RJ							
HCP			1				
Subtotal Sudeste	20	87	2	100	65	131	85
SC							
UCP		70		15		30	85
RS							151
UCP							151
PR							
UCP				22			
Subtotal Sul		70		37		30	236
PB							
UCP				100			
PE							
UCP							40
AL							
UCP						40	
Subtotal Nordeste				100		40	40
MS							
HCP			1				
UCP	68						20
GO							
UCP						25	
Subtotal Centro-Oeste	68		1			25	20
RO							
UCP		15					
Subtotal Norte		15					
Total Geral	88	172	3	237	65	226	381

Fonte: elaboração própria.

Em relação à implantação das LC prioritárias, o destaque se deu novamente para a região Sudeste, com 136 pontos de atenção, se somados os Centros de Atendimento de Urgência aos Pacientes com AVC, os Centros de Trauma e as Unidades Coronarianas.

A evolução do quantitativo de implantações de AVC foi maior na região Sul (32), seguida pela região Sudeste (24). Os dois estados que mais evoluíram foram, respectivamente, Rio Grande do Sul, com 21 Centros, e São Paulo, com 18. Na região Norte, só houve a habilitação de dois Centros de AVC no estado do Pará.

Já na implantação dos Centros de Trauma, o destaque se deu para a região Centro-Oeste. Dos 27 Centros, 9 ocorreram nessa região, e, destes, 7 no Distrito Federal. Os outros 18 Centros foram implantados em outras 9 UF. A região Nordeste não implantou nenhum Centro de Trauma ao longo do período estudado.

Quando somados os leitos de Unidades Coronarianas implantados, verifica-se que a região Nordeste foi a que mais evoluiu em quantitativo. Dos 302 leitos implantados, 112 foram nessa região, e outros 108 foram na

região Sudeste. Se a avaliação for feita por UF, Minas Gerais se destaca com a habilitação de 45 leitos. O estado que menos habilitou leitos de Unidade Coronariana foi Tocantins (1). Já Acre, Amapá, Ceará, Distrito Federal, Maranhão, Piauí, Rondônia, Roraima, Santa Catarina e Sergipe não habilitaram nenhuma Unidade Coronariana.

Na região Sul, houve aumento significativo da produção (número de AIH) para ambos os sexos e para o sexo masculino e feminino, mesmo considerando os valores por população (*tabela 5*). Ou seja, houve aumento significativo do número de AIH após a implantação da LC, retirando o viés do crescimento populacional. Em contrapartida, houve diminuição significativa do TMP após a implantação da LC nessa região do País.

A produção por faixas etárias também foi avaliada para cada LC (Trauma, AVC e IAM) individualmente. Assim, visualiza-se, conforme *tabela 5*, que, para a LC Trauma, houve aumento significativo da produção (número de AIH) para o sexo masculino (0-19 anos), mesmo considerando os valores por população. Para as mulheres, houve aumento significativo da produção (número de AIH) apenas considerando o crescimento populacional na faixa etária de 20 a 39 anos. Para os idosos (> 60 anos) houve aumento significativo da produção (número de AIH) considerando o valor total, mas, ao avaliar por população (retirando os efeitos do crescimento populacional), esse crescimento de produção já não é mais estatisticamente significativo.

Tabela 5. Análise comparativa (AIH, TMP e População) Linhas de Cuidado (IAM, AVC e Trauma) - Região Sul

Região - Sul	Antes		Depois		p*
	Mediana	AI	Mediana	AI	
Produção (Número de AIH) - Ambos os sexos	10949,00	17360,50	11101,00	16533,00	0,001
Taxa Produção x Habitantes - Ambos os sexos	19,69	30,28	22,15	23,51	0,006
Produção (Número de AIH) - Sexo masculino	5619,50	8139,00	5879,00	9096,50	0,003
Taxa Produção x Habitantes - Sexo masculino	19,23	33,09	25,19	23,56	0,011
Produção (Número de AIH) - Sexo feminino	6042,00	9297,00	6325,00	9769,50	0,001
Taxa Produção x Habitantes - Sexo feminino	20,42	35,22	23,68	35,11	0,003
Tempo Médio de Permanência	5,44	2,61	5,19	2,44	0,031
Idade - Trauma					
Sexo masculino - 0-19 anos	1543,00	1691,88	2055,75	2513,75	0,036
Sexo masculino - 0-19 anos (Taxa: pop. x hab.)	18,12	49,47	20,10	52,76	0,025
Sexo feminino - 0-19 anos	1372,00	2058,50	1564,75	2595,88	0,123
Sexo feminino - 0-19 anos (Taxa: pop. x hab.)	15,25	47,28	14,75	52,79	0,093
Sexo masculino - 20-39 anos	1560,25	2393,88	2104,50	2379,25	0,208
Sexo masculino - 20-39 anos (Taxa: pop. x hab.)	22,87	43,03	26,66	40,27	0,123
Sexo feminino - 20-39 anos	2362,25	3460,75	2980,00	3888,38	0,069
Sexo feminino - 20-39 anos (Taxa: pop. x hab.)	20,00	69,46	20,78	77,61	0,025
Sexo masculino - 40-59 anos	1771,25	3322,00	1953,25	4060,13	0,069
Sexo masculino - 40-59 anos (Taxa: pop. x hab.)	27,34	82,32	31,55	77,15	0,161
Sexo feminino - 40-59 anos	1499,00	3339,13	1570,00	3618,50	0,069
Sexo feminino - 40-59 anos (Taxa: pop. x hab.)	21,21	60,91	23,88	60,71	0,123

Região - Sul	Antes		Depois		p*
	Mediana	AI	Mediana	AI	
Sexo masculino - 60 ou mais	1558,00	3990,88	1608,25	5129,63	0,036
Sexo masculino - 60 ou mais (Taxa: pop. x hab.)	62,28	191,23	65,04	189,75	0,889
Sexo feminino - 60 ou mais	1360,00	3102,25	1494,00	4312,38	0,017
Sexo feminino - 60 ou mais (Taxa: pop. x hab.)	38,81	137,90	46,44	129,72	0,327

Fonte: elaboração própria.

Discussão

Mesmo ocorrendo particularidades temporais nos ciclos de implantação dos pontos de atenção do Componente Hospitalar, os resultados do estudo evidenciaram que, ao longo do período estudado, houve um crescimento importante do número de pontos de atenção do Componente Hospitalar da RUE em todo o País, demonstrando uma clara resposta do efeito indutor das políticas de Urgência e Emergência, especialmente a que instituiu a RUE e a que criou o Componente Hospitalar, que atuaram sinergicamente, sobretudo possibilitando aumento dos recursos financeiros aos estados e municípios para essa finalidade.

Contudo, observou-se que as desigualdades regionais foram mantidas. A região que mais evoluiu na implantação do Componente Hospitalar da RUE foi a Sudeste (7.945 pontos de atenção habilitados), que historicamente apresentou maior avanço nesse aspecto, mas que também convive com um sistema fragmentado⁶, seguida pela região Nordeste, com 5.603 pontos de atenção habilitados. A região Sul habilitou 4.267 pontos de atenção, a Norte, no período estudado, demonstrou mais dificuldade e, mesmo assim, ainda habilitou mais pontos de atenção do que a região Centro-Oeste (Norte, 1.823 pontos de atenção; e Centro-Oeste, 1.753). Esses dados indicam que as regiões Nordeste e Norte têm feito um esforço para melhorar a RAS¹⁹, sobretudo caminhando, ainda que lentamente, em direção a suprimimento de hospitais em regiões remotas, necessários para reduzir as desigualdades no acesso²⁰.

Com relação às Portas de Entrada Hospitalares, a região Sudeste se destacou não só em quantitativo, mas também nas implantações de pontos de atenção de tipologias que são mais densas tecnologicamente⁶, a exemplo dos HE Tipo II.

Como essa tipologia de Porta de Entrada precisa, para sua implantação, ser referência em, no mínimo, dois serviços de alta complexidade (neurocirurgia, traumatologia-ortopedia, cardiologia/cardiovascular) ou ser referência em pediatria, conseqüentemente, a implantação das LC prioritárias também seguiu a mesma direção, sendo a região Sudeste a que mais habilitou pontos de atenção das LC (AVC, IAM e Trauma).

Se somados os pontos de atenção da Tipologia 'III' dessas LC, o destaque se dá, também, para a região Sul. Dos 92 pontos de atenção dessa tipologia habilitados ao longo do período, 71 deles estão localizados nas regiões Sudeste e Sul. Essas instituições de alto volume – ou seja, esses pontos de atenção mais especializados e capacitados – ainda proporcionam, quando da sua implantação, economia de escala, uma maior curva de aprendizagem dos profissionais e uma melhor qualidade do serviço prestado²¹.

Já a região Nordeste, que se destacou quando somados todos os pontos de atenção que integram o Componente Hospitalar, foi a que habilitou o maior número de Portas de Entrada como HG. Do total de habilitações de Portas de Entrada nessa região, mais de 50% são dessa tipologia (do total de 91 Portas habilitadas na região Nordeste, 49 são do tipo HG).

Essa tipologia detém estrutura para atendimentos de média complexidade. Esses serviços visam atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cujo nível de complexidade da prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico²². A instalação dessa tipologia de Porta de Entrada está amplamente condicionada à oferta de serviços, e não à demanda dos usuários^{22,23}, diferentemente dos serviços de alta complexidade, ou seja, os pontos de atenção terciários, que estão mais concentrados espacialmente⁶.

De qualquer forma, mesmo sendo inábeis para a dispensação de terapias adequadas para diversas especialidades²⁴, esses hospitais desempenham um papel importante no alcance dos serviços em rede, visto que, usualmente, são a única opção de internação no município-sede do estabelecimento e são segmento estratégico para a efetivação do acesso à saúde²⁵. Ainda, sob a ótica de redes poliárquicas, não há entre os pontos de atenção primários, secundários ou terciários relação de principalidade ou subordinação. Todos são importantes para o atingimento dos objetivos comuns das RAS⁶.

Não obstante, um grande número de habilitações de leitos de Enfermaria Clínica de Retaguarda também aconteceu nessa região. Esses leitos, que desempenham um papel de retaguarda às Portas de Entrada, precisam ser habilitados em estabelecimentos que possuem um quantitativo acima de 50 leitos, sendo esses estabelecimentos estratégicos ou de menor adensamento tecnológico. Minas Gerais, estado integrante da região Sudeste, que se destacou ao se somar o quantitativo total de implantação do Componente Hospitalar, também foi o estado com maior número de habilitações de leitos de Enfermaria Clínica.

Novamente, com relação aos leitos de UTI, a região Sudeste se destaca na habilitação de leitos de UTI Tipo III que são mais densos tecnologicamente. Não dispar aos pontos anteriores, a região Sul ocupa o segundo lugar, e a região Nordeste, agora, ocupa o quarto lugar,

ficando à frente somente da região Norte, que não habilitou nenhum leito dessa tipologia. A habilitação de leitos de densidades tecnológicas maiores, além de favorecerem o paciente, contribui para a economia de escala, visto que, com equipamentos próprios e equipe mais especializada, ocorre uma diminuição de tempo de permanência no leito e declínio funcional²⁶.

Destarte, considerando que as UCP e os HCP se constituem em unidades intermediárias entre os cuidados hospitalares de urgência/emergência e a atenção básica, e que esse tipo de atendimento está relacionado com a continuidade da atenção aos pacientes, esses resultados foram congruentes aos obtidos quando analisados os dados dos pontos de atenção mais densos tecnologicamente.

Assim, a região Sudeste foi a que mais evoluiu em quantitativo, tendo destaque o estado de Minas Gerais, seguida pela região Sul. Outro fator relevante e importante a ser destacado com relação à importância desse ponto de atenção é que a transferência dos pacientes dos outros pontos de atenção para os HCP e para as UCP aumenta consideravelmente as vagas oferecidas no setor terciário²⁷.

A LC que se destacou durante o período estudado, com um aumento significativo na produção de AIH, foi a do Trauma. As demais (IAM e AVC) tiveram um acréscimo no número de AIH, porém, ao se avaliar o crescimento populacional, não houve um aumento significativo.

Observa-se, também, quando da análise dos dados obtidos, que, com exceção da região Sul, as demais macrorregiões não apresentaram mudança significativa da produção (número de AIH), retirando-se o viés do crescimento populacional, nem do TMP após a implantação da LC.

No entanto, a região Sul, que obteve o maior número de implantações de LC, também se destacou em efetividade. Mesmo retirando o viés do crescimento populacional, houve um aumento significativo no número de AIH no período pós-implantação da LC. O TMP, nessa região, também diminuiu após a implantação da Linha.

Uma das limitações do estudo diz respeito à falta de um modelo lógico e de dados mais organizados para avaliação do Programa; todavia, buscou-se com os dados disponíveis demonstrar o estado da arte após a implantação do Componente Hospitalar da RUE, que tem mostrado avanços²⁸.

Conclusões

Constatou-se que houve crescimento substancial do número de pontos de atenção do Componente Hospitalar da RUE em todo o País, todavia, que está concentrado na região Sudeste, particularmente de pontos de atenção de tipologias com maior densidade tecnológica. A região Sul obteve o maior número de implantações de LC e, também, se destacou em aumento de AIH e menor

TMP. A LC Trauma mostrou aumento na produção das AIH.

A RUE, na sua amplitude, com todos os seus componentes, precisa ser continuamente pensada e adaptada de modo a reduzir as desigualdades regionais persistentes, assim como cumprir as diretrizes preconizadas e o atendimento integral ao usuário do SUS.

Colaboradoras

Radel ME (0000-0001-5561-784X)* e Shimizu HE (0000-0001-5612-5695)* contribuíram para concepção e delineamento do estudo; aquisição, análise e interpretação dos dados do trabalho; revisão crítica de conteúdo intelectual; aprovação final da versão a ser publicada; e concordância em ser responsável por todos os aspectos do trabalho. ■

Referências

1. Shimizu HE. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. *Physis*. 2013 [acesso em 2021 fev 5]; 23(4):1101-22. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/5PvTNwTTfRSXwXrtJFXTwCd/>.
2. Shimizu HE, Carvalho ALB, Bretas Junior N, et al. Regionalização da saúde no Brasil na perspectiva dos gestores municipais: avanços e desafios. *Ciênc. saúde coletiva*. 2021 [acesso em 2021 set 10]; (262):3385-3396. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/PcGfvXTSWTxWWKdMbkNNQmw/?format=pdf>.
3. Viana ALD, Bousquat A, Pereira APCM, et al. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. *Saúde Soc*. 2015 [acesso em 2020 mar 2]; 24(2):413-422. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/5zVsFNHY6HFYBrc9KfPDJzg/?format=pdf>.
4. 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 [acesso em 2021 out 16]; 42(118):579-93. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/VSm7zn7r5nYbPWNzWj9kGdk/>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 31 Dez 2010.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

6. Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde; 2011.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1600/GM/MS, 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. 8 Jul 2011.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Consolida as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 3 Out 2017.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Consolida as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 3 Out 2017.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2395, de 11 de outubro de 2011. Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 13 Out 2011.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde; 2013.
12. Lima LL, D'Ascenzi. Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas. *Rev. Sociol. Polit.* 2013; 21(48)
13. Bolela F, Carvalho Jericó M. Unidades de Terapia Intensiva: considerações da literatura acerca das dificuldades e estratégias para sua humanização. *Esc Anna Nery.* 2006 [acesso em 2020 jul 25]; 10(2):301-308. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/bzWqL4GBZhk74wJn637bbjB/?lang=pt>.
14. Brasil. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Diário Oficial da União. 11 Jan 2010.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso. 3. ed., 2. reimpr. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 70 p.
16. Ramos AL P, Seta MHD. Atenção primária à saúde e Organizações Sociais nas capitais da Região Sudeste do Brasil: 2009 e 2014. *Cad. Saúde Pública.* 2019 [acesso em 2021 jan 30]; 35(4). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00089118>.
17. Berger VW, Zhou Y. Kolmogorov-Smirnov test: Overview. *Wiley Statsref: Statistics Reference Online.* 2014. [acesso em 2021 jan 30]. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/9781118445112.stat06558>.
18. Rey D, Neuhäuser M. Wilcoxon-Signed-Rank Test. Berlin: Springer; Heidelberg; 2011. Disponível em: https://doi.org/10.1007/978-3-642-04898-2_616.
19. Sousa ABL, Garnelo L, Mota PHS, et al. Regional health network in the Amazonian context: the case in Manaus, Entorno and Alto Rio Negro. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2017 [acesso em 2021 mar 30]; (supl1):239-248. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9304201700S100011>.
20. Rechel B, Džakula A, Duran A, et al. Hospitals in rural or remote areas: An exploratory review of policies in 8 high-income countries. *Health Policy.* 2016 [acesso em 2021 ago 18]; 120(7):758-69. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.05.011>.
21. Ramos MC, Barreto JOM, Shimizu HE, et al. Regionalization for health improvement: A systematic review. *PLoS ONE.* 2020 [acesso em 2021 out 2]; 15(12):e0244078. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244078>.
22. Solla J, Chioro A. Atenção Ambulatorial Especializada. In: Giovanella L, Lobato LVC, organizadoras. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro; 2012. p. 1-35.
23. Borsato FG, Carvalho BG. Hospitais gerais: inserção nas redes de atenção à saúde e fatores condicio-

- nantes de sua atuação. *Ciênc. saúde coletiva*. 2021; 26(4):1275-88.
24. Lavras C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. *Saúde Soc*. 2011 [acesso em 2021 out 2]; 20(4):867-874. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/sau-soc/v20n4/05.pdf>.
25. Silva JFM, Carvalho BG, Domingos CM. Health governance and the public-private relationship in small municipalities. *Ciênc. saúde coletiva*. 2018; 23(10):3179-88.
26. Reis GR, Pires A, Rossone DF, et al. A importância da mobilização precoce na redução de custos e na melhoria da qualidade das Unidades de Terapia Intensiva. *Rev Aten Saude*. 2018; 16(56):94-100.
27. Pazin-Filho A, Almeida E, Cirilo LP, et al. Impacto de leitos de longa permanência no desempenho de hospital terciário em emergências. *Rev Saude Publica*. 2015; (49):83.
28. Jorge AO, Coutinho AAP, Fagundes AMS, 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 [acesso em 2021 out 2]; (52):125-45. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-774074>.

Recebido em 14/05/2022

Aprovado em 23/11/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Aceitabilidade ao autoteste de HIV entre adolescentes Homens que fazem Sexo com Homens, travestis e mulheres transexuais em três capitais brasileiras

Acceptability of HIV self-test among adolescent Men who have Sex with Men, travestis and transgender women in Brazil

Érica Dumont-Pena¹, Dulce Aurélia de Souza Ferraz², Marília Greco³, Ana Paula Silva³, Leo Pedrana⁴, Inês Dourado⁴, Dirceu Bartolomeu Greco³, Marcelo Eduardo Castellanos⁴

DOI: 10.1590/0103-1104202313603

RESUMO Introdução: O objetivo deste estudo é analisar a aceitabilidade do autoteste de HIV entre adolescentes Homens que fazem Sexo com Homens e mulheres travestis e transexuais em três capitais brasileiras. Método: estudo qualitativo, com 6 Grupos Focais e 37 Entrevistas em profundidade, envolvendo 58 participantes, nas cidades de Belo Horizonte, Salvador e São Paulo, cuja análise temática de conteúdo orientou-se pelo Theoretical Framework of Acceptability. Resultados: boa aceitabilidade do autoteste de HIV, ainda que não homogênea entre participantes. Entre os aspectos positivos dos testes estão, por exemplo, a agilidade, a privacidade, a autonomia no monitoramento da própria saúde e a gestão emocional e de estigma. Em outra direção tem-se a preocupação em como lidar com um eventual resultado reagente e o questionamento do autoteste como estratégia de prevenção. O local de dispensação do autoteste é decisivo para potencializar ou não o uso, a depender da competência cultural para acolher a diversidade sexual e de identidade de gênero de adolescentes. Conclusão: Este estudo identificou o autoteste de HIV como uma estratégia fundamental para o incremento da autonomia e autocuidado entre adolescentes. Estas devem ser consideradas para maior adequação às culturas juvenis locais e, conseqüentemente, maior adesão à testagem.

PALAVRAS-CHAVE Autoteste. Teste de HIV. Adolescentes. Pessoas transgênero. Minorias sexuais e de gênero.

ABSTRACT *Introduction: The objective of this study is to analyze the acceptability of the HIV self-test among male adolescents who have sex with male and transgender women in three Brazilian capitals. Method: qualitative study, with 6 focus groups and 37 in-depth interviews with 58 participants, from the cities of Belo Horizonte, Salvador and São Paulo, whose thematic analysis was based on the Theoretical Framework of Acceptability. Results: the HIV self-test had good acceptability, although it was not homogeneous among participating adolescents. Positive aspects include, for example, agility, privacy, autonomy, monitoring one's health, and emotional and stigma management. In another direction are concerns about how to deal with an eventual reactive result and whether self-testing is a prevention strategy. The place where self-tests are given out is decisive to improving their use, which depends on cultural competence to accommodate sexual and gender diversities of adolescents. Conclusion: This study has shown that HIV self-testing is a fundamental strategy to increase adolescent autonomy and self-care. These should be considered to better adapt the test to local youth cultures and, consequently, achieve better compliance.*

KEYWORDS *Self-testing. HIV testing. Adolescent. Transgender persons. Sexual and gender minorities.*

¹Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Escola de Enfermagem (EE), Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública (Demisp) - Belo Horizonte (MG), Brasil.
ericadumont@gmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Diretoria Regional de Brasília, Escola Fiocruz de Governo (EFG) - Brasília, Brasil.

³Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Faculdade de Medicina (FM) - Belo Horizonte (MG), Brasil.

⁴Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil.



Introdução

Estima-se que 26% de todas as pessoas vivendo com HIV no mundo desconhecem seu *status* sorológico¹. Com intuito de ampliar o acesso à testagem e início oportuno do tratamento, desde 2016, a Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe o autoteste de HIV (ATHIV) como uma estratégia complementar à testagem realizada por profissionais de saúde, considerando-se diferentes contextos de vulnerabilidade¹. Os custos e poucas ofertas de mercado dificultam sua utilização em larga escala entre países com baixa renda e/ou caracterizados por fortes desigualdades sociais, o que torna a disponibilização gratuita do ATHIV pelo poder público fundamental¹.

No Brasil, o componente ‘Testar e Tratar’ integra a estratégia ‘Prevenção Combinada do HIV e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)’, que propõe a oferta de métodos preventivos como Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP), Profilaxia Pós-Exposição ao HIV (PEP), aconselhamento para redução de risco, uso de preservativos e gel lubrificante, testagem e tratamento². A estratégia prevê a escolha e combinação dos métodos a partir dos interesses e condições específicas de vulnerabilidade das pessoas, com ênfase no acolhimento de populações-chave: gays e outros Homens que fazem Sexo com Homens (HSH); pessoas travestis e transexuais (TrMT); pessoas que usam álcool e outras drogas; pessoas privadas de liberdade e trabalhadoras(es) sexuais².

O ATHIV foi inserido no Sistema Único de Saúde (SUS) a partir de 2018, com ampliação em 2020, como uma estratégia a ser ofertada para populações não alcançadas pelos serviços de saúde³. De acordo com as diretrizes para sua oferta, este tem como vantagens a possibilidade de ampliar o acesso ao *status* sorológico, apresentar uma opção de testagem para pessoas que não desejam testar diante de outras nos serviços de saúde e o favorecimento da autonomia para decidir onde, quando e como a pessoa quer ser testada³.

O ATHIV é uma tecnologia pouco conhecida e utilizada por adolescentes no Brasil⁴. Em que pesem importantes avanços na disponibilização do ATHIV no País, o público adolescente não está plenamente incluído na estratégia que prevê a oferta apenas vinculada à profissionais de saúde⁵. A preocupação com a testagem deste grupo relaciona-se ao aumento das taxas de infecção por HIV entre HSH e TrMT na faixa etária entre 15 e 19 anos, considerada segmento da adolescência, de acordo com critérios OMS⁶. Entre 2009 e 2019, o crescimento dessa infecção entre homens na faixa de 15 a 19 anos, no Brasil, aumentou 64,9%, passando de 1,1 para 6,1 pessoas vivendo com HIV a cada 100 mil habitantes⁷. A prevalência estimada de HIV atinge 18,4% entre HSH⁸ e entre as TrMT é superior à 25% em várias localidades no País⁹.

Poucos estudos no mundo analisam o ATHIV entre jovens. Estes indicam alta aceitabilidade em países como Congo¹⁰, Moçambique¹¹ e Nigéria¹². Um estudo com HSH do Brasil e Peru, com 18 anos ou mais¹³ e uma divulgação científica envolvendo adolescentes brasileiros indicaram alta adesão ao ATHIV⁴. Embora o ATHIV seja apresentado como especialmente interessante para grupos mais vulneráveis⁵, persistem lacunas para compreensão da aceitabilidade desta estratégia e até o momento nenhum artigo analisou sua aceitabilidade entre adolescentes HSH e TrMT no Brasil.

O presente artigo tem como objetivo analisar a aceitabilidade do ATHIV entre jovens HSH e TrMT, moradores de três capitais brasileiras.

Material e métodos

Participantes

Os dados foram produzidos durante a Pesquisa Formativa (PF)¹⁴ do estudo PrEP15-19, um estudo de demonstração da efetividade da

Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP) entre adolescentes HSH e TrMT entre 15 e 19 anos, desenvolvido em Belo Horizonte, São Paulo e Salvador.

A PF foi realizada com métodos qualitativos, em 2019, antes da inscrição de participantes no estudo, para gerar conhecimento sobre a população alvo. Trata-se de uma estrutura de pesquisa comum a outras pesquisas cujo objetivo é a inclusão de populações de difícil acesso que conta com o mapeamento de espaços sociais, entrevistas individuais e discussões em grupo¹⁴.

Na primeira etapa, a observação participante foi realizada por um/uma pesquisador/a em cada cidade para o mapeamento de espaços com grande concentração de adolescentes HSH e TrMT, de forma presencial – em escolas públicas e privadas, festas, bares – e on-line – em redes sociais e aplicativos. As observações foram sistematizadas em diários de campo, contendo informações e impressões de pesquisadores/as sobre potenciais participantes para a segunda etapa.

Na segunda etapa, foram realizadas Entrevistas (EN) e Grupos Focais (GF) nas três cidades, permitindo análises de narrativas constituídas no contexto individual e em grupo. Para assegurar a diversidade de participantes foram utilizados os seguintes critérios: 1) diversidade de identidades de gênero e orientação sexual autodeclaradas; 2) diversidade socioeconômica e racial. Os critérios para inclusão dos/das participantes foram: ter entre 15 e 19 anos e identificar-se com identidades de gênero e orientação sexual incluídas entre populações-chave para prevenção do HIV. Como critérios de exclusão, considerou-se qualquer impedimento ou recusa para assinar o termo de consentimento/assentimento livre e esclarecido.

A pesquisa atendeu as diretrizes Sex and Gender Equity in Research (Sager) que indicam o uso cuidadoso do sexo e gênero em pesquisas e publicações científicas e a padronização destas definições sempre que forem viáveis ao estudo¹⁵. Neste estudo, descrevemos todas as

identidades de gênero e orientações sexuais autodeclaradas pelos/pelas participantes como componente dos resultados. Contudo, optamos por trabalhar com as categorias HSH e TrMT por estas permitirem o agrupamento das identidades de gênero e orientações sexuais e possibilitarem a discussão com demais estudos e políticas públicas.

Construção dos dados

Participaram da PF 58 adolescentes. Foram realizados 6 GF e 37 EN, sendo que 26 adolescentes participaram tanto das EN quanto dos GF.

Das 37 EN realizadas, 8 foram em Belo Horizonte, 16 em Salvador e 13 em São Paulo. Estas foram precedidas por um roteiro semiestruturado que abordava os tópicos: redes e espaços sociais; identidade de gênero, orientação sexual e sexualidade; vulnerabilidade ao HIV, violência e discriminação; conhecimento e motivação para utilizar PrEP e ATHIV e percepções sobre as estratégias de recrutamento do estudo PrEP15-19.

Cada cidade realizou um GF com participantes TrMT e um com HSH. Sendo compostos por 4 TrMT e 6 HSH em Belo Horizonte, 5 TrMT e 10 HSH em Salvador e 3 TrMT e 9 HSH em São Paulo. O GF contou com uma breve explicação sobre a ATHIV seguida da exposição sobre possíveis formas de distribuição da testagem (intervenção entre pares, na internet, em escolas e em locais de sociabilidade), com intuito de gerar discussões sobre facilidades e barreiras que poderíamos encontrar em cada uma delas.

Os roteiros de EN e GF podem ser encontrados em publicação anterior¹⁶. Estes foram conduzidos por pesquisadores(as) com experiência na pesquisa qualitativa e sobre HIV, em salas reservadas, tiveram duração média de 63 minutos, foram gravadas com assentimento/consentimento dos/das participantes, transcritas e armazenadas em arquivo único e digitalizado da pesquisa.

A fim de assegurar o anonimato dos participantes, a identificação dos/das adolescentes foi efetuada por meio da codificação numérica (J1, J2) e suas citações caracterizadas por contexto de coleta de dado (EN ou GF), população-alvo (HSH ou TrMT), idade e local do estudo (BH, SSA, SP).

Análises dos dados

A análise temática das EN e GF envolveu seis etapas¹⁷: 1. Familiarização com dados; 2. Geração de codificação inicial; 3. Busca pelos temas; 4. Revisão dos temas; 5. Definição dos temas e 6. Redação. Estas etapas foram realizadas a partir de discussões entre as equipes dos três sítios e a codificação dos temas se embasou na literatura sobre adolescentes e HIV e sobre aceitabilidade de estratégias de saúde.

Analisamos a aceitabilidade prospectiva do ATHIV com base no Theoretical Framework of Acceptability (TFA)¹⁸. No TFA, a aceitabilidade é definida como

um construto multifacetado que reflete até que ponto as pessoas que prestam ou recebem uma intervenção na área de saúde a consideram apropriada, com base em respostas cognitivas e emocionais antecipadas ou experimentadas frente à intervenção¹⁸⁽⁴⁾.

A análise de aceitabilidade foi prospectiva já que o ATHIV estava disponibilizado pelo SUS apenas para indivíduos com 18 anos ou mais, e nenhum dos participantes havia utilizado.

As categorias foram selecionadas por observação de sua recorrência e por serem capazes de nos levar a acessar o mundo conceitual dos/das participantes e os significados que eles dão ao tema. A partir dos temas presentes nas narrativas, identificamos categorias temáticas relacionadas à componentes do TFA, adaptados ao presente estudo, a saber: 1. Atitude afetiva, definida como ‘como os/as adolescentes se sentiriam ao realizar o autoteste?’ 2. Efetividade percebida e Coerência da intervenção, definidos como ‘como os jovens compreendem os objetivos do ATHIV? E, o que seria necessário para que o ATHIV atingisse seus objetivos?’ 3. Autoeficácia e Carga de participação, definido como ‘adolescentes confiam na própria capacidade para aplicar o ATHIV? E, quais os esforços necessários para realizar o ATHIV?’ 4. Ética, definido como ‘O ATHIV se ajusta ao sistema de valores dos(das) adolescentes?’ (*quadro 1*). Para organização dos dados foi utilizado o software NVivo12 Plus.

Quadro 1. Dimensões da aceitabilidade de acordo com Theoretical Framework of Acceptability (TFA), traduzidas pelos(as) autores(as) e adaptada à presente pesquisa

DIMENSÃO	FOCO
Atitude afetiva	Como os(as) adolescentes se sentiriam ao realizar o autoteste?
Efetividade percebida e Coerência da intervenção	Como os jovens compreendem os objetivos do ATHIV? E, o que seria necessário para que o ATHIV atingisse seus objetivos?
Autoeficácia e Carga de participação	Adolescentes confiam na própria capacidade para aplicar o ATHIV? E quais os esforços necessários para realizar o ATHIV?
Ética	O ATHIV se ajusta ao sistema de valores dos(das) adolescentes?

Fonte: elaboração própria.

Ética em pesquisa

O estudo foi realizado de acordo com as diretrizes da Resolução nº 466/2012 que regulamenta as normas de pesquisa envolvendo seres humanos e segue as determinações da Resolução nº 510/2016 que regulamenta o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos. Foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da OMS, da Universidade Federal de Minas Gerais (protocolo número 17750313.0.0000.5149), da Universidade Federal da Bahia (protocolo número 01691718.1.0000.5030) e da Universidade de São Paulo (protocolo número 70798017.3.0000.0065).

Todas as pessoas foram informadas sobre os objetivos da pesquisa e direitos relacionados à participação. As pessoas com mais de 18 anos assinaram um formulário de consentimento informado e aquelas com idades entre 15 e 17 anos assinaram um formulário de assentimento informado. Com base no princípio da não maleficência, os Comitês de Ética em Pesquisa dispensaram o consentimento de familiares ou responsáveis por compreender que poderia ameaçar a confidencialidade dos/das adolescentes quanto à orientação sexual e/ou identidade de gênero, possibilitando risco de discriminação ou violência. Todos/todas puderam se inscrever para integrar a coorte do estudo de PrEP15-19, por meio do qual teriam amplo

acesso à PrEP e demais métodos de prevenção combinada.

Resultados

Participantes

Todas as características dos/das 58 entrevistados(as) foram autodeclaradas. 40% tinham entre 16 e 17 anos e a maioria tinha o ensino médio incompleto (47%) ou completo (38%). Com relação a identidade étnico racial, 55% se identificaram como negros(as) (pardos/as e pretos/as) e 38% como brancos(as). No que concerne à identidade de gênero, 53% se identificaram como homens cisgênero, 22% como mulheres transexuais e 13% como travestis e gêneros diversos. Quase metade (52%) definiu sua orientação sexual como homossexual ou gay (todos homens), 17% bissexuais, 12% pansexuais e 12% heterossexuais (todas TrMT). De acordo com as identidades de gênero e orientações sexuais autodeclaradas, os/as participantes foram classificados/as como sendo 55% HSH e 35%TrTM.

Dimensões da aceitabilidade

Os resultados, sistematizados abaixo (*quadro 2*), indicam boa aceitabilidade do ATHIV e particularidades referentes à oferta dessa estratégia para o público adolescente HSH e TrTM.

Quadro 2. Aceitabilidade do ATHIV na perspectiva de adolescentes HSH e TrMT

DIMENSÃO	RESULTADOS
Atitude afetiva	<ul style="list-style-type: none"> • Agilidade e a privacidade; • Autonomia para o monitoramento da própria saúde.
Efetividade percebida e coerência da intervenção	<ul style="list-style-type: none"> • Adequada para diagnóstico e tratamento precoce do HIV; • Pouco adequada para prevenção do HIV; • Punção digital é mais adequada que o fluido oral; • Necessário a dispensação em locais LGBTQIA+ amigáveis.
Autoeficácia e carga de participação	<ul style="list-style-type: none"> • Confiam na capacidade de realizar o ATHIV, com ganhos de privacidade; • Barreiras para pegar o ATHIV em alguns locais de dispensação como serviços públicos; • Medo do ATHIV via punção digital; • Problematizam a capacidade para receber o resultado sozinho(a).
Ética	<ul style="list-style-type: none"> • Compatível com valores de prevenção e autocuidado; • Pouco compatível com a espontaneidade nos intercursos sexuais, valorizada entre esses jovens.

Fonte: elaboração própria.

(1) ATITUDE AFETIVA

A maioria dos/das adolescentes indica que sentiriam satisfação ao realizar o ATHIV:

(a) pela agilidade e a privacidade possibilitada pelo ATHIV;

Tipo, se eu tive uma relação de risco, mas eu não me preveni, eu deixei passar, ajudaria muito. Porque quanto mais cedo você souber, melhor. (J1, EN, TrMT, 19 anos, SP).

Iria me deixar melhor em relação à minha consciência e seria algo privado [...]. Eu primeiramente lidar comigo com essa situação. (J2, EN, HSH, 19 anos, SP).

(b) e pelo ganho de autonomia para o monitoramento da própria saúde.

Pra eu acompanhar minha saúde [...] por mais que eu não abrisse mão de nenhuma prevenção. Isso faria as pessoas sempre estarem acompanhando, se cuidando. (J3, EN, HSH, 17 anos, SSA).

Você ter autonomia. Acho que eu faria um auto-teste todo dia. (J4, EN, TrMT, 19 anos, SP).

(2) EFETIVIDADE PERCEBIDA E COERÊNCIA DA INTERVENÇÃO

De acordo com as narrativas dos/das adolescentes, o ATHIV é:

(a) adequado para o objetivo de diagnóstico e tratamento precoce do HIV;

Porque tipo assim, como eu te falei, eu sou paranoica pra esse negócio de doença. Se eu tivesse me exposto ao risco de contrair o vírus HIV, iria na farmácia e comprava meu autoteste, fazia e se tivesse dado positivo, seria muito mais rápido pra encaminhar, começar os procedimentos para tratamento. (J5, GF, TrMT, 19 anos, SSA).

(b) pouco adequado quando o objetivo é prevenir sendo, neste caso, mais compatível entre parcerias fixas.

O pensamento [...] não é tipo 'eu vou fazer o exame para prevenir'. É: 'Ah, eu vou fazer o exame porque eu acho que eu estou'. (J6, EN, HSH, 17 anos, SSA).

Se for um parceiro fixo sim, porque dá pra fazer essa checagem casualmente. (J7, EN, HSH, 17 anos, BH).

Para que o ATHIV atingisse seus objetivos, os/as adolescentes consideram que:

(a) a disponibilização do ATHIV via punção digital seja ‘mais confiável’ que o ATHIV via fluido oral;

Não é o fato de não confiar na saliva, porque existem várias coisas aqui, mas o fato de eu pegar um cotonetezinho e passar na minha boca e sei lá... talvez eu não levasse tão a sério. (J8, GF, HSH, 19 anos, SSA).

Eu acredito que os dois são, porém eu acho que é esperado, até psicologicamente falando a gente se sente mais seguro com o teste do dedinho, de sangue né. (J9, GF, HSH, 17 anos, SSA).

(b) o ATHIV seja oportuno quando dispensado em locais LGBTQIA+ amigáveis, como no Projeto PrEP15-19, onde atuam educadores pares.

Saber que quem tá na mesa é uma mulher trans, uma travesti que tá trabalhando. São pessoas iguais a mim. São pessoas que não vão encarar aquilo como um tabu e... ‘aí, meu Deus, tá infectado, socorro, tira essa pessoa daqui. Não toca nela que ela vai pegar Aids’. A gente não ouviria coisas desse tipo, por exemplo. Que a gente sabe que no Sistema Único de Saúde a gente ouviria com certeza, inclusive de profissionais. (J10, GF, HSH, 19 anos, SSA).

(3) AUTOEFICÁCIA E CARGA DE PARTICIPAÇÃO

Neste estudo, os/as adolescentes demonstram:

(a) confiar na própria capacidade de realizar o ATHIV, com ganhos em termos de privacidade;

Sim, eu me sentiria mais à vontade sozinho do que com outras pessoas. Óbvio que com um profissional e tudo não teria problema [...], mas sozinho acredito que seja sempre mais à vontade. (J11, GF, HSH, 17 anos, SSA).

Você não fica constrangida com outra pessoa. E, se o resultado [...] for positivo, você vai sofrer, claro, mas vai ser uma coisa que vai ser só você. (J12, GF, TrMT, 19 anos, SSA).

A maioria identifica como possíveis barreiras para realização do ATHIV:

(b) ‘Vergonha’ ou ‘medo de sofrer estigma’ em locais de dispensação do ATHIV, sobretudo se dispensados em serviços públicos de saúde;

As pessoas têm medo de se testar, em lugares públicos [...], jovens mesmo não vão até os locais públicos até por medo de alguém ver eles entrando e achar que eles estão indo porque tem [HIV]. (J13, GF, HSH, 19 anos, SSA).

[Receber o ATHIV] em casa melhor, por correio ou internet, para superar o estigma de aparecer em lugares da saúde pública. (J14, GF, HSH, 19 anos, BH).

Poucos identificam como esforços para realização do ATHIV:

(c) medo da dor e sangue, relacionado à da punção digital;

Melhor o de furar o dedo. Mas eu como eu tenho medo de furar, que machuca, então eu preferia o do fluido [oral]... (J16, GF, MT, 16 anos, BH).

(d) apreensão em receber o resultado sozinho/a, em caso de resultado reagente. Situação amenizada quando ATHIV é considerado uma primeira fase do processo de testagem, a ser complementada pelo teste convencional, aplicado por um/uma profissional.

Receber em casa o resultado positivo vai ser um pouco mais difícil. Porque no CTA [Centro de Testagem e Aconselhamento] tem um assistente social. Eu faço sozinho e dá positivo. Como que eu vou procurar ajuda? [...] No CTA te indica caminhos, conversa com você [...] deve te indicar pra fazer tratamento. (J17, GF, HSH, 18 anos, BH).

Tem que fazer os dois, o autoteste em casa e, no posto faz o teste do sangue. (J18, GF, HSH, 19 anos, SSA).

(4) ÉTICA

As narrativas evidenciam que o ATHIV:

(a) coincide com a prevenção e autocuidado, reconhecidos como valores de grupo, embora sejam ponderadas dificuldades estruturais e culturais para que este valor seja colocado em prática;

Primeiro que eu teria mais segurança acerca da minha saúde, saber se eu tenho algum problema ou não. (J19, EN, HSH, 19 anos, BH).

Tipo, se eu tive uma relação de risco, assim, mas eu não me preveni, por exemplo. E eu deixei passar. Já se foi um mês disso. Eu acho que isso ajudaria muito. Porque quanto mais cedo você saber, melhor, né? (J20, EN, TrMT, 19 anos, SP).

(b) conflitua com a espontaneidade nas práticas sexuais quando pensado como estratégia preventiva, já que introduz um elemento racional de planejamento, alheio à cultura sexual desses adolescentes.

Tem pessoas que diriam que isso brocharia o clima e tudo [fazer o ATHIV antes de ter relação]. (J21, EN, HSH, 17 anos, SSA).

Discussão

Os resultados indicam boa aceitabilidade prospectiva ao ATHIV entre adolescentes HSH e TrMT, à semelhança daquela já identificada em estudo no Brasil⁴ e em outros países¹⁰⁻¹². Porém, para a promoção do ATHIV, devem ser considerados os componentes específicos da aceitabilidade que emergem nas narrativas desses adolescentes¹⁵.

A satisfação com o ATHIV está relacionada à agilidade da tecnologia para a “dissipação

da incerteza”¹⁹⁽⁵¹⁷⁾ após situação de risco de infecção por HIV. Também se destaca sua conveniência em reduzir a ansiedade gerada pela espera ou pela possível quebra da privacidade enfrentada nos métodos de testagem convencional, semelhante a achados de outros estudos^{12,20,21}.

O ganho na autonomia para monitoramento da saúde com privacidade, remete ao uso do ATHIV como ferramenta de gestão do estigma, observado também entre trabalhadoras do sexo no Brasil²². O estigma, principalmente aqueles enfrentados nos serviços de saúde, representa uma barreira para testagem de adolescentes deste e de outros estudos^{10-12,23,24}, de modo que sua gestão pode ser benéfica para ampliação da testagem. Contudo, este dado precisa ser analisado criticamente, observando-se que a disponibilização do ATHIV nos programas de HIV/Aids não pode estar descolada de ações que visem o enfrentamento do estigma²⁵.

É importante que os locais de dispensação do ATHIV sejam cuidadosamente pensados e os/as adolescentes deste estudo indicam que o ATHIV é oportuno quando dispensado em serviços voltados para a população LGBTQIA+ ou LGBTQIA+ amigáveis, semelhante ao encontrado na literatura^{4,23,26-28}. O Protocolo de ATHIV brasileiro, voltado para adultos/as, prevê a distribuição em locais de dispensação de PrEP e em locais de sociabilidade para as populações-chave³. Estudos anteriores tiveram sucesso com cabines de autotestagem/dispensação dispostas em locais comunitários frequentados por adolescentes²⁹ e alertam para a importância de avisos instrucionais adaptados aos diversos níveis de escolaridade, línguas e linguagens¹¹.

Os/as adolescentes deste estudo demonstram sentirem-se capazes de realizar o ATHIV sozinhos, com ganhos de privacidade, semelhante a outras pesquisas^{13,15}. À medida que o ATHIV evita ameaças de confidencialidade, jovens podem se testar com mais frequência e consequentemente estarem mais capacitados/as para testar¹⁵. Embora o ATHIV via punção digital tenha sido identificado como mais

confiável que fluido oral, alguns adolescentes relatam medo de dor ou contato com sangue. Estudo transversal com TrMT e HSH de 18 e 24 anos também constatou a preferência do ATHIV baseado em sangue e não encontrou problemas para a realização desta estratégia na população²⁹.

A maioria dos jovens deste estudo valorizou a capacidade de testagem não supervisionada, semelhante ao encontrado por uma revisão sistemática e meta-análise de literatura que reúne 25 estudos³⁰, alguns(as) consideram a necessidade de complementação do ATHIV com a testagem convencional supervisionada e demonstram apreensão diante de um possível resultado reagente. Destaca-se, portanto, a necessidade de intensificar os esforços para oferecer aconselhamento e acompanhamento de qualidade^{12,29}. Semelhante ao estudo anterior, apesar do receio da estigmatização nas Unidades de Saúde, demonstram manter expectativas positivas quanto ao aconselhamento pós testagem, o que pode estar relacionado ao prestígio do programa brasileiro de combate à Aids³⁰.

O ATHIV é percebido pelos/pelas adolescentes como um método que contribuiria para o autocuidado. É importante notar que, neste caso, o autocuidado pode estar relacionado à busca por minimizar riscos sem necessariamente estar associado à alteração nas práticas sexuais, de modo que muitas vezes o incremento do autocuidado pode não ser percebido pelo/a profissional de saúde¹⁶, orientado/a por perspectivas menos particularizadas. A testagem, como estratégia preventiva, também foi contestada por alguns por introduzir um elemento racional de planejamento às práticas sexuais, alheio à cultura sexual de alguns jovens. Isso nos leva a refletir sobre a importância da discussão sobre ‘testagem e cultura juvenil’, tema central para diálogos entre educadores pares e adolescentes e para aprofundamento em novos estudos.

Conclusões

Este estudo identificou o ATHIV como uma estratégia fundamental para o incremento da autonomia e autocuidado entre adolescentes. Evidencia elementos da aceitabilidade do ATHIV e particularidades dos/das adolescentes HSH e TrMT. Descreve o temor à estigmatização vivenciada nos serviços de saúde como fator a ser enfrentado na disponibilização do ATHIV, considerando que o ATHIV não prescinde do apoio de profissionais de saúde. E destaca elementos da aceitabilidade como ‘tipo de teste: teste oral ou punção digital’, ‘objetivo do teste: diagnóstico ou prevenção’ como sendo centrais para diálogos com vistas à maior adequação do ATHIV às culturas juvenis e, conseqüentemente, maior ampliação e adesão à testagem.

Consideramos que os resultados corroboram com a literatura vigente sobre prevenção do HIV e fortalece as perspectivas de adolescentes de países de baixa e média renda nesta literatura. Como possível limitação do estudo, indicamos o fato dos/das participantes não terem conhecimento prévio sobre ATHIV, sendo necessário ponderar o impacto de receber uma nova informação no momento da pesquisa.

A boa aceitabilidade ao ATHIV reforça a relevância de sua dispensação no SUS, acompanhada de estratégias culturalmente sensíveis e adequadas a essa população, bem como à continuidade das políticas públicas voltadas ao enfrentamento do estigma vivenciado por esses grupos sociais.

Colaboradores

Dumont-Pena E (0000-0003-1220-6041)*, Ferraz DAS (0000-0002-0443-3183)*, Greco M (0000-0003-3872-8155)*, Silva AP (0000-0003-1839-272X)*, Pedrana L (0000-0002-1541-6186)*, Dourado I (0000-0003-1675-2146)*, Greco DB (0000-0002-3681-4124)* e Castellanos ME (0000-0002-4977-5574)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Unaid. Folha de Dados. 2021. [acesso em 2022 fev 9]. Disponível em: https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2021/06/2020_11_19_UNAIDS_FactSheet_PORT_Revisada-Final.pdf.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Prevenção Combinada do HIV. [acesso em 2022 jun 13]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/previna-se>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para a distribuição do autoteste de HIV no Brasil. 2022. [acesso em 2022 jun 13]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/diretrizes-para-distribuicao-do-autoteste-de-hiv-no-brasil-2022>.
4. De Boni RB, Lentini N, Santelli AC, et al. Self-testing, communication and information technology to promote HIV diagnosis among young gay and other men who have sex with men (MSM) in Brazil. *J Int AIDS Soc*. 2018 [acesso em 2022 jan 6]; 21(S5):e25116. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/jia2.25116>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. O autoteste de HIV no SUS. 2022. [acesso em 2022 jun 13]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/autoteste/faq>.
6. Organização Mundial da Saúde. Plano de ação para a saúde da mulher, da criança e do adolescente 2018-2030. Brasília, DF: OMS; 2018. 62 p. [acesso em 2022 jun 13]. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49609/CD56-8-pt.pdf?sequence=16&isAllowed=y>.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico. Número Especial. [acesso em 2022 fev 9]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-epidemiologico-hiv-2020>.
8. Kerr L, Kendall C, Guimarães MDC, et al. HIV prevalence among men who have sex with men in Brazil. *Medicine*. 2018 [acesso em 2022 jan 6]; 97(1S). Disponível em: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000010573>.
9. Bastos FI, Bastos LS, Coutinho C, et al. HIV, HCV, HBV, and syphilis among transgender women from Brazil. *Medicine*. 2018 [acesso em 2022 jan 6]; 97(1S). Disponível em: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000009447>.
10. Tonen-Wolyec S, Batina-Agasa S, Muwonga J, et al. Acceptability, feasibility, and individual preferences of blood-based HIV self-testing in a population-based sample of adolescents in Kisangani, Democratic Republic of the Congo. *PLoS One*. 2019 [acesso em 2021 dez 15]; 14(7):e0218795. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218795>.
11. Hector J, Davies MA, Dekker-Boersema J, et al. Acceptability and performance of a directly assisted oral HIV self-testing intervention in adolescents in rural Mozambique. *PLoS ONE*. 2018 [acesso em 2021 dez 15]; 13(4):e0195391. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195391>.
12. Mason S, Ezechi OC, Obiezu-Umeh C, et al. Understanding factors that promote uptake of HIV self-testing among young people in Nigeria: Framing youth narratives using the PEN-3 cultural model. *PLoS ONE*. 2022 [acesso em 2021 dez 15]; 17(6):e0268945. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0268945>.
13. Volk JE, Lippman SA, Grinsztejn B, et al. Acceptability and feasibility of HIV self-testing among men who have sex with men in Peru and Brazil. *Inter. J. STD AIDS*. 2016 [acesso em 2022 set 15]; 27(7):531-536. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25971262/>.
14. Denning P, Bowles K, Broz D, et al. National HIV Behavioral Surveillance System: Men Who Have Sex with Men. Formative Research Manual. 2013 [acesso em 2022 jun 14]; Disponível em: https://dph.georgia.gov/sites/dph.georgia.gov/files/related_files/site_page/MSM2-Ongoing%20HIV%20Risk%20Behaviors-082211.pdf.

15. Heidari S, Babor TF, De Castro P, et al. Sex and Gender Equity in Research: rationale for the SAGER guidelines and recommended use. *Research Integ. Peer Review*. 2016 [acesso em 2022 jun 14]; 1(2). Disponível em: <https://researchintegrityjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s41073-016-0007-6>.
16. Zucchi EM, Couto MT, Castellanos M, et al. Acceptability of daily pre-exposure prophylaxis among adolescent men who have sex with men, travestis and transgender women in Brazil: A qualitative study. *PLoS ONE*. [acesso em 2022 jun 14]; 16(5):e0249293. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249293>.
17. Maguire M, Delahunt B. Doing a thematic analysis: a practical, step-by-step guide for learning and teaching scholars. *AISHE-J*. 2017; 9(3):3351-33514.
18. Sekhon M, Cartwright M, Francis JJ. Acceptability of healthcare interventions: an overview of reviews and development of a theoretical framework. *BMC Health Serv*. 2017 [acesso em 2021 dez 15]; 17(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2031-8>.
19. Ribeiro FB, Sacramento O. A despistagem do VIH/sida: Saúde pública e motivações dos utentes do teste rápido no Nordeste de Portugal. *Saúde e Soc*. 2014; 23(2):510-22. [acesso em 2021 dez 15]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000200012>.
20. Qin Y, Han L, Babbitt A, et al. Experiences using and organizing HIV self-testing. *AIDS*. 2018; 32(3):371-381.
21. Harichund C, Moshabela M. Acceptability of HIV Self-Testing in Sub-Saharan Africa: Scoping Study. *AIDS Behav*. 2018; 22(2):560-568.
22. Santana EP. Conhecimento do autoteste de HIV por mulheres trabalhadoras do sexo no Brasil. [dissertação]. [Salvador]: Universidade Federal da Bahia; 2019. 106 p.
23. Frye V, Wilton L, Hirshfield S, et al. Preferences for HIV test characteristics among young, Black Men Who Have Sex With Men (MSM) and transgender women: Implications for consistent HIV testing. *PLoS ONE*. 2018 [acesso em 2021 dez 15]; 13(2). Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192936>.
24. Cota VL, Cruz Marques M. Access barriers for Men who have Sex with Men for HIV testing and treatment in Curitiba (PR). *Saúde debate*. 2021 [acesso em 2021 dez 15]. (129):393-405. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/cwRy3WsXjkc6WsyPLggjgw/?lang=en&format=pdf>.
25. Souza VS, Czeresnia D. Demandas e expectativas de usuários de centro de testagem e aconselhamento anti-HIV. *Rev Saúde Pública*. 2010 [acesso em 2022 jun 17]; 44(3):441-447. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010005000010>.
26. Okoboi S, Twimukye A, Lazarus O, et al. Acceptability, perceived reliability and challenges associated with distributing HIV self-test kits to young MSM in Uganda: a qualitative study. *J Int AIDS Soc*. 2019 [acesso em 2021 dez 15]; 22(3). Disponível em: <https://doi.org/10.1002/jia2.25269>.
27. Phanuphak N, Jantarapakde J, Himmad L, et al. Linkages to HIV confirmatory testing and antiretroviral therapy after online, supervised, HIV self testing among Thai men who have sex with men and transgender women. *J Int AIDS Soc*. 2020 [acesso em 2022 jan 5]; 23(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1002/jia2.25448>.
28. Ritchwood TD, Selin A, Pettifor A, et al. HIV self-testing: South African young adults' recommendations for ease of use, test kit contents, accessibility, and supportive resources. *BMC Public Health*. 2019 [acesso em 2022 jan 5]; 19(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6402-4>.
29. Trabwongwitaya P, Songtaweessin WN, Paiboon N, et al. Preference and Ability to Perform Blood-versus Oral-Fluid-Based HIV Self-Testing in Ado-

lescents and Young Adults in Bangkok. *Int J STD AIDS*. 2022 [acesso em 2023 jan 13]; 33(5):492-498. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/09564624221076955>.

30. Figueroa C, Johnson C, Ford N, et al. Reliability of HIV rapid diagnostic tests for self-testing compared with testing by health-care workers: a systematic re-

view and meta-analysis. *The Lancet. HIV*. 2018 [acesso em 2022 jan 6]; 5(6). Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(18\)30044-4](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(18)30044-4).

Recebido em 20/07/2022

Aprovado em 29/11/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Unitaid

Avaliabilidade do Programa Descolado na prevenção do uso de drogas no contexto escolar

Evaluability of the Descolado Program in preventing drug use in the school context

Marcela Paula Conceição de Andrade Oliveira¹, Daniela Tavares Gontijo¹, Daniela Ribeiro Schneider², Isabella Chagas Samico³

DOI: 10.1590/0103-1104202313604

RESUMO A prevenção do uso abusivo de álcool e drogas na adolescência tem se tornado um tema transversal nas políticas públicas e incentivado a construção de programas preventivos. Entretanto, ainda existe uma necessidade de avaliar o processo de implementação desses programas. O Estudo de Avaliabilidade (EA) é uma etapa de pré-avaliação e descreve de forma lógica como se dará o processo avaliativo. Este artigo tem como objetivo apresentar os resultados do EA do Programa Descolado – estratégia de prevenção do uso de álcool e outras drogas desenvolvida em escolas do município de Recife, Pernambuco. Trata-se de estudo avaliativo, de abordagem qualitativa, realizado por meio de pesquisa documental, entrevistas e reuniões com informantes-chave. Utilizou-se a técnica de consenso Delphi para análise dos modelos lógico da intervenção e teórico da avaliação. Os resultados demonstraram que o programa é avaliável, e a modelização permitiu melhor entendimento dos envolvidos sobre o programa. As equipes técnica e gestora refletiram criticamente sobre o programa, possibilitando ajustes nos objetivos, atividades e recursos desde o início do processo avaliativo. As perguntas avaliativas identificadas segundo componentes do Modelo Lógico podem nortear estudos subsequentes, tendo sinalizado a realização de uma avaliação de implantação – estudo de caso – do Programa Descolado.

PALAVRAS-CHAVE Avaliação de programas e projetos de saúde. Prevenção primária. Adolescente. Transtornos relacionados ao uso de substâncias.

ABSTRACT *The abusive use of alcohol and drug prevention in adolescence has become a cross-cutting theme in policies and encouraged the construction of preventive programs. However, there is still a need to evaluate the implementation process of these programs. The Evaluability Study (EA) is a pre-assessment stage and describes the logical way in which the assessment process will take place. This article aims to present the results of the EA of Descolado Program – alcohol and other drug prevention strategy developed in schools in the city of Recife, Pernambuco. It is an evaluative study, with qualitative approach, carried out through documental research, interviews and meetings with key informants. The Delphi consensus technique was used to analyze intervention models and evaluation theory. The results showed that the program is evaluable, and the modeling allowed for better understanding about the program by those involved. The technical and management teams critically reflected on the program, enabling adjustments in objectives, activities and resources since the beginning of the evaluation process. The evaluation questions identified according to components of the Logic Model can guide subsequent studies, having signaled for an implementation evaluation – case study of the Descolado Program.*

KEYWORDS *Program evaluation. Primary prevention. Adolescent. Substance-related disorders.*

¹Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Recife (PE), Brasil. marcelaandrade_2011@hotmail.com

²Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Florianópolis (SC), Brasil.

³Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (Imip) – Recife (PE), Brasil.



Introdução

As políticas e os programas de prevenção baseados em evidências, no campo do uso de álcool e outras drogas, representam o modelo contemporâneo adotado na maioria dos países desenvolvidos¹. Porém, Horr², em sua revisão, revela que a insuficiência das ações de prevenção de drogas no contexto brasileiro é reflexo da descontinuidade e da ausência de parâmetros e critérios de avaliação de programas, da reprodução de forma acrítica e descontextualizada dos modelos internacionais e da não dialogicidade com gestores públicos.

Nessa perspectiva, documentos internacionais^{3,4} apontam a necessidade de melhorar dados e análises de contexto, ampliação da coleta, disseminação, análise de dados de pesquisa em todo o mundo, principalmente em países de baixa e média renda. Para que um programa preventivo de drogas seja baseado em evidências científicas, sua implementação deve ser bem documentada, claramente descrita e bem avaliada em todas as fases, por meio de processos sistemáticos, baseados nos modelos científicos de avaliação, na medida em que uma implementação de qualidade é condição para a garantia da eficácia do programa⁵.

O Estudo de Avaliabilidade (EA) é considerado uma etapa de pré-avaliação e visa a estabelecer em que medida a intervenção pode ser avaliada, identificar áreas críticas a serem priorizadas para avaliação, definir seus indicadores, além de organizar e descrever de forma lógica como se dará o processo avaliativo⁶. A partir desse estudo, é possível visualizar de forma mais nítida as relações causais existentes na intervenção, bem como as problemáticas que se deseja resolver, diretrizes, objetivos, resultados esperados e processos necessários para alcançá-los^{7,8}.

Assim, o objetivo deste artigo é apresentar os resultados do EA do Programa Descolado, considerando a descrição e a modelização da intervenção e da avaliação, e a identificação de perguntas avaliativas.

Material e métodos

EA do Programa Descolado, com abordagem qualitativa, tomando-se como referencial teórico da avaliabilidade os sete passos propostos por Thurston e Ramaliu⁶, a saber: (1) delimitação do programa e identificação de suas metas, objetivos e atividades; (2) identificação e análise dos documentos da intervenção a ser avaliada; (3) construção do Modelo Lógico (ML) do programa; (4) supervisão do programa, ou entendimento preliminar de como o programa opera; (5) desenvolvimento de um modelo teórico de avaliação; (6) identificação dos usuários e envolvidos na avaliação; e (7) definição de procedimento de avaliação.

O Programa Descolado

O Programa Descolado foi criado em 2018 pela Secretaria Executiva de Políticas sobre Drogas (Sepod) da Secretaria de Desenvolvimento Social, Juventude, Políticas Públicas sobre Drogas e Direitos Humanos (SDSDHJPD), da prefeitura de Recife, em parceria com o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Vulnerabilidade e Saúde na Infância e Adolescência (NEPVIAS), da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). O programa se configura como uma estratégia de prevenção universal do uso de álcool e outras drogas nas escolas do Recife e tem como objetivo geral sensibilizar e despertar o interesse dos adolescentes, alunos do 6º ano da Rede Municipal de Ensino, com relação ao seu futuro, como fator de proteção social. De forma específica, o programa atua na prevenção universal ao uso de drogas, desperta o protagonismo juvenil e desenvolve um Plano de Promoção Pessoal (PPP) do estudante⁹.

A pesquisa foi realizada no período de dezembro de 2018 a março de 2019, no município de Recife.

Para a coleta de dados, realizou-se uma pesquisa documental (Documento oficial do Programa Descolado) e foram realizadas reuniões presenciais com seis informantes-chave: o secretário executivo responsável

pelo programa, o coordenador do programa, o diretor pedagógico e três educadores sociais, os quais configuravam toda a equipe do programa. Dois instrumentos de coleta de dados, propostos por Silva e colaboradores¹⁰, foram utilizados para subsidiar a análise documental e a realização das reuniões, que foram gravadas em áudio e transcritas. A análise do documento oficial do Programa Descolado levou em conta: (a) existência de objetivos; (b) organização do programa; (c) público-alvo; (d) metas a serem alcançadas; (e) ações necessárias ao desenvolvimento das atividades; e (f) resultados a serem alcançados. As reuniões presenciais seguiram um roteiro com questões relativas ao conhecimento dos objetivos do programa e à operacionalização das ações. Os gestores (coordenador e diretor pedagógico do programa) ainda foram perguntados acerca da necessidade e utilidade da avaliação do programa.

Com a finalidade de apresentar e validar o ML do programa (Passo 3), proposto pelos pesquisadores e pela equipe técnica do programa, este foi submetido ao julgamento de um grupo de especialistas para consenso sobre a coerência do modelo com relação ao Programa Descolado⁸. Foi aplicada a Técnica Delphi de consenso entre os especialistas, sendo sua principal característica a inexistência de contato presencial entre os participantes e a preservação do anonimato¹¹. Foram convidados

doze *experts* (etapa da técnica de consenso Delphi, não presencial) da área de avaliação de programas e/ou da área de prevenção e tratamento ao uso de drogas. Todos os especialistas eram doutores e com cinco a 20 anos de atuação na área – a maior parte também com experiência na docência e publicações técnicas e científicas nos campos da avaliação em saúde e drogadição nos últimos cinco anos.

As rodadas de opiniões aconteceram da seguinte forma: na primeira rodada, cada *expert* recebeu por *e-mail* o ML do Programa Descolado e um formulário avaliativo com alternativas de respostas no formato de escala Likert: concordo totalmente; concordo parcialmente; nem concordo nem discordo; discordo parcialmente; discordo totalmente. A partir de seu retorno, as respostas foram contabilizadas e analisadas. As sugestões de alteração do ML que obtiveram consenso pelos *experts* foram analisadas pelas pesquisadoras e alteradas. Após os ajustes, o Modelo foi novamente enviado aos participantes. Na segunda rodada de opiniões, os participantes foram solicitados a realizar um novo julgamento do Modelo Lógico. O processo se repetiu em duas rodadas até que se atingiu o consenso de 80% de validação do modelo lógico, calculado por meio da soma das respostas positivas da escala Likert e contempladas as sugestões viáveis⁸.

Quadro 1. Fontes de dados de acordo com os passos do estudo de avaliabilidade. Recife, Pernambuco, Brasil, 2019

PASSO	OBJETIVO	FONTES DE DADOS
1	Descrever as normativas do Programa a respeito da sua descrição, metas, objetivos e atividades e identificar a percepção dos atores acerca desses componentes.	Relatório Técnico do Descolado (Documento Oficial) e Reunião com equipe técnica do programa.
2	Analisar a adequação, contexto, conceitos-chave, factibilidade, coerência e viabilidade dos documentos normativos do Descolado.	Relatório Técnico do Descolado.
3	Construir e validar o modelo lógico do Programa.	Reunião com equipe técnica do programa e Validação com Especialistas.

PASSO	OBJETIVO	FONTES DE DADOS
4	Descrever a organização e o funcionamento do programa.	Reunião com equipe técnica do programa e acompanhamento de algumas ações do projeto Piloto na escola.
5	Descrever a teoria do programa e identificar as relações entre os componentes do Modelo Lógico, os atores e o contexto de implantação.	Relatório Técnico do Descolado; Modelo Lógico do Descolado; Dados coletados nas reuniões com equipe técnica.
6	Identificar os usuários e envolvidos na avaliação.	Dados coletados nas reuniões com equipe técnica.
7	Identificar e pactuar o procedimento de avaliação a ser realizado em estudo posterior.	Reunião com equipe técnica do programa.

Fonte: elaboração própria.

Os dados foram organizados em categorias segundo os sete passos de um EA⁶ e analisados com uso da técnica de análise de conteúdo temática¹². Os trechos das falas dos participantes da pesquisa foram codificados da seguinte forma: Equipe Técnica (ET) e Expert (E), seguido do número correspondente ao participante.

Quanto aos procedimentos éticos, este estudo seguiu o que estabelece a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), protocolo nº 2.796.341.

Resultados

O EA é interativo, por isso, a apresentação de seus resultados não segue necessariamente a ordem dos sete passos apresentada anteriormente, podendo ser redigidos de forma articulada e fluida⁶. Dessa forma, assim como salientado e realizado por esses autores, os resultados serão apresentados inicialmente descrevendo o escopo do programa, bem como as metas, os objetivos e atividades que o constituem (passos 1, 2 e 4). Posteriormente, seguem-se a apresentação do ML (Passo 3) e Teórico do programa (Passo 5), a identificação dos usuários e dos procedimentos de avaliação (Passos 6 e 7).

Passos 1, 2 e 4. Delimitação do programa, identificação de metas, objetivos e atividades; Identificação e análise dos documentos do Programa Descolado; e Entendimento preliminar de como o programa opera

Na época da coleta de dados, o Programa Descolado tinha apenas um documento oficial, que foi disponibilizado pela Sepod para a pesquisa⁹. Esse documento ainda não foi disponibilizado em meio público. A partir da sua análise, foram extraídas as informações sobre o programa.

Durante a reunião com a equipe técnica, identificou-se que o objetivo geral (sensibilizar e despertar o interesse dos adolescentes, alunos do 6º ano da Rede Municipal de Ensino, com relação ao seu futuro, como fator de proteção social) estava muito amplo e não refletia a intencionalidade do programa:

Eu estou sentindo falta aí [no objetivo] de alguma referência com relação ao uso e abuso de álcool e outras drogas. Eu estou vendo aqui... para a gente pensar. (ET1).

O Programa Descolado tem como pilares: Autonomia; Interdependência; Valorização da posteridade. As ações do programa se dirigem para o desenvolvimento de competências

pessoais e sociais, com foco em aumentar os Fatores de Proteção e diminuir os Fatores de Risco. Dessa forma, o programa visa a fortalecer as características que reduzem a probabilidade de o adolescente se envolver com as drogas⁹.

O programa se fundamenta teórica e metodologicamente na perspectiva da educação problematizadora proposta por Paulo Freire para subsidiar as ações realizadas junto aos estudantes (oficinas com adolescentes). Além disso, também fundamenta suas ações educativas no modelo de Habilidades de Vida proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como estratégia para a diminuição dos comportamentos de risco que podem vulnerabilizar a criança ou o adolescente ao uso e abuso de álcool e outras drogas⁹.

Os entrevistados trouxeram discursos coerentes com o que está descrito no documento do programa, reafirmando a fundamentação teórica do programa:

A nossa proposta é trabalhar habilidades de vida, para vida, então, a proposta é essa, não vai apenas prevenir o uso de drogas [...] Mas a questão de violência e outras coisas. Então, a proposta final do descolado é levar o aluno no final a [...] refletir sobre o projeto de vida. E aí os temas, que estão aqui elencados, todos vão trabalhar para que no final o aluno conduza esse projeto de vida. (ET3).

O programa funciona em duas vertentes principais: oficinas formativas com educadores do programa e oficinas com os adolescentes da escola contemplada pelo programa. Além disso, o documento também aponta outras atividades que são desenvolvidas no programa: articulação intersetorial (pactuação com as escolas) e gerenciamento do programa, com construção de relatórios⁹.

O objetivo das oficinas formativas é a apropriação e o aprofundamento dos referenciais teóricos do Programa Descolado, além de compartilhar as experiências vivenciadas nas oficinas e refletir criticamente sobre elas. Em concordância com o que está descrito no programa, os participantes apontam que o objetivo

da formação é possibilitar que o educador assuma posturas dialógicas, críticas, reflexivas e coerentes com o referencial teórico, além de ampliar as estratégias pedagógicas em sala:

[...] uma pessoa que passa pela formação, ela vai sair podendo fazer muito mais [...] estratégias de atuação em sala... associar mais as práticas educativas aos conteúdos. (ET1).

De acordo com o preconizado pelo programa, as oficinas com os adolescentes ocorrem em conformidade com a pactuação realizada previamente entre a gestão escolar e a do programa, podendo ocorrer nos turnos da manhã ou da tarde. As oito oficinas do programa são inseridas entre as atividades curriculares da escola, no período de uma aula (50 minutos), de forma que não comprometa o conteúdo programático de ensino escolar. As oficinas são realizadas por educadores do Programa Descolado nas turmas de estudantes do 6º ano do ensino fundamental II das escolas municipais do Recife⁹. Entretanto, não se explicita a quantidade de educadores por turma. Quando questionados, os participantes referem que são quatro educadores sociais atuando em sala e o coordenador, que também atua como educador, além de ressaltarem a importância de haver educadores de gêneros diferentes:

[...] O do descolado são quatro facilitadores atuando em sala. Por exemplo, hoje é assim com a equipe interna. A gente tem é o 'A' que coordena isso e que também atua em sala. Então são quatro facilitadores e o coordenador, que é ele mesmo. [...] serão dois facilitadores por turma, essa dupla de masculino e feminino pra contemplar a questão de gênero em sala. Então são quatro, dois em cada turma. (ET1).

É importante ressaltar que o desenvolvimento do documento oficial do Programa Descolado é recente, e, durante a leitura, encontraram-se algumas incoerências no texto que foram repassadas para a equipe técnica do programa fazer as devidas correções, como, por exemplo, a quantidade de oficinas, que são

oito e não nove, como descrito, e dificuldades no entendimento acerca de aspectos relativos ao relatório mensal do programa, por estarem apresentados em ordens distintas no documento, como, por exemplo, por quem o relatório seria redigido e de que forma.

Além disso, durante a etapa de validação do ML do programa (descrito a seguir – Passo 3), os *experts* também fizeram contribuições para ajustes ortográficos e/ou de checagem de algumas informações escritas, o que também foi repassado para a equipe do programa:

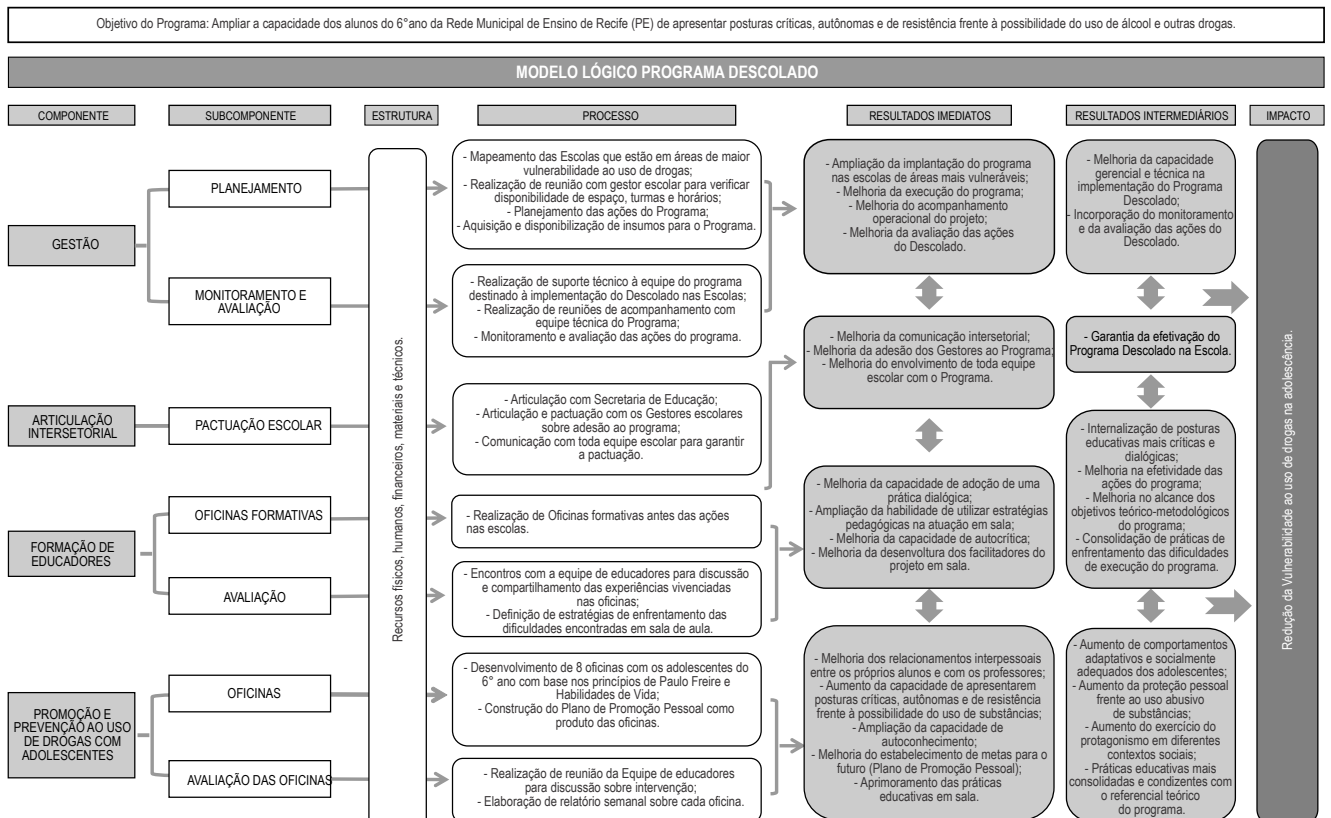
Uma dúvida nessa parte do texto escrito, página 10 [...] É preciso confirmar, mas acho que essa informação está incorreta [...] E aqui também cabe uma reflexão textual rápida [...] Eu acrescentaria: [...] (inclusive o uso prejudicial de drogas) – visto que usar drogas é muito do humano. As pessoas não se desumanizam por usarem drogas, mas talvez

por abusarem destas, usarem de modo prejudicial em suas vidas. (E1).

Passo 3. Construção e validação do ML do Programa Descolado

O ML (versão final) do Programa Descolado está apresentado na *figura 1*. No lado esquerdo da figura, estão especificados os quatro componentes (Gestão, Articulação Intersetorial, Formação de Educadores, Promoção de saúde e prevenção ao uso de drogas com adolescentes); assim como os sete subcomponentes (Planejamento; Pactuação escolar; Oficinas formativas; Oficinas; Monitoramento e avaliação em três componentes); e, por fim, a estrutura (recursos necessários para o desenvolvimento do programa); e os processos (recursos necessários para o desenvolvimento do programa); e os processos (as atividades desenvolvidas).

Figura 1. Modelo Lógico do Programa Descolado



O modelo mostra como cada processo leva a mais de um resultado imediato (curto prazo), e estes aos resultados intermediários, com vistas ao impacto esperado de redução da vulnerabilidade ao uso de drogas na adolescência. Além disso, também é possível observar no modelo as conexões internas existentes entre os resultados, indicando como um influencia e é influenciado pelo outro.

O primeiro componente do ML, Gestão, identifica as atividades e responsabilidades no âmbito da Sepod da cidade do Recife quanto ao Planejamento das ações e Monitoramento e avaliação do programa. Esse componente se refere às atribuições da equipe de gestão do programa, que tem como principais processos: mapear as escolas que estão em áreas de maior vulnerabilidade ao uso de drogas; realizar reunião com o gestor escolar para verificar a disponibilidade de espaço, turmas e horários; planejar as ações; adquirir e disponibilizar os insumos; realizar suporte técnico à equipe do programa na escola; realizar reuniões de acompanhamento com equipe técnica; e monitorar e avaliar as ações do programa.

O segundo componente, Articulação Intersetorial, corresponde às atividades desenvolvidas pela equipe da Sepod Recife quanto à Pactuação Escolar. Entre os processos desenvolvidos estão: articular com a Secretaria Municipal de Educação a implementação do programa nas escolas; articular e pactuar com os gestores escolares sobre adesão ao programa; comunicar toda a equipe escolar para garantir essa pactuação.

O terceiro componente, Formação de Educadores, corresponde ao processo de formação da equipe do programa para garantir a aplicabilidade de forma consistente e coerente com o referencial teórico fundamentado. São realizadas oficinas formativas, seu monitoramento e sua avaliação. Como principais processos, são realizadas oficinas de formação antes das ações nas escolas; encontros com a equipe de educadores para discutir e compartilhar as experiências vivenciadas nas oficinas e definir estratégias de enfrentamento das dificuldades encontradas na sala de aula.

O quarto componente, Promoção de saúde e Prevenção ao Uso de Drogas com Adolescentes, caracteriza-se pelo rol de ações/atividades desenvolvidas pelos profissionais da equipe do programa a fim de trabalhar a problemática das drogas de uma forma dialógica e participativa com os adolescentes na escola. Para tanto, são realizadas oficinas com os adolescentes e o monitoramento e a avaliação dessas oficinas. Como principais processos, são desenvolvidas oito oficinas com os adolescentes do 6º ano, com base nos princípios das Habilidades de Vida e do referencial teórico-metodológico de Paulo Freire; construção da Prática de Planejamento Pessoal (anteriormente, denominado Plano de Promoção Pessoal), como produto final das oficinas; além de reunião com a equipe de educadores para discussão sobre a intervenção e posterior elaboração de relatório semanal.

Durante a construção do modelo lógico, os informantes-chave foram convidados a refletir criticamente sobre o Programa Descolado e a perceber os pontos que precisavam ser esclarecidos e/ou modificados. Assim, uma primeira versão do modelo foi construída de forma participativa entre as pesquisadoras e a equipe técnica do Programa Descolado, de forma consensual e submetida à validação pelos especialistas.

De posse dessa primeira versão do modelo, iniciou-se a etapa de validação com *experts* na temática de drogas e de avaliação de programas. Na primeira rodada do consenso de validação do modelo, participaram 12 especialistas.

O nível de concordância obtido nessa primeira rodada foi de 75%. Diante disso, foi necessário realizar a segunda rodada de opiniões. As sugestões que obtiveram o consenso entre os pesquisadores foram acatadas, e o modelo revisado foi novamente enviado aos participantes com a informação das principais modificações realizadas na primeira rodada de opiniões.

Valem ser ressaltados, com relação à primeira rodada, alguns comentários dos especialistas sobre a relevância do estudo e do Programa Descolado:

Refletir sobre o futuro de adolescentes brasileiros, propor programas que estimulem e desenvolvam sua autonomia, que valorizem suas vozes e oportunizem uma reescrita de sua história é pra além de necessário – é urgente. A consistência teórica do programa também precisa ser valorizada, ao ter Paulo Freire como eixo estruturante da proposta. Uma metodologia atemporal. (E1).

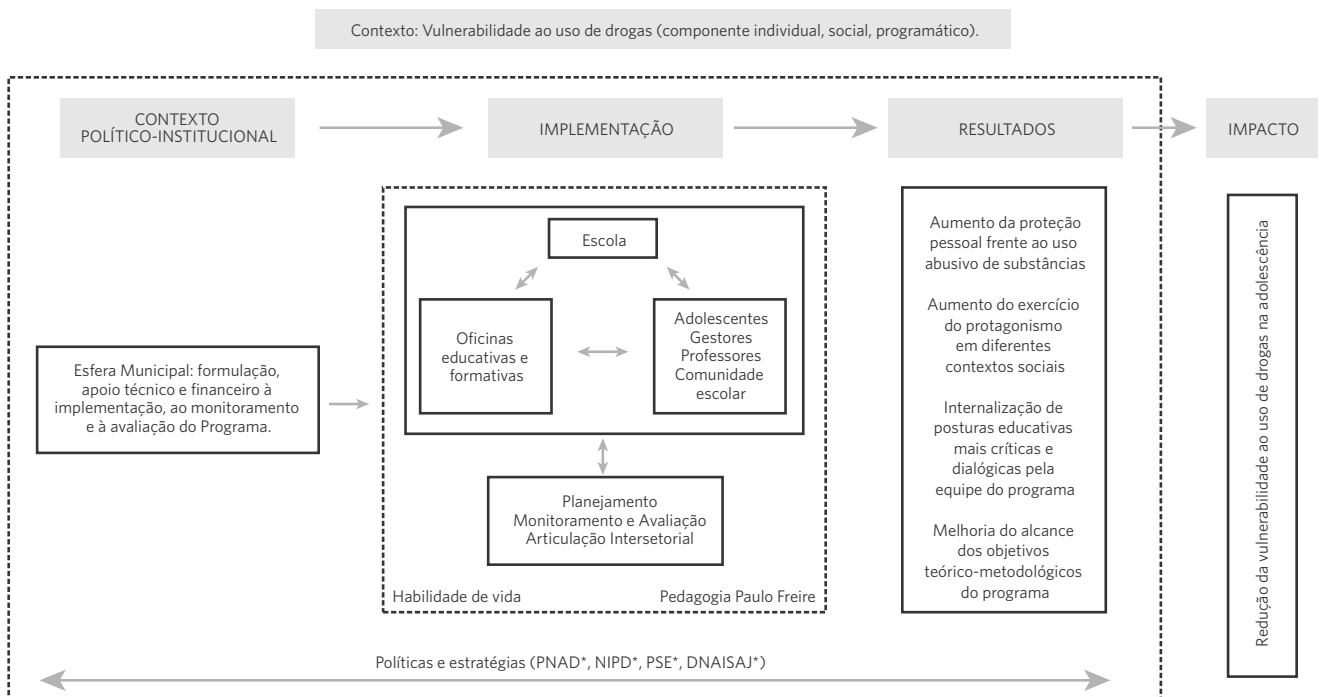
Após a validação, o ML foi encaminhado à equipe técnica do programa para julgar a pertinência da sua utilização e as modificações sugeridas.

Passo 5. Desenvolvimento de um modelo teórico do Programa Descolado

Na segunda rodada de opiniões, os participantes foram solicitados a realizar um novo julgamento sobre o ML corrigido. Dos 12 especialistas participantes da primeira rodada, oito participaram da segunda rodada de opiniões. Os demais especialistas não responderam por indisponibilidade de tempo. O nível de concordância obtido nessa segunda rodada foi de 100%, não sendo necessária nova consulta.

O modelo teórico apresentado na *figura 2* foi elaborado com base no ML validado no passo anterior e apresenta: o contexto, em um âmbito mais macro, em que o programa está inserido; o contexto político-institucional do programa; as ações desenvolvidas (implementação), bem como os aspectos que as influenciam; os principais resultados que se esperam do Programa Descolado; e o impacto final esperado na população-alvo, ou seja, a teoria do programa.

Figura 2. Modelo teórico da implantação do Programa Descolado



O Programa Descolado foi desenvolvido para ser aplicado nas escolas municipais do Recife. No entanto, nem todas as escolas são contempladas. Antes da implantação do programa, é realizado, de forma intersetorial, um mapeamento do contexto em que a escola está circunscrita. Dessa forma, as escolas que recebem as ações do programa estão em áreas de maior vulnerabilidade para crimes e violência e utilização de drogas na localidade.

O contexto político-institucional do Programa Descolado acontece no nível municipal, de forma que as outras esferas do governo não interferem no programa. Cabe ao poder municipal formular, apoiar tecnicamente e financeiramente a implementação, monitorar e avaliar o programa.

Como apresentado nos passos anteriores, a implementação do Programa Descolado na escola acontece, principalmente, através de oficinas educativas e formativas que são influenciadas e sofrem influência de diversos atores sociais dentro desse contexto escolar. Essa implementação só é efetivada se houver um planejamento prévio, monitoramento e avaliação ao longo da implementação e uma articulação intersetorial, principalmente entre as áreas da saúde, educação e assistência social.

O Programa Descolado é fundamentado teórica, pedagógica e praticamente pelos referenciais das Habilidades de Vida propostos pela OMS e pela Pedagogia de Paulo Freire, que direcionam todas as etapas da sua implementação e se constituem como conceitos substanciais para alcançar os efeitos esperados pelo programa.

No modelo teórico, apresenta-se um recorte dos principais resultados esperados, contidos no ML do programa, para atingir o impacto que

o Programa Descolado almeja, que é a redução da vulnerabilidade ao uso de drogas na adolescência. Os resultados esperados contemplam a interferência nas condutas tomadas pelos adolescentes pela equipe do programa, como também uma autocrítica do programa em si.

Todas essas dimensões do Programa Descolado são respaldadas pelas políticas públicas nacionais e internacionais de promoção e prevenção do uso de drogas, pelas estratégias intersetoriais e por diretrizes de atenção à saúde do adolescente.

Passos 6 e 7. Identificação dos usuários e definição dos procedimentos de avaliação

Realizou-se reunião com a equipe técnica do Programa Descolado com a finalidade de identificar os principais usuários e os envolvidos em avaliações posteriores, bem como as principais inquietações sobre a implementação do programa que possam ser respondidas na avaliação, levando em consideração os modelos lógico e teórico elaborados.

A equipe apontou que os principais envolvidos na avaliação seriam os adolescentes – participantes das oficinas, a gestão escolar e a própria equipe técnica do programa –, educadores e gestão.

As perguntas avaliativas consensuadas pela equipe técnica do Programa Descolado foram compiladas e categorizadas de acordo com os componentes do modelo lógico: gestão e articulação intersetorial; formação de educadores; promoção de saúde e prevenção ao uso de drogas com adolescentes, e estão apresentadas no *quadro 2*.

Quadro 2. Perguntas avaliativas do Programa Descolado. Recife, Pernambuco, Brasil, 2019

GESTÃO E ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL	FORMAÇÃO DE EDUCADORES	PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO AO USO DE DROGAS COM ADOLESCENTES
O Programa Descolado é pertinente considerando-se o contexto social da comunidade na qual a escola está inserida?	Em que medida a formação teórico-prática dos facilitadores atende aos objetivos do programa Descolado?	Qual é a efetividade do modelo prático desenvolvido com duplas de facilitadores nas oficinas?
Como se dá a pactuação entre a gestão do Descolado e os gestores das escolas? É efetiva?	Quais são os efeitos da formação teórico-prática dos facilitadores desenvolvida pelo programa Descolado?	Qual é o grau de adequação das Teorias (Habilidades sociais e Freireanas) sobre as quais o programa Descolado foi elaborado?
Os recursos materiais e humanos disponibilizados pelo programa são suficientes para atender às necessidades do Programa Descolado?	De que forma os facilitadores do Descolado definem estratégias de enfrentamento das dificuldades encontradas em sala? São eficazes?	As temáticas do programa extrapolam/geram reflexões para além do âmbito escolar (profissional, familiar, relacionamentos)?
Como é realizado o monitoramento e avaliação das ações do programa?		A metodologia das oficinas está adequada ao público-alvo (alunos do 6º ano) ao qual se pretende aplicar o programa?
Como se dá a comunicação entre a equipe do programa Descolado e a comunidade escolar? É efetiva?		As oficinas contribuem para o aprimoramento das práticas educativas em sala pelos adolescentes?
O programa Descolado oferece suporte técnico necessário para sua implementação nas escolas?		A metodologia operacional para construção do PPP está adequada para o público-alvo?
Em que medida a contratação de facilitadores está em conformidade com os pré-requisitos estabelecidos pelo programa?		O PPP desperta o interesse dos jovens, adolescentes, para pensar sobre seus objetivos de vida, ver as possibilidades de futuro?
Qual é o grau de implementação do programa Descolado?		Quais são os efeitos das oficinas desenvolvidas pelo programa Descolado relacionados ao comportamento dos adolescentes – relacionamento interpessoal, autoconhecimento e posturas críticas frente ao uso de substâncias?
		Qual é a efetividade do programa Descolado na prevenção do uso de álcool e outras drogas?
		Em que medida a metodologia desenvolvida é adequada para o alcance dos objetivos do programa Descolado?

Fonte: elaboração própria.

Discussão

Os resultados do estudo indicaram que o Programa Descolado é avaliável, auxiliaram na organização e descrição de forma lógica do programa, por meio da modelização – ML da intervenção e teórico da avaliação –, e contribuíram para o aprimoramento da sua estruturação, indicando pontos de ajustes nos objetivos, atividades e recursos. Ademais, na última etapa, identificou-se uma série de perguntas avaliativas que podem ser norteadoras para outras avaliações sobre o programa.

A partir do EA, foi possível visualizar, de forma mais nítida, as relações causais existentes no programa, bem como das problemáticas que se deseja resolver, suas diretrizes, objetivos, resultados esperados e processos necessários para alcançá-los⁷. Realizado por avaliadores externos, com participação e apoio de especialistas em avaliação e a equipe técnica do Programa Descolado, este estudo possibilitou mudanças desde o início do processo avaliativo. Conduzir um EA também significa avaliar e criticar até que a descrição do programa seja coerente e lógica, por isso, é

frequente a necessidade de modificar descrições e atividades do programa⁶.

Nessa perspectiva, durante o processo de EA, a equipe técnica do programa refletiu criticamente sobre o objetivo do Programa Descolado e decidiu modificar as normativas para melhorar a coerência entre o proposto e o que está sendo implementado pelo programa. Dessa forma, o objetivo do programa atualmente é ‘ampliar a capacidade dos alunos do 6º ano da Rede Municipal de Ensino de Recife (PE) de apresentar posturas críticas, autônomas e de prevenção frente à possibilidade de uso de álcool e outras drogas’.

Cabe pontuar uma incongruência identificada na fundamentação teórica do Programa Descolado sobre a estratégia de prevenção na qual o programa se fundamenta. Em seu documento, o programa é definido como uma ‘estratégia universal e seletiva do uso de álcool e outras drogas’. Entretanto, ao se analisarem as características do Programa Descolado, percebe-se que ele se configura como uma estratégia universal do uso de álcool e outras drogas, visto que é dirigido a uma população geral, sem qualquer estratificação por grupo de risco⁴.

Nas diretrizes ou normativas do Programa Descolado, no tocante às oficinas formativas com educadores, fica claro que conformam um dos eixos principais, por se compreender que os educadores precisam estar embasados e alinhados com os referenciais teóricos e metodológicos do programa para que o objetivo seja alcançado. Domitrovich e colaboradores¹³ afirmam que, quando os componentes principais de um programa não são implementados, quando são implementados com fragilidade ou quando são feitas adaptações negativas, tais fragilidades potencialmente podem reduzir a eficácia e o impacto do programa.

Em contrapartida, na entrevista, a equipe aponta uma inconsistência com relação ao processo formativo, pois admite indefinições de como essa acontecerá. Além disso, não fica claro como ocorrerá esse processo de formação: sua operacionalização, quem conduzirá a formação, quais as temáticas abordadas (de

forma mais específica), entre outras informações relevantes, para que esse eixo também seja avaliado e, posteriormente, replicado por outros gestores.

Nessa mesma perspectiva, com relação às oficinas com os adolescentes, um ponto de atenção encontrado durante o EA está relacionado com o perfil dos educadores que implementam as oficinas. As diretrizes do programa não apresentam de forma explícita: quem são esses implementadores? Qual é a sua formação? São contratados especificamente para essa finalidade? Quais são os requisitos necessários para implementarem o Descolado? Qual tempo de formação para implementarem o programa?

A importância de trazer de forma mais consistente e clara o processo de formação do Programa Descolado, bem como o perfil dos implementadores, impacta o sucesso da implementação do programa. Assim, uma intervenção tende a ser bem-sucedida em sua implementação se contar com recursos humanos adequadamente formados, conhecedores da intervenção e com atitudes favoráveis a ela, aos seus princípios teóricos e seu desenho lógico¹⁴.

Vale ressaltar que a pesquisa dos documentos do programa identificou um documento oficial do Programa Descolado, que permitia analisar suas normativas. De acordo com Natal e colaboradores¹⁵, programas em fase de criação tendem a apresentar poucos documentos relativos à organização e ao funcionamento. Dessa forma, entendendo o Programa Descolado em fase de desenvolvimento, compreende-se que lacunas e ajustes verificados neste estudo precisam ser superados por parte da equipe de desenvolvedores do programa.

A descrição do programa é um dos passos no planejamento de uma avaliação, e o desenho do ML constitui-se em uma das estratégias que podem ser desenvolvidas para essa descrição. O ML é entendido enquanto um esquema visual que apresenta como um programa deve ser implementado e quais resultados são esperados¹⁶. Nesse aspecto, o ML foi construído juntamente com a equipe técnica do Programa

Descolado e validado por especialistas. A participação dos grupos envolvidos no programa é fundamental nesse processo de modelização¹⁷.

A validação por juízes especialistas doutores na área com anos de experiência na temática de avaliação de políticas/programas e/ou na área de álcool e outras drogas potencializou a construção do ML do Programa Descolado, pois possibilitou contribuições significativas para reajuste do programa com robustez e consistência. Novas perspectivas e apontamentos possibilitaram uma reflexão crítica por parte da equipe do programa – intencionalidade, objetivos, desfechos. Algumas dessas modificações puderam ser realizadas ao longo do processo de validação. Já outras precisam ser discutidas e aprofundadas pela equipe técnica para saber se serão factíveis ao Programa Descolado.

De acordo com Zina e colaboradores¹⁸, a apropriação do ML também pode contribuir para verificar se os objetivos do serviço estão sendo alcançados e ainda sinalizar os avanços e desafios encontrados na implantação do programa.

Sobre a relevância do referencial Freireano¹⁹, é importante destacar alguns comentários dos especialistas que ressaltam o uso desse referencial como eixo estruturante da proposta, proporcionando consistência teórica ao programa, por se tratar de uma metodologia atemporal. Ressaltaram, ainda, a pertinência do Programa Descolado em preocupar-se menos com questões conteudistas sobre drogas e dar maior atenção ao humano. Além disso, o modelo das Habilidades de Vida, outro referencial teórico estruturante do programa, também é reconhecido como um modelo de prevenção que propõe que jovens com habilidades de competência pessoal e social tenham menos chances de se envolver em comportamentos problemáticos, bem como promovem autoeficácia e expectativas de sucesso futuro²⁰.

Esse processo de modelização torna mais clara a teoria do programa e permite a elaboração de perguntas avaliativas²¹. Essa proposta

da definição dos procedimentos de avaliação de forma conjunta com os atores envolvidos no programa instigou uma construção participativa do modelo avaliativo⁸. É importante pontuar que, para além dessa etapa específica, todo o EA foi realizado de forma participativa com a equipe técnica do programa, e, por isso, percebeu-se um maior engajamento e uma maior apropriação não só do processo avaliativo em si, mas a incorporação dos resultados e sugestões para a implantação do programa.

Esse enfoque qualitativo-participativo, o qual inclui os atores envolvidos nas ações, constitui-se como uma ferramenta que efetivamente subsidia a tomada de decisões, pois os efeitos desta pesquisa avaliativa são originados tanto de resultados consolidados ao final quanto durante o próprio processo de desenvolvimento do estudo, em uma perspectiva formativa²².

As perguntas avaliativas elaboradas com a equipe do Programa Descolado revelaram o interesse dos envolvidos no programa em identificar aspectos relacionados a cada componente do ML, abrangentes e com diversidade de objetos, objetivos e enfoques teórico-metodológicos factíveis ao desenvolvimento de análises e estudos futuros. Nesse sentido, vale sinalizar que, entre essas diversas possibilidades, a partir deste EA, desenvolveu-se uma avaliação da implantação do Programa Descolado por meio de um estudo de caso, o qual será objeto de uma outra publicação.

Algumas das dificuldades deste estudo estiveram relacionadas ao tempo de retorno dos juízes especialistas durante a validação do ML. A utilização de questionários por meio eletrônico para realizar a técnica Delphi é ainda um procedimento recente, que, apesar de possuir vantagens como rapidez na distribuição, na coleta e no processamento de dados e alcance de potenciais respondentes que podem estar distantes geograficamente, pode levar ao aumento das taxas de não respondentes, o que causa perdas amostrais^{21,23}. Essas limitações foram sanadas flexibilizando-se o prazo de entrega das devolutivas.

Uma limitação encontrada durante a realização das etapas deste estudo está relacionada com a saída de alguns profissionais da equipe gestora do Programa Descolado que foram desligados da função devido a mudanças no cenário político⁸. Essas limitações foram contornadas por meio da equipe técnica, que permaneceu fornecendo todo o suporte para que a pesquisa ocorresse.

Considerações finais

Este estudo aponta que o Programa Descolado foi considerado avaliável, pois foi possível estabelecer parâmetros avaliativos; e identificaram-se dados necessários para uma pesquisa de avaliação de processo e de resultados passíveis de serem coletados.

Verificou-se que os objetivos do Programa Descolado foram ajustados e refletem o que o programa se propõe a fazer, porém, algumas fundamentações teóricas, bem como a operacionalização e a avaliação de algumas ações, ainda precisam ser aperfeiçoadas, a fim de contribuir de forma mais eficaz para o processo de implementação do Programa Descolado nas escolas do Recife. Dessa forma, recomenda-se que os desenvolvedores corrijam e fortaleçam tais lacunas identificadas na diretriz do Programa.

A modelização descrita neste estudo avaliativo buscou descrever de forma esquemática o Programa Descolado, proporcionando melhor

conhecimento e entendimento dos gestores e profissionais técnicos envolvidos com a implementação do programa e subsidiar futuros estudos, seja para verificar a operacionalização dos processos ou mensurar o alcance dos resultados pretendidos. Também há a possibilidade de sua difusão como um programa, uma vez verificadas suas evidências, para ser aplicado em outras cidades brasileiras.

Os resultados deste trabalho podem contribuir para a realização de novos estudos de avaliabilidade de outros programas e políticas, não apenas na área da saúde como também na área social. Além de subsidiar a readequação das atividades e a elaboração de normas operacionais mais claras que facilitem o processo de implantação desses programas e/ou políticas, sua implementação e avaliação. Ressalta-se que o referencial teórico dos sete passos proposto neste estudo torna o EA mais didático e possível de ser replicado tanto para outros estudos sobre o Programa Descolado quanto para outras intervenções.

Colaboradoras

Oliveira MPCA (0000-0002-0699-1779)*, Gontijo DT (0000-0002-2117-0143)*, Schneider DR (0000-0002-2936-6503)* e Samico IC (0000-0002-8338-7946)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Abuse. Global Status Report on Alcohol. Geneva: WHO; 2004.
2. Horr JF. Avaliação da satisfação do processo de implantação do programa preventivo Unplugged na perspectiva dos educandos. [monografia]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2015. 187 p.
3. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2019: Pre-release to Member States. Vienna: UNODC; 2019. [acesso em 2023 jan 16]. Disponível em: https://wdr.unodc.org/wdr2019/pre-launch/pre-launchpresentation_WDR_2019.pdf.
4. United Nations Office on Drugs and Crime. International Standards on Drug Use Prevention. 2013. [acesso em 2023 jan 16]. Disponível em: https://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/Topics_drugs/Publicacoes/prevention_standards_1.pdf.
5. Pereira APD, Sanchez ZM. Características dos Programas escolares de Prevenção ao Uso de Drogas no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2020; 25(8):3131-42.
6. Thurston WE, Ramaliu A. Evaluability Assessment of a Survivors of Torture Program: Lessons Learned. *The Canad. J. Prog. Evaluat.* 2005; 20(2):1-25.
7. Bezerra LA, Cazarin G, Alves CKA. Modelagem de programas: da teoria à operacionalização. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, et al., organizadores. *Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais*. Rio de Janeiro: MedBook; 2010. p. 65-78.
8. Macedo TR, Possoli L, Natal S, et al. Revisão integrativa sobre Estudos de Avaliabilidade na área da saúde no Brasil / Integrative review on Health Evaluability Studies in Brazil. *Braz. J. Health Review*. 2020; 3(5):13620-37.
9. Recife. Prefeitura. Sistema Mais Recife de Política sobre Drogas: Programa Mobiliza Recife (relatório interno). Recife: Prefeitura; 2018.
10. Silva RN, Guarda FRB, Hallal PC, et al. Avaliabilidade do Programa Academia da Saúde no Município do Recife, Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2017; 33(4):1-16.
11. Revorêdo LDS, Maia RS, Torres GDV, et al. O uso da técnica delphi em saúde: uma revisão integrativa de estudos brasileiros. *Rev Arq. Ciênc. Saúde*. 2015; 22(2):16-21.
12. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
13. Domitrovich CE, Bradshaw CP, Poduska JM, et al. Maximizing the Implementation Quality of Evidence-Based Preventive Interventions in Schools: A Conceptual Framework. *Adv. in School Ment. Health Promotion*. 2008; 1(3):6-28.
14. Santos KB, Murta SG. A implementação de programas de promoção e prevenção no âmbito da saúde mental. In: Murta SG, Leandro-França C, Santos KB, et al., organizadores. *Prevenção e promoção em saúde mental: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção*. Novo Hamburgo: Sinopsys; 2015.
15. Natal S, Samico I, Gonçalves L, et al. Estudo de avaliabilidade da rede de formação de Recursos Humanos da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. *Cad. Saúde Colet*. 2010; 18(4):560-71.
16. Champagne F, Brousselle A, Hartz Z, et al. Modelizar as Intervenções. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, et al., organizadores. *Avaliação: Conceitos e Métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 61-74.
17. Brunner R, Craig P, Watson N. Evaluability assessment: An application in a complex community improvement setting. *Evaluation*. 2019; 25(3):349-65.
18. Zina LG, Neves ÉSM, Portugal ÉLA, et al. Estudo de avaliabilidade da atenção especializada em saúde bucal no sistema público de saúde brasileiro. *Research, Society and Develop.* 2022; 11(3):e52111326158.

19. Freire P. *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 25. ed. São Paulo: Paz e Terra; 2002.
20. Botvin GJ, Griffin KW. Avaliação de Programas de prevenção e promoção em saúde mental. In: Murta SG, Leandro-França C, Santos KB, et al., organizadores. *Prevenção e promoção em saúde mental: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção*. Novo Hamburgo: Sinopsys; 2015.
21. Bicalho JMF, Guimarães EAA, Freitas PP, et al. Desenvolvendo modelos para o Programa de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável: um estudo de avaliabilidade. *Res. Soc. Develop.* 2021; 10(10):e600101019051.
22. Ronzani TM, Mota DCB, Costa PHA. Avaliação de necessidades em saúde mental: utilizando métodos participativos. In: Murta SG, Leandro-França C, Santos KB, et al., organizadores. *Prevenção e promoção em saúde mental: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção*. Novo Hamburgo: Sinopsys; 2015.
23. Jünger S, Payne SA, Brine J, et al. Guidance on Conducting and Reporting Delphi Studies (CREDES) in palliative care: Recommendations based on a methodological systematic review. *Palliative Med.* 2017; 31(8):684-706.

Recebido em 03/07/2022

Aprovado em 29/11/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Experiências de acesso à saúde bucal de mulheres em situação de rua

Experiences of access to oral health of homeless women

Isaac Torres dos Santos¹, Raimundo Rosendo Prado Júnior¹, Fábio Solon Tajra¹, Regina Ferraz Mendes¹

DOI: 10.1590/0103-1104202313605

RESUMO O objetivo deste estudo foi compreender a experiência de acesso a ações e serviços de saúde bucal de mulheres em situação de rua na cidade de Teresina, Piauí. Pesquisa qualitativa, norteada pelo paradigma interpretativo, desenvolvida com mulheres em situação de rua acompanhadas por instituições de referência. Os dados foram obtidos mediante entrevistas semiestruturadas, gravadas e transcritas. As análises foram baseadas na hermenêutica de Hans-Georg Gadamer (2015) associada às contribuições de Paul Ricoeur (1976). Foram realizadas 13 entrevistas, identificando-se duas unidades de significado: Ser-mulher em situação de rua; e Acesso a ações e serviços de saúde bucal. Diversas problemáticas cruzam as vidas das mulheres em situação de rua, sendo agravadas pela condição de gênero. Precárias condições de saúde bucal e dificuldade de acesso a ações e serviços de saúde bucal foram indicadas nas narrativas. É imperativo que as políticas existentes sejam postas em prática e contemplem as peculiaridades femininas. Apesar de todos os cirurgiões-dentistas da rede serem responsáveis pela atenção à saúde bucal das pessoas em situação de rua, a presença de um membro da saúde bucal dentro da equipe de consultório da rua foi apontada como necessária.

PALAVRAS-CHAVE Saúde bucal. Acesso aos serviços de saúde. Pessoas em situação de rua. Saúde da mulher. Hermenêutica.

ABSTRACT *This study aimed to understand the experience of access to oral health initiatives and services of homeless women in the city of Teresina, Piauí. A qualitative research, guided by the interpretative paradigm, was conducted with homeless women who were under the care of specialized institutions. The data were obtained using semi-structured interviews, which were recorded and transcribed. The analyses of the interviews were based on the hermeneutics of Hans-Georg Gadamer (2015), combined with the contributions of Paul Ricoeur (1976). Thirteen interviews were conducted, identifying two units of meaning: Being-woman and homeless; and Access to oral health initiatives and services. Poor oral health conditions and difficulty in accessing oral health initiatives and services were reported by the participants. Those problems were aggravated by the status of being a woman. The existing health policies should be put into practice and should, additionally, take into account female peculiarities. Although the public health system is available for the oral health care of homeless people, the Street Clinic service would benefit from the participation of an oral health professional.*

KEYWORDS *Oral health. Health services accessibility. Homeless persons. Women's health. Hermeneutic.*

¹ Universidade Federal do Piauí (UFPI) – Teresina (PI) Brasil.
isaac_atwa@hotmail.com



Introdução

O acesso aos serviços de saúde diz respeito a perceber a existência de uma necessidade de assistência à saúde e agir em busca dessa assistência. Barreiras ao acesso e ao uso dos serviços de saúde, incluindo os serviços odontológicos, têm sido observadas no Brasil e em países como México, Estados Unidos da América e África do Sul. Essas barreiras podem estar relacionadas com acessibilidade (barreiras geográficas), necessidades de saúde dos indivíduos, características dos serviços de saúde e características socioeconômicas e demográficas^{1,2}. Ao entender que o acesso e o uso dos serviços odontológicos são influenciados pelas desigualdades sociais e econômicas, é importante considerar a situação de populações em vulnerabilidade social, como a População em Situação de Rua (PSR). Esse grupo está envolto em determinantes sociais que influenciam na saúde, como pobreza extrema, vínculos familiares fragilizados, uso de álcool e outras drogas e problemas de saúde mental³.

Diante dessas questões, a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR) surgiu para facilitar o acesso aos serviços e programas de saúde para essa população⁴. Em conformidade com a PNPSR, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estipulou a Equipe de Consultório na Rua (eCR) para garantir ações de Atenção Básica (AB) voltadas para atender às necessidades de saúde da PSR^{5,6}. Essa equipe pode ser composta por enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, médico, agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião-dentista, profissional/professor de educação física e profissional com formação em arte e educação. De acordo com o número e a categoria profissional presente, as eCR podem ser classificadas nas modalidades I, II ou III. É previsto que o técnico em saúde bucal e/ou o cirurgião-dentista possam compor qualquer uma das modalidades citadas. Quando da presença de um técnico em saúde bucal, este terá todas

suas atividades obrigatoriamente supervisionadas por um cirurgião-dentista vinculado a uma Equipe de Saúde da Família (e-SF), a qual também será responsável pelo atendimento da população e pela programação de atividades em conjunto com o técnico em saúde bucal da eCR^{5,7}.

Apesar disso, a PSR ocupa um espaço desfavorecido no sistema de saúde nacional e possui muitas necessidades de saúde bucal^{3,8-12}. A questão se agrava quando se analisa a saúde da mulher em situação de rua, com sua condição de vulnerabilidade e risco maiores, pois as dificuldades sociais dessa situação somam-se às dificuldades de gênero. A violência e o abuso sexual, por exemplo, são pontos importantes, haja vista que ser mulher as torna mais propensas a sofrer violência de gênero no cotidiano da rua. A gravidez não planejada também é outra problemática, que é agravada quando estão presentes o uso de álcool, cigarro e drogas ilícitas, práticas comumente observadas entre as mulheres gestantes em situação de rua. Além disso, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), que são frequentes na PSR, podem ser pioradas pela questão de gênero¹³⁻¹⁸.

A prevalência de traumatismos maxilofaciais causados por violência em mulheres é de até 63,2% no Brasil¹⁹. Ademais, algumas IST podem desenvolver alterações bucais. Na sífilis, por exemplo, as manifestações bucais mais frequentes são o cancro duro, as placas mucosas e as gomas, além dos incisivos de Hutchinson e molares em amorra no caso de sífilis congênita²⁰. Os pacientes soropositivos podem desenvolver várias lesões orais, sendo que as mais prevalentes são: infecções fúngicas (candidíase e queilite angular); infecções bacterianas (doença periodontal e gengivite ulceronecrosante); infecções virais (herpes simples e leucoplasia pilosa oral); e lesões neoplásicas (sarcoma de Kaposi)²¹.

Já a gravidez provoca modificações hormonais que podem refletir na modulação de sinais e sintomas da Doença Periodontal (DP). Adicionalmente, a DP pode ser considerada fator de risco para o parto prematuro,

baixo peso ao nascer, diabetes gestacional e pré-eclâmpsia²². Destaca-se ainda que o uso de álcool, cigarro e drogas ilícitas, independentemente de haver gestação ou não, pode predispor danos à saúde bucal, indo desde manchamento nos dentes e halitose até cárie, DP e câncer bucal. Além disso, essas substâncias podem aumentar o limiar de dor da pessoa, mascarando a sintomatologia dolorosa de lesões orais e agravando a situação, pois o usuário demorará a buscar um serviço de saúde bucal²³. Todos esses fatos reforçam a necessidade de ações de saúde bucal para as mulheres em situação de rua. Assim, o objetivo deste estudo foi compreender a experiência de acesso a ações e serviços de saúde bucal de mulheres em situação de rua em Teresina, Piauí.

Material e métodos

Estudo qualitativo, norteado pelo paradigma interpretativo, com referencial teórico da hermenêutica, realizado a partir de entrevistas individuais usando roteiro semiestruturado com mulheres em situação de rua em Teresina, Piauí.

Teresina, capital do Piauí, estado situado na região Nordeste, tem uma população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 871.126 pessoas em 2021. O Índice de Desenvolvimento Humano municipal é de 0,751 em 2010, e um Índice de Gini da distribuição do rendimento real efetivo domiciliar per capita de 0,51 em 2003²⁴. À época do I Censo e Pesquisa Nacional sobre a PSR, o município contava com uma população de 370 pessoas em situação de rua, com predominância do sexo masculino³. Em pesquisa realizada na cidade, com 176 pessoas em situação de rua, 98,9% apresentaram experiência de cárie dentária, com número médio de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D) de 11,0±6,95⁹. O município de Teresina adotou a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo prioritário

de atenção básica, com cobertura de 100% da população. Atualmente possui uma rede de AB composta por 90 Unidades Básicas de Saúde (UBS), que atendem a demandas agendadas e espontâneas. Entre outros serviços, são 264 e-SF, 241 equipes de saúde bucal e um Consultório na Rua²⁵.

Para garantir a transparência e a completude dessa produção, seguiu-se o Standards for Reporting Qualitative Research²⁶. As participantes foram recrutadas enquanto aguardavam atendimento nos serviços municipais de referência para o cuidado à PSR: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua de Teresina-PI (Centro POP), Albergue Municipal 'Casa do Caminho' e UBS de referência da eCR (UBS Dr. José Ribeiro de Carvalho). Ocorreram entrevistas nos três cenários de pesquisa e foram incluídas treze mulheres maiores de 18 anos, cadastradas em ao menos um dos serviços de referência. Cinco foram excluídas por, após avaliação do pesquisador-entrevistador e/ou serviços de psicologia dos locais, estarem em condições que impossibilitassem a comunicação oral (como estar visivelmente sob efeito de álcool/drogas). O recrutamento das participantes foi por conveniência, até a saturação teórica²⁷, entre agosto/2019 e fevereiro/2020, após imersão prévia do pesquisador de campo nesses espaços, visando a aculturação e ambientação²⁸.

Além de temas gerais de identificação pessoal, o modo de viver nas ruas e os motivos que as levaram a tal situação, o roteiro semiestruturado das entrevistas incluiu os seguintes questionamentos: 'quando há necessidade ou problema de saúde bucal, o que costuma fazer?'; 'caso ocorra, onde e como conseguiu consulta com dentista e o que achou desta consulta/tratamento?'; e 'mudaria algo no modo como foi atendida?'.
A entrevista foi realizada em sala reservada, contando somente com a presença da entrevistada e do pesquisador. O pesquisador de campo passou por experimentação do roteiro e desenvolvimento da técnica de entrevista e

conduziu a produção de dados após fundamentação teórico-conceitual e metodológica oportunizada por meio de encontros quinzenais em grupo de pesquisa sobre estudos qualitativos, durante o primeiro e o segundo semestre de 2018. As entrevistas foram gravadas em áudio, e as transcrições foram realizadas. Os dados foram arquivados em um *drive* para acesso de todos os pesquisadores, exclusivamente. As transcrições foram compartilhadas com as participantes para comentários e correções.

A análise de dados ocorreu em blocos de três, adotando o referencial teórico da hermenêutica de Hans-Georg Gadamer²⁹, associado às contribuições de Paul Ricoeur³⁰. A análise e interpretação das narrativas ocorreram em três fases: leitura inicial do texto, leitura crítica e apropriação³¹. O pesquisador de campo realizou as transcrições das entrevistas na íntegra. Houve conferência dos dados transcritos com os coletados, sendo as transcrições validadas por outro pesquisador. A codificação dos dados foi auxiliada pelo pesquisador docente coorientador, para identificar as unidades de significado. Essas unidades foram geradas indutivamente, sem utilização de *softwares*. Os resultados foram discutidos com o pesquisador de campo e com outros dois pesquisadores proponentes do trabalho e com *expertise* no assunto, garantindo a checagem por membros³².

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, sob o número 3.724.147. Destaca-se que a anonimização dos dados pessoais foi mantida, segundo critérios da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018). Os nomes das participantes aqui apresentadas são fictícios.

Resultados e discussão

Treze mulheres participaram desta pesquisa, em entrevistas com média de 30 minutos de duração. Dez participantes estavam em situação de rua há mais de um ano. Três

mulheres relataram episódios de violência, e dez manifestaram drogadição. Onze relataram algum problema de saúde bucal quando em situação de rua, e, destas, sete procuraram serviço odontológico. Ao analisar suas narrativas, identificaram-se duas unidades de significado, a saber: Ser-mulher em situação de rua; e Acesso a ações e serviços de saúde bucal.

Ser-mulher em situação de rua

As narrativas indicaram aspectos do processo de ida à rua, de como se percebem e de como sobrevivem nessa situação. Entre os elementos dessa condição, o fator familiar é uma das principais causas para a situação de rua³¹⁶ e esteve presente em várias narrativas do estudo: “*tenho uma família que briga, é desunida*” (Elis); e, “*estou aqui na rua, porque namoro com um rapaz e minha família não aceita*” (Liniker). O rompimento ou o enfraquecimento de vínculos familiares leva a situações de isolamento e de solidão. As pessoas não se sentem pertencentes a nenhuma unidade familiar ou comunitária, revelando um quadro de desamparo e abandono, tornando-as menos protegidas e mais vulneráveis^{33,34}. É fato que há situações em que o viver na rua é uma escolha dos indivíduos, em uma busca por liberdade: “*às vezes, a pessoa fica na rua por querer ficar no ar livre, o meu caso é por querer*” (Gal). Essa sensação de liberdade ocorre, pois, em uma estrutura familiar, há responsabilidades que não existem na rua; além de que o âmbito domiciliar é, por vezes, um ambiente considerado opressor e perigoso, no qual as mulheres sofrem violências. Nesses casos, a rua torna-se um local de fuga^{3,17,34,35}.

Nesse quesito, a violência figurou nas narrativas nas formas física, sexual, psicológica/moral, verbal, estrutural, institucional, simbólica e intervenção legal. Ressalta-se que ser mulher as torna mais propensas a sofrer situações de violência na rua, em uma relação em que o sexo masculino se impõe sobre o feminino, levando à violência de gênero^{10,15,17,18}. Casos de agressão física e/ou sexual entre a PSR são os mais relatados¹⁰, concordando com

o seguinte trecho: “sou vítima de violência doméstica e, meu agressor, meu pai, me batia na cabeça; depois trabalhei informalmente e fui estuprada, mas não denunciei” (Elza).

Também foi referido o uso de álcool e outras drogas:

Eu bebia muito e quando minha mãe faleceu, eu bebi mais ainda, e fumo muito também. (Sandra).

Quando eu estou sentindo qualquer problema eu tomo um copo de cachaça. (Bethânia).

Para dor de dente eu tomava logo era cachaça, fica tudo anestesiado. (Cássia).

Além do caráter recreativo e socializador, pois a cachaça está constantemente presente nas rodas de conversas da PSR, o consumo de substâncias psicoativas pode amenizar a percepção de incômodos e garantir esquecimento e bem-estar ante as adversidades da vida na rua^{8,34,36}. Além disso, essas substâncias influenciam o temperamento da PSR. Seus efeitos sobre o sistema nervoso central, como sonolência e diminuição dos reflexos, aumentam o risco de as mulheres em situação de rua sofrerem violência física e sexual^{18,36}. Outro fato que se destaca é que o álcool e outras drogas aumentam o risco a doenças orais, tais como irritação, úlceras e edemas na mucosa oral, halitose, manchamento nos dentes, xerostomia, bruxismo, candidíase, doenças periodontais, cáries, perdas dentárias e câncer bucal²³.

A vida na rua também está relacionada com questões de saúde mental, observada na narrativa: “minha vida virou de cabeça para baixo, estou vivendo igual folha seca, deixando o vento me levar, tenho depressão e até tomo vários remédios” (Sandra). Tem-se que 9% das mulheres entrevistadas no Censo Nacional sobre a PSR afirmaram ter doenças de ordem psiquiátrica³. Além disso, os abusos (físicos, sexuais, psicológicos) de que são/foram vítimas podem provocar danos à saúde mental^{15,16,37}.

Sobre como elas se sentem, há uma construção social ancorada em rótulos (ou estereótipos) e preconceito, considerados importantes instrumentos de exclusão social e perda da autoestima, além de gerar constrangimento: “existem pessoas que nos veem como marginais e essa é nossa realidade, a gente sente constrangimento” (Elza). O constrangimento gerado pelos rótulos/estereótipos também é sentido quando as mulheres buscam atenção à saúde: “tem vezes que o médico trata a pessoa como se fosse nada, por ser morador de rua nos atendem só por obrigação e nos tratam com ignorância” (Alcione). O preconceito e os constrangimentos são barreiras ao acesso a serviços de saúde. Há vergonha em buscar atendimento, de modo a evitar a entrada em certos locais para não passar pelo constrangimento de serem expulsas^{3,13,38}. Além disso, pode ocorrer discriminação por parte de alguns profissionais de saúde, que se mostram indiferentes e/ou até rejeitam os usuários em situação de rua^{8,39}.

Diante das iniquidades sociais que enfrentam, as mulheres em situação de rua realizam diversas atividades visando ao seu sustento: “trabalho por minha conta, vendo meia, peço dinheiro, faço programa, faço artesanato” (Bethânia). Esses dados ajudam a desmistificar a imagem de que a PSR é composta unicamente por ‘mendigos’ e ‘pedintes’. A literatura aponta o desemprego como uma das causas para viver na rua, porém, nacionalmente, 70,9% das pessoas em situação de rua exercem alguma atividade remunerada. As ocupações mais frequentes das mulheres estão relacionadas com pequenas atividades do mercado informal, como coletar e vender materiais recicláveis, vigiar carros e prostituição^{3,16}.

Cabe destacar que conhecer o perfil de raça/cor da população orienta as ações de saúde bucal. Assim, entre a PSR do Brasil, a proporção de negros (somatório de pardos a pretos) é maior (67%) comparados aos níveis encontrados na população geral (44,6%)³. Tal fato é importante, pois a vulnerabilidade da população negra é maior em relação à da branca no que se refere às iniquidades raciais

em saúde bucal no Brasil, em indicadores como cárie, perda dentária, dor e necessidade de prótese⁴⁰.

Acesso a ações e serviços de saúde bucal

A situação de rua favorece o surgimento de doenças e agrava as já existentes³. Além disso, a PSR é um grupo excluído dos serviços de saúde, ficando distante do direito à atenção integral¹³. A necessidade de acesso a tratamento de saúde bucal é relatada¹¹ mesmo diante da PNPSR, que assegura o acesso amplo e simplificado aos serviços e aos programas de saúde⁴.

No presente artigo, observaram-se as seguintes barreiras ao acesso a ações e serviços de saúde bucal: demora em conseguir consulta; logística das marcações no sistema de saúde; exigência de documentações; e profissionais de saúde que atendem somente população residente e adscrita ao território da UBS.

A demora na marcação de consultas e o longo tempo de espera para os atendimentos são uma das barreiras para a assistência à saúde da PSR¹³, como constata-se em: *“demora sim, muitas vezes passo de quinze dias a um mês para poder ser atendida, a maioria das vezes, eu não vou, até esqueço a data”* (Alcione). As características da PSR devem ser consideradas por serviços e ações de saúde bucal. Uma delas é o imediatismo para com as demandas apresentadas, pois há, no viver nas ruas, uma urgência em obter o que se deseja⁴¹. Por isso o termo ‘imediatistas’ é um dos rótulos utilizados por alguns cirurgiões-dentistas do setor público ao se referirem à PSR¹¹. Deve-se entender que uma demora em ser atendida nas consultas gera reflexos na busca pela sobrevivência desse grupo, uma vez que pode significar perda de refeições e de acesso a abrigos. O imediatismo na resolução dos problemas está presente também quando a PSR dá preferência à exodontia, e não a tratamentos conservadores, que geralmente exigem mais sessões clínicas¹³.

Essa tendência para a exodontia também é decorrente da busca por serviços de saúde

bucal somente diante da sintomatologia dolorosa, quando, por vezes, o único tratamento é a remoção dentária: *“nunca fui ao dentista, porque nunca senti dor, nunca senti problema nenhum”* (Iza); e, *“de repente, eles [os dentes] doem, e só assim que procuro dentista”* (Gal). Buscar ou aceitar ajuda somente diante da necessidade urgente ou piora evidente da situação releva as concepções de saúde e de cuidado desse grupo: uma visão focada em um modelo de atenção curativo, biomédico e medicalizador. Isso leva à falta de adesão da PSR aos serviços de saúde, dificultando a resolução dos problemas^{11,41,42}.

A dificuldade da PSR em comparecer à consulta no dia e no horário marcado está relacionada também com esquecimento, estilo de vida na rua (marcado pelo uso de álcool e drogas) e dificuldade de deslocamento até a unidade de saúde¹³. Sobre o esquecimento, deve-se considerar que a pessoa em situação de rua pode não ter acesso a relógio ou até mesmo não saber em que dia da semana está⁴¹. Há ainda a dificuldade financeira em se deslocar até a UBS, visto que a logística das marcações no sistema de saúde desconsidera as particularidades da PSR, como a extrema pobreza: *“marquei o dentista, mas me encaminharam para outro bairro e é muito longe, tem que ir a pé, então não fui”* (Elba).

O acesso geográfico (distância e tempo necessário para alcançar e obter os serviços) e o acesso sócio-organizacional (exigência de documentação antes de receber o serviço ou os preconceitos com raça e/ou classe social que podem gerar uma barreira para o acesso) são elementos determinantes na saúde da PSR². Pode-se pensar o acesso aos serviços de saúde mediante três dimensões: disponibilidade, aceitabilidade e acessibilidade. A primeira dimensão relaciona-se à oferta de serviços. A segunda, à satisfação da população com o serviço utilizado. Já a terceira dimensão diz respeito à proximidade geográfica do serviço ofertado, como também à organização do trabalho no que tange a horários, rotinas, prioridades técnicas, entre outros. É nessa

terceira dimensão que recai a narrativa das entrevistadas. Acessibilidade é o elemento estrutural imprescindível para obter a atenção ao primeiro contato. Nesse cenário, a AB, por ser a principal porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS), deve garantir fácil acesso ao usuário, pois um serviço disponível e facilmente acessível evita que a atenção seja postergada, afetando o manejo do problema de saúde^{2,43}. Assim, uma maior facilidade no acesso geográfico ao serviço odontológico dá aos usuários mais chances de alcançar a integralidade na saúde bucal⁴⁴.

Consultas ocorrendo em horas incompatíveis com horários de sobrevivência e trabalho na rua também dificultam o acesso^{3,13}. É plausível que as necessidades de saúde sejam colocadas em segundo plano quando não se sabe o que irá comer ou onde irá dormir⁴². Uma flexibilidade no horário de atendimento facilitaria a questão, já que as UBS podem funcionar em horários alternativos e com diferentes formas de agendamento, desde que atendam às necessidades da população⁶. Nisso, a instituição do Programa ‘Saúde na Hora’ pode ser uma opção ao estender o horário de funcionamento das UBS⁴⁵.

As disparidades sociais dessa população também se relacionam com a desigualdade nos acessos aos serviços de saúde. Estruturalmente, disparidades socioeconômicas estão associadas com condições desiguais nos acessos aos serviços e na condição de saúde das populações. Quando se reflete sobre a extrema pobreza econômica da PSR, entende-se que toda barreira ao acesso impacta muito mais os grupos que são socioeconomicamente desfavorecidos^{2,4}.

A exclusão das pessoas em situação de rua dos serviços também é reforçada mediante violência institucional, por meio da burocracia nos serviços de saúde, como a exigência de documento de identidade, de comprovante de endereço e/ou do Cartão Nacional de Saúde⁴⁶. Este estudo concorda com essa informação diante da narrativa: “às vezes não era atendida, porque sem documento a pessoa não é

ninguém, não atendem” (Alcione). A falta de documentos de identificação pessoal é um fenômeno comum entre as PSR e cria um obstáculo ao acesso a programas, ações e serviços do governo e ao exercício da cidadania. Porém, legalmente (Lei nº 13.714, de 24 de agosto de 2018), é assegurada atenção integral à saúde aos indivíduos em situações de vulnerabilidade ou risco social e pessoal mesmo sem apresentar documentos que comprovem domicílio ou inscrição no cadastro no SUS^{8,13,44,46,47}.

Nesse cenário, encontra-se outra barreira: a territorialidade. A característica migratória da PSR torna inapropriado um trabalho baseado somente na responsabilização por uma área geográfica fixa e sua população adscrita. Assim, as UBS com uma territorialização rígida, que não adscrevem a PSR, são fortes obstáculos para a assistência em saúde dessa população^{11,13}. Essa situação pode ser observada na fala a seguir:

Quem não tem casa, não pode se consultar. Eu tinha agente de saúde e não tenho mais. Quando é morador de rua, eles [dentistas] não gostam de atender, não atendem quem não é de lá da área. (Elba).

Diante disso, as mulheres buscam estratégias como: “para ser atendida, eu dou o endereço da casa da minha irmã” (Elba). No entanto, isso não deveria ocorrer, pois a AB deve responder às necessidades de saúde não somente da população com residência fixa, mas também dos itinerantes, como a PSR. A necessidade da população (a residente e a itinerante) é o elemento definidor das ações e dos serviços de saúde⁶.

Toda essa conjuntura faz com que, em alguns casos, as mulheres em situação de rua recorram a ameaças para garantir o atendimento: “às vezes, tenho que ameaçar denunciar, todos nossos direitos são descumpridos, desrespeitados; chega um momento que é automático reclamar” (Elza). Diante das condições adversas vividas na rua, é necessário estar em constante estado de vigilância e preparação

para ‘reagir’ ou ‘fugir’¹³. Além disso, a situação de rua exige uma constante reafirmação de si mesmo enquanto ser humano e cidadão, para ter acesso a direitos e diminuir preconceitos e estigma social⁴⁸. Ressalta-se que, além do álcool e das drogas influenciarem no temperamento da PSR³⁶, a condição de saúde bucal pode causar dificuldade em manter um estado emocional equilibrado, deixando a pessoa em situação de rua nervosa ou irritada¹².

Há ainda, no contexto da saúde bucal, algumas questões pessoais que influenciam na busca por ações e serviços. Como exemplo, tem-se a negligência com a própria saúde bucal: “*várias vezes marcaram dentista para mim e eu nunca fui, esqueço de ir*” (Alcione); e, “*tanto faz eu escovar os dentes ou não, quando lembro vou escovar os dentes, não tenho vaidade*” (Sandra). Por ser um grupo heterogêneo⁴, existem percepções diversas em relação ao autocuidado, e há até quem não procure pelos serviços de saúde. Contudo, a negligência para consigo ou a falta de autocuidado podem adquirir, no contexto da rua, outros significados. A falta de vaidade de mulheres em situação de rua pode significar uma forma de proteção para evitar ser violentada⁴⁹. Além disso, deve-se lembrar que as mulheres em situação de rua frequentemente fazem uso de substâncias psicoativas, cujos efeitos podem levar à negligência com a saúde bucal²³: “*a pessoa quando está assim, no uso [sob efeito de drogas], não procura o dentista*” (Elis).

Nas narrativas das mulheres em situação de rua, evidenciaram-se outros serviços e instituições como sendo importantes auxiliares no acesso aos serviços de saúde bucal, como é o caso da eCR:

Procurei o consultório na rua e pedi um encaminhamento ao dentista e deu certo, fui atendida no mesmo dia, me levaram lá para o hospital. No consultório na rua o atendimento é mais rápido. (Rita).

Pensando em garantir a AB para populações específicas, a PNAB estipulou a eCR^{5,6}. A

atuação dessa equipe mostra-se positiva, pois desenvolve ações para além da intervenção terapêutica, com atendimento integral e de qualidade, valorização da escuta e do acolhimento e realização de busca ativa das situações que necessitam de atendimento. Assim, a eCR tem se revelado como um real dispositivo de acesso e cuidado a esse grupo social^{46,49}.

Embora a população necessite e a Portaria nº 1.029/2014 permita, a eCR de Teresina não possui cirurgião-dentista ou técnico de saúde bucal em sua composição. No entanto, a equipe tem facilitado o acesso das mulheres em situação de rua às ações de saúde bucal em outros serviços da rede. Porém, existem dificuldades da eCR na busca por pactuar o acesso da PSR à atenção em saúde bucal¹¹. A PNAB orienta que, mesmo existindo eCR, todos os profissionais do SUS, em especial os da AB, são responsáveis pela saúde de populações com vulnerabilidades sociais. As equipes que atuam na AB devem aprender as tecnologias do cuidado, a sensibilidade do trabalhador e os modos de escuta e construção de vínculos da eCR, para que, no futuro, não sejam mais necessárias as eCR⁶.

O Centro POP também figurou como um elemento facilitador do acesso ao fornecer documentação ou declaração para ser apresentada nos estabelecimentos de saúde: “*como estava sem documento, fui com uma declaração do Centro POP: eu mostrava a declaração e era atendida no dentista*” (Gal). O Centro POP tornou-se um espaço potente para atender a algumas necessidades da população, como fichas para refeições, fornecimento de espaço e material para higiene, organização na confecção de documentos e liberação de benefícios sociais. Ainda assim, esse serviço precisa desenvolver ações de modo a atender a PSR em suas singularidades, garantindo-lhes, além dos direitos básicos, o acesso à rede intersetorial^{48,49}.

As narrativas das mulheres indicaram a busca por acesso à atenção em saúde bucal em hospitais públicos da cidade. Essa questão releva que, como já descrito, normalmente

os serviços de saúde são procurados por esse grupo populacional somente em situações de urgência, condições que são resolvidas no nível terciário da saúde. Vale destacar que o uso de substâncias psicoativas pode aumentar o limiar de dor, mascarando a sintomatologia dolorosa de lesões bucais, fazendo com que o usuário postergue a busca por serviços de saúde²³. Assim, o cuidado centrado nas situações de urgência e emergência dificulta as ações de promoção da saúde e continuidade do cuidado^{13,50}.

Diante da conjuntura da saúde em situação de rua, as mulheres nessa condição apontam uma possível solução para melhorar o acesso à saúde bucal:

Se tivesse um dentista específico para gente, ficaríamos mais tranquilas; se tivesse um espaço próprio para nós, com dentista, igual tem um [médico] clínico geral no consultório na rua. (Elza).

Eu acho que devia ter dentista aqui, através do albergue. (Nara).

Assim, entende-se que se faz necessária a existência de um dentista específico para PSR, que pode ser incluído na eCR, pois, por intermédio da Portaria nº 1.029/2014, o cirurgião-dentista consta no rol das categorias profissionais que podem compor as eCR⁷.

A problemática das mulheres em situação de rua não é exclusivamente uma questão de políticas públicas (embora necessite), mas sim de fazer valer as leis e as portaria já existentes, como as indicadas aqui. É pertinente citar, por exemplo, que a Política Nacional de Saúde Bucal, de 2004, já indicava os ‘grupos de rua’ como espaços sociais possíveis para ações de proteção à saúde bucal em nível coletivo⁵¹. Entretanto, devido à pouca compreensão da responsabilidade sanitária de todas as equipes de saúde bucal do SUS para com a PSR e dada à dificuldade de acesso às ações de saúde bucal, é imprescindível a presença do cirurgião-dentista dentro da eCR. O cuidado seria então compartilhado entre o dentista da eCR e os

demais dentistas da AB, que também são responsáveis pela atenção à saúde das pessoas em situação de rua⁶.

A formação na área da saúde deve enfatizar uma educação que englobe também os aspectos de produção de subjetividade e o adequado conhecimento dos preceitos que regem o SUS. Isso pode ser alcançado ao se contemplar o quadrilátero ensino, gestão, atenção e controle social dentro da formação em saúde. É fundamental que a gestão da educação na saúde seja integrante da gestão do sistema de saúde, de modo a redimensionar a forma de atuação dos serviços, além de dar atenção ao controle social⁵². Nesse sentido, valorizar a educação permanente no cotidiano do trabalho auxiliaria no enfrentamento de situações reais e complexas, baseadas em padrões previamente definidos, tais como as diretrizes do SUS e os protocolos de saúde bucal⁵³.

Isso fortaleceria o entendimento de que a rua, por ser um espaço de vida, também é um território⁵⁴, e deve ser enfatizado no processo de territorialização para os serviços de saúde bucal. A territorialização e o mapeamento da área de atuação são atribuições comuns a todos os membros das equipes da AB e visam identificar famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidades para programar as ações baseadas nas necessidades existentes⁶. Nesse assunto, cabe reforçar a noção de território vivo, de Milton Santos⁵⁵: se o território é vivo, logo é mutável, então é importante refazer ou complementar a territorialização sempre que necessário⁶.

Pode-se ainda trazer à tona o acesso avançado como um conceito importante a ser utilizado. Esse é um método de organização das vagas das consultas, no qual a agenda permanece sempre aberta e, conforme a demanda, os horários vão sendo preenchidos diariamente. Assim, evita-se um agendamento fragmentado, dividido em períodos reservados a grupos específicos; ou divisão da agenda entre demanda de rotina e de urgência⁵⁶. O uso do método de acesso avançado, em associação com o processo de territorialização, poderia superar o

problema relativo ao absenteísmo e ao tempo de espera⁵³ que as mulheres em situação de rua enfrentam. Destaca-se que há pessoas em situação de rua que têm pouca itinerância relacionada com o seu local de permanência, convivência e cuidados de vida. Nesses casos, a equipe de saúde pode vincular essa pessoa à UBS, acompanhando-a de modo longitudinal⁵⁷.

É importante também que os profissionais de saúde bucal entendam que a própria dinâmica tradicional de funcionamento do atendimento odontológico pode gerar entraves para o acolhimento e o acesso⁵³. A presença de profissionais de saúde bucal sem sensibilização, sem treinamento e sem capacitação sobre a PSR pode acarretar, por conseguinte, a presença de profissionais alheios ao caráter humano e social do ato de cuidar. Isso é uma barreira à medida que pode levar ao preconceito e ao estigma, fragilizando o acolhimento. Essas ações, por parte do cirurgião-dentista, tendem a afastar a PSR do serviço de saúde bucal¹¹.

Viver na rua é uma situação extrema, mas é mais grave para as mulheres, que se tornam mais vulneráveis pelos problemas referentes à condição de gênero¹³. Quando isso tudo é somado aos problemas de saúde bucal, entende-se as mulheres em situação de rua quando dizem que a conjuntura “*deveria mudar, deveria ter um local para as mulheres, para que a gente pudesse conseguir uma vida melhor*” (Marília).

Considerações finais

A condição da PSR é amparada por políticas públicas que trouxeram conquistas significativas em saúde. Porém, verificaram-se fragilidades no acesso a ações e serviços de saúde bucal em virtude da dificuldade de acolhimento nas UBS; da dificuldade dos serviços e dos profissionais da rede em considerar as peculiaridades que cercam a vida das mulheres

em situação de rua; e da ausência do cirurgião-dentista na eCR.

É necessária a inclusão de profissionais de saúde bucal na eCR, bem como o cumprimento das políticas existentes, com ênfase nas peculiaridades do universo feminino em situação de rua, e o reconhecimento das suas necessidades e demandas. Além disso, o desenvolvimento de práticas intersetoriais, a organização e o funcionamento dos serviços em rede e o investimento na educação permanente no cotidiano do trabalho dos cirurgiões-dentistas da AB favoreceriam o entendimento de que todos os profissionais de saúde bucal do SUS são responsáveis pelo atendimento das mulheres em situação de rua, assim como da PSR.

Como limitações do estudo, há o fato de as entrevistas terem sido realizadas somente com mulheres acompanhadas pelos serviços de referência, muito embora a existência de pessoas em situação de rua para além do amparo das instituições seja uma verdade, e careça de investigações, uma vez que as vivências delas podem destoar das observadas no presente estudo. Importa salvaguardar que os resultados condizem com o contexto da cidade na qual a pesquisa foi realizada; diferentes conjunturas podem apresentar outras realidades para a PSR, não sendo possível a generalização dos resultados.

Colaboradores

Santos IT (0000-0002-6055-8300)* contribuiu para concepção, coleta, análise, interpretação dos dados e redação do artigo. Prado Júnior RR (0000-0001-7475-6554)* contribuiu para revisão crítica e traduções em língua estrangeira. Tajra FS (0000-0001-7236-5541)* contribuiu para concepção, análise, interpretação dos dados e redação do artigo. Mendes RF (0000-0002-9216-0786)* contribuiu para concepção, redação do artigo e revisão crítica. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Carreiro DL, Souza JGS, Coutinho WLM, et al. Acesso aos serviços odontológicos e fatores associados: estudo populacional domiciliar. *Ciênc. saúde colet.* 2019; 24(3):1021-32.
2. Starfield B. *Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.* Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde; 2002.
3. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Rua: aprendendo a contar: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua.* Brasília, DF: MDS; 2009.
4. Brasil. Decreto nº 7.053, 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 23 Dez 2009.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 122 de 25 de janeiro de 2012. Define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua. *Diário Oficial da União.* 25 Jan 2012.
6. 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.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.029, de 20 de maio de 2014. Amplia o rol das categorias profissionais que podem compor as Equipes de Consultório na Rua em suas diferentes modalidades e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 20 Maio 2014.
8. Aguiar MM, Iriart JAB. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2012; (28):115-24.
9. Bernardino RMP, Silva AM, Costa JF, et al. Dental caries experience and associated factors among Brazilian homeless persons: a cross-sectional study. *Int. J. Odontostomat.* 2020; 14(4):564-571.
10. Hino P, Santos JO, Rosa AS. Pessoas que vivenciam situação de rua sob o olhar da saúde. *Rev Bras Enferm.* 2018; (71):684-92.
11. Silva LMA, Monteiro IS, Araújo ABVL. Saúde bucal e consultório na rua: o acesso como questão central da discussão. *Cad. Saúde Colet.* 2018; (26):285-91.
12. Lawder JAC, Matos MA, Souza JB, et al. Impacto da condição dentária na qualidade de vida de indivíduos em situação de rua. *Rev Saude Publica.* 2019; (22):1-10.
13. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua.* Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.
14. Costa SL, Vida CPC, Gama IA, et al. Gestantes em situação de rua no município de Santos, SP: Reflexões e desafios para as políticas públicas. *Saude soc.* 2015; (24):1089-102.
15. Rosa AS, Brêtas ACP. A violência na vida de mulheres em situação de rua na cidade de São Paulo, Brasil. *Interface (Botucatu).* 2015; (19):275-85.
16. Villa EA, Pereira MO, Reinaldo AMS, et al. Perfil sociodemográfico de mulheres em situação de rua e a vulnerabilidade para o uso de substâncias psicoativas. *Rev enferm UFPE on line.* 2017; (11):2122-31.
17. Sanchotene IP, Antoni C, Munhós AAR, MARIA, MARIA: concepções sobre ser mulher em situação de rua. *Textos Context (Porto Alegre).* 2019; (18):146-60.
18. Souza MRR, Oliveira JF, Chagas MCG, et al. Gênero, violência e viver na rua: vivências de mulheres que fazem uso problemático de drogas. *Rev Gaúcha Enferm.* 2016; 37(3):e59876.
19. Chaves AS, Lund RG, Martos J, et al. Prevalência de traumatismos maxilofaciais causados por agressão ou

- violência física em mulheres adultas e os fatores associados: uma revisão de literatura. *RFO UPF*. 2018; (23):60-7.
20. Kalinin Y, Neto Passarelli A, Passarelli DHC. Sífilis: aspectos clínicos, transmissão, manifestações orais, diagnóstico e tratamento. *Odonto*. 2015; (23):65-76.
 21. Paulique NC, Cruz MCC, Simonato LE, et al. Manifestações bucais de pacientes soropositivos para HIV/AIDS. *Arch Heal Invest*. 2017; (6):240-4.
 22. Carvalho G, Santos R, Camiá G, et al. Saúde Bucal na gestação e suas implicações para a gestante e feto: perspectivas do enfermeiro durante o pré-natal. *Braz J Health Rev*. 2019; (2):4345-61.
 23. Marques L, Lotif M, Rodrigues Neto E, et al. Abuso de drogas e suas consequências na saúde bucal: uma revisão de literatura. *Rev Faculdade Odontol Lins*. 2016; (26):29-35.
 24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Conheça cidades e estados do Brasil: Teresina. [acesso em 2022 set 27]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pi/teresina>.
 25. APS Redes Inovação na Gestão do SUS. Organização da Atenção Primária em Teresina. [acesso em 2022 set 27]. Disponível em: <https://apsredes.org/organizacao-da-atencao-primaria-em-teresina/>.
 26. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, et al. Standards for reporting qualitative research: A synthesis of recommendations. *Acad Med*. 2014; (89):1245-51.
 27. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad. Saúde Pública*. 2011; (27):389-94.
 28. Ribeiro DVA, Azevedo RCS, Turato ER. Por que é relevante a ambientação e a aculturação visando pesquisas qualitativas em serviços para dependência química? *Ciênc. saúde coletiva*. 2013; 18(6):1827-34.
 29. Gadamer H. Verdade e método. 15. ed. Bragança Paulista: Petrópolis: Vozes; 2015.
 30. Ricoeur P. Teoria da Interpretação: o discurso e o excesso de significação. Lisboa: Edições 70; 1976.
 31. Terra MG, Gonçalves LHT, Santos EKA, et al. Fenomenologia-hermenêutica de Paul Ricoeur como referencial metodológico numa pesquisa de ensino em enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2009; (22):93-9.
 32. Patias ND, Hohendorff JV. Quality criteria for qualitative research articles. *Psicol estud*. 2019; (24):1-14.
 33. Escorel S. Vidas ao léu: Trajetórias de exclusão social. Rio de Janeiro: Zahar; 2006.
 34. Cunha JG, Garcia A, Silva TH, et al. Novos arranjos: lançando um olhar sobre os relacionamentos interpessoais de pessoas em situação de rua. *Gerais: Rev Interinst Psicol*. 2017; 10:95-108.
 35. Andrade LP, Costa SL, Marquetti FC. A rua tem um ímã, acho que é a liberdade: potência, sofrimento e estratégias de vida entre moradores de rua na cidade de Santos, no litoral do Estado de São Paulo. *Sau-de soc*. 2014; (23):1248-61.
 36. Monteiro FKV, Almeida LP. A exclusão social de mulheres moradoras de rua: questões de gênero e políticas sociais. In: Silva PC, organizador. *Territorio(s), gênero, trabajo y políticas públicas en América Latina*. São Paulo: Provocare; 2017. p. 117-129.
 37. Carvalho L. As causas dos transtornos mentais. In: Santana CLA, Rosa AS, organizadores. *Saúde mental das pessoas em situação de rua: conceitos e práticas para profissionais da assistência social*. São Paulo: Epidaurus Medicina e Arte; 2016. p. 64-7.
 38. Silva BM, Silva VN, Andrade EGS. Dificuldades encontradas pelos moradores de rua no acesso a saúde pública. *Rev Inic Cient Ext*. 2019; (2):280-6.
 39. Ferreira CPS, Rozendo CA, Melo GB. Consultório na rua em uma capital do nordeste brasileiro: o olhar de pessoas em situação de vulnerabilidade social. *Cad. Saúde Pública*. 2016; (32):1-10.

40. Guiotoku SK, Moysés ST, Moysés SJ, et al. Iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil. *Rev Panam Salud Pública*. 2012; (31):135-41.
41. Wijk LBV, Mângia EF. O cuidado a pessoas em situação de rua pela rede de atenção psicossocial da Sé. *Saúde debate*. 2017; (41):1130-42.
42. Paiva IKS, Lira CDG, Justino JMR, et al. Direito à saúde da população em situação de rua: Reflexões sobre a problemática. *Ciênc. saúde colet*. 2016; (21):2595-606.
43. Carneiro Júnior N, Jesus CH, Crevelim MA. A Estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. *Saude soc*. 2010; (19):709-16.
44. Chaves SCL, Barros SG, Cruz DN, et al. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. *Rev Saude Publica*. 2010; (44):1005-1013.
45. 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. *Diário Oficial da União*. 15 Maio 2019.
46. Hallais JAS, Barros NF. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. *Cad. Saúde Pública*. 2015; (31):1497-504.
47. Brasil. Lei nº 13.714, de 24 de agosto de 2018. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, para assegurar o acesso das famílias e indivíduos em situações de vulnerabilidade ou risco social e pessoal à atenção integral à saúde. *Diário Oficial União*. 24 Ago 2018.
48. Sicari AA, Zanella AV. Pessoas em Situação de Rua no Brasil: Revisão Sistemática. *Psicol Ciênc Prof*. 2018; (38):662-79.
49. Lopes PR, Winkelmann MCC, Heidemann ITSB, et al. Percepção das pessoas em situação de rua acerca da promoção da saúde. *Rev Enferm Atual*. 2017; 83(21):54-60.
50. Vale AR, Vecchia MD. “UPA é nós aqui mesmo”: as redes de apoio social no cuidado à saúde da população em situação de rua em um município de pequeno porte. *Saude Soc*. 2019; (28):222-34.
51. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
52. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis Rev Saúde Colet*. 2004; (14):41-65.
53. Warmling CM, Baldisserotto J, Rocha ET. Acolhimento & acesso de necessidades de saúde bucal e o agir profissional na Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2019; (23):1-15.
54. Sampaio C. Território e redes. In: Lopes LE, organizador. *Atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua com ênfase nas equipes de consultórios na rua: caderno de atividades*. 2. ed. Rio de Janeiro: EAD; ENSP; Fiocruz; 2018. p. 25-77.
55. Santos M. O retorno do território. In: Santos M, Souza MAA, Silveira ML, organizadores. *Território, globalização e fragmentação*. São Paulo: Hucitec; 1998. p. 15-20.
56. Pires Filho LAS, Azevedo-Marques JM, Duarte NSM, et al. Acesso avançado em uma unidade de saúde da família do interior do estado de São Paulo: um relato de experiência. *Saude soc*. 2019; (43):605-13.
57. Pacheco J, Lima J, Amirati K, et al. População em situação de rua e a saúde como direito. In: Lopes LE, organizadores. *Atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua com ênfase nas equipes de consultórios na rua: caderno de atividades*. Rio de Janeiro: EAD; ENSP; Fiocruz; 2018. p. 87-96.

Recebido em 29/07/2022

Aprovado em 07/11/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Esquizofrenia, modelo biomédico e a cobertura da mídia

Schizophrenia, the biomedical model and media coverage

Antonio Henrique Ferreira Melo¹, Fernando Freitas²

DOI: 10.1590/0103-1104202313606

RESUMO A esquizofrenia, marcada por alterações significativas na percepção da realidade e, em muitos casos, pelo declínio social e ocupacional, continua sendo um desafio etiológico e terapêutico. Apesar de décadas em investigações científicas sobre suas possíveis causas, apenas modestos avanços foram alcançados. Atualmente, as pesquisas indicam que a esquizofrenia é uma condição complexa e que sua etiologia é multifatorial. No entanto, o modelo biomédico em saúde mental, caracterizado pela ideia de que transtornos mentais são doenças do cérebro, frequentemente procura delimitar a esquizofrenia aos seus aspectos biológicos, menosprezando a influência do ambiente. A concepção de transtornos mentais como doenças cerebrais tem repercutido na população em geral, que, em parte, é informada sobre o tema a partir da divulgação científica pela mídia tradicional. O objetivo do artigo é analisar como as causas da esquizofrenia têm sido divulgadas pela mídia impressa. Para tanto, a partir de uma Análise de Discurso Crítica, foi conduzida uma busca no acervo digital dos três maiores jornais brasileiros, de maneira a evidenciar quem é convocado a falar sobre a esquizofrenia e quais as principais explicações causais divulgadas ao público. Os resultados mostram um domínio do discurso biomédico e um enfoque em aspectos genéticos e neuroquímicos da esquizofrenia.

PALAVRAS-CHAVE Transtornos mentais. Esquizofrenia. Meios de comunicação de massa. Saúde mental.

ABSTRACT *Schizophrenia, marked by significant alterations in the perception of reality and, in many cases, by social and occupational decline, remains an etiological and therapeutic challenge. Despite decades of scientific investigation into its possible causes, only modest progress has been made. Today, research indicates that schizophrenia is a complex condition and that its etiology is multifactorial. However, the biomedical model of mental health, characterized by the idea that mental disorders are brain diseases, often seeks to delimit schizophrenia to its biological aspects, underestimating the influence of the environment. The conception of mental disorders as brain diseases has had an impact on the general population, which, in part, is informed about the subject from scientific dissemination by the traditional media. The objective of the article is to analyze how the causes of schizophrenia have been publicized by the print media. For this purpose, based on a Critical Discourse Analysis, a search was conducted in the digital collection of the three largest Brazilian newspapers, in order to highlight who is invited to talk about schizophrenia and what are the main causal explanations disclosed to the public. The results show a dominance of the biomedical discourse and a focus on genetic and neurochemical aspects of schizophrenia.*

KEYWORDS *Mental disorders. Schizophrenia. Mass media. Mental health.*

¹Caps AD III Antônio Carlos Mussum - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. ahenriquefelo@gmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (Laps) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. (*in memoriam*)



Introdução

O modelo biomédico em saúde mental pode ser descrito como um campo de pesquisa e de prática clínica, onde há a suposição elementar de que os transtornos mentais são doenças do cérebro. A ascendência desse modelo produziu avanços nas pesquisas genéticas, na neurociência e na biologia molecular, levando muitos a considerarem os resultados desse desenvolvimento como uma verdadeira revolução sobre a compreensão da natureza dos transtornos mentais¹. Embora os estudos genéticos e as novas tecnologias de mapeamento cerebral tenham possibilitado uma melhor compreensão dos transtornos mentais, nenhuma dessas pesquisas conseguiu identificar uma causa biológica para qualquer diagnóstico psiquiátrico^{2,3}.

Ainda que exista um certo consenso na comunidade científica sobre a complexidade da etiologia dos transtornos mentais e da necessidade de compreendê-los a partir de uma perspectiva causal multifatorial, é comum que algumas dessas categorias diagnósticas sejam vistas pela população em geral como condições eminentemente biológicas. Em uma pesquisa realizada na Alemanha em 2006, 2.464 pessoas foram perguntadas sobre qual seria a causa mais importante para o surgimento da esquizofrenia. A maioria dos entrevistados, 32,2%, acreditava que a esquizofrenia seria uma doença cerebral⁴.

Ainda que não haja uma descoberta científica que possa determinar a natureza biológica de transtornos mentais, como a esquizofrenia, quais motivos levam o público leigo a acreditar nessa relação causal? É provável que parte da opinião pública sobre o tema seja formada a partir de informações veiculadas pelo jornalismo científico. Este trabalho, que pode ser entendido como uma atividade de difusão, é dirigido para fora de seu contexto originário, em um esforço de ‘traduzir’ resultados de pesquisas científicas para o público em geral. É comum, no entanto, que a atitude de cautela presente nas conclusões das enunciações

científicas seja apresentada ao público em tom de assertividade, ignorando o caráter de provisoriedade inerente ao saber científico⁵.

A esquizofrenia, enquanto uma das mais importantes categorias diagnósticas para a psiquiatria, possui um lugar de destaque nas pesquisas que pretendem determinar sua etiologia. Em 2005, por exemplo, a revista ‘Science’ elencou a procura pelas causas da esquizofrenia como uma das 125 grandes questões científicas do presente século⁶.

As causas da esquizofrenia, no entanto, permanecem desconhecidas^{7,8}. Apesar do esforço de muitos pesquisadores, ainda não foram encontrados um ‘gene da esquizofrenia’, ou alterações cerebrais que possam, isoladamente, explicar a origem dos sintomas psicóticos. Ainda assim, a divulgação científica sobre as causas da esquizofrenia feita por grandes jornais em suas seções de ciência, ao privilegiarem pesquisas e fontes do campo biomédico, podem levar à suposição de que, graças aos avanços científicos contemporâneos, sua etiologia poderia ser descrita em termos estritamente orgânicos.

Para analisar de que forma a esquizofrenia tem sido divulgada ao público pela mídia impressa brasileira, o presente trabalho pretende evidenciar quem são os especialistas convocados a falar sobre a esquizofrenia e quais as principais explicações causais divulgadas aos leitores desses jornais.

A esquizofrenia enquanto categoria diagnóstica

A esquizofrenia, marcada por alterações significativas na percepção da realidade e, em muitos casos, por um declínio social e ocupacional, continua sendo um desafio etiológico e terapêutico⁹. Segundo a quinta e última edição (2013) do ‘Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5)’, a esquizofrenia e outros transtornos psicóticos são caracterizados por anormalidades, tais como delírios, alucinações, pensamento e

ou discurso desorganizado, desorganização motora e sintomas negativos¹⁰. Estima-se que ela afeta cerca de 24 milhões pessoas em todo o mundo ou 1 em cada 300 pessoas¹¹.

Os primeiros relatos do fenômeno datam de meados do século XIX. Naquela época, psiquiatras europeus começaram a descrever perturbações com causas desconhecidas, afetando tipicamente os jovens, e frequentemente progredindo para uma deterioração crônica¹². Na França, Bénédict Morel¹³ denominou tais casos como *démence précoce*, enquanto na Alemanha ficariam conhecidas como ‘catatonias’¹⁴ e ‘hebefrenias’¹⁵.

Emil Kraepelin¹⁶, na sexta edição da sua obra ‘Psychiatrie: ein lehrbuch für studirende und aerzte’ (‘Psiquiatria: um manual para estudantes e médicos’), sugeriu integrar a *démence précoce*, a catatonias e a hebefrenias em uma única entidade nosológica, sob o nome de *dementia praecox*. Ao longo das sucessivas edições da sua obra seminal, ele reconheceu que colocou sob o termo *dementia praecox* uma diversidade de quadros clínicos articulados sob nove diferentes ‘formas clínicas’. Então, apesar da pluralidade dessas formas clínicas, para Kraepelin, elas compartilhavam alguns aspectos fundamentais que justificavam o conceito da *dementia praecox* como única entidade nosológica, sendo tais aspectos o déficit cognitivo e a disfunção executiva, mais claramente observados nos estágios terminais da doença¹².

No final da sua carreira, em um artigo publicado em 1920, Kraepelin admitiu que talvez fosse necessário considerar o abandono das noções de esquizofrenia (termo que viria a substituir o conceito de *dementia praecox*) e de transtorno maníaco-depressivo enquanto doenças, na medida em que eles não representavam uma expressão de processos patológicos particulares, mas áreas da personalidade nas quais esses processos se manifestam¹².

Foi o psiquiatra suíço Eugen Bleuler quem cunhou o termo ‘esquizofrenia’, no ano de 1911, em contraposição ao conceito de Kraepelin. Bleuler propôs que se deixasse de considerar

o escopo das formas clínicas agrupadas sob o termo *dementia praecox* como sendo um tipo de ‘estado terminal’ de deterioração, como até então elas vinham sendo consideradas. Além disso, Bleuler introduziu uma importante distinção entre sintomas ‘fundamentais’ (primários) e ‘acessórios’ (secundários): enquanto os sintomas acessórios compreendiam delírios e alucinações, hoje considerados como ‘sintomas positivos’, os sintomas fundamentais incluíam o descarrilamento do pensamento e do discurso (afrouxamento das associações), indeterminação volitiva (ambivalência), incongruência afetiva e a retirada da realidade (autismo), sendo a presença dos sintomas fundamentais o que distinguiria a esquizofrenia das demais patologias psiquiátricas¹⁷.

Durante as décadas seguintes, várias distinções subnosológicas para a esquizofrenia foram propostas, tais como ‘transtorno esquizoafetivo’¹⁸, ‘psicoses esquizofreniformes’¹⁹, ‘processo e não processo’²⁰ e ‘esquizofrenia paranoide e não paranoide’²¹. Na década de 1950, Kurt Schneider²² propôs uma classificação de manifestações psicóticas, conhecidas como ‘sintomas de primeira ordem’: pensamentos audíveis; vozes discutindo sobre o sujeito; vozes comentando as ações do sujeito; experiências de influências sobre o próprio corpo; retração e outras interferências sobre o pensamento; difusão do pensamento; percepção ilusória; e outras experiências envolvendo impulsos e sentimentos experimentados como causados por um agente externo.

Esses sintomas propostos por Schneider ganharam grande relevância no debate acerca do diagnóstico da esquizofrenia. Entre o final da década de 1970 e início dos anos 1990, os sintomas de primeira ordem foram incorporados pelo Research Diagnostic Criteria (RDC), DSM-III (1980), DSM-IV (1994) e pela décima edição (1993) da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Tais sintomas, no entanto, perderam espaço a partir da publicação do DSM-V, em 2013.

Quase dois séculos após as primeiras descrições da esquizofrenia, o que a história mostra

é que a delimitação dessa condição clínica sempre esteve em discussão. Atualmente, por exemplo, existem propostas de abandono do termo ‘esquizofrenia’ e sua inclusão em um conjunto mais amplo de transtornos psicóticos²³. É importante ressaltar que o diagnóstico de esquizofrenia, atualmente, não incorpora quaisquer componentes baseados na etiologia nem marcadores de neurodesenvolvimento²⁴.

O que causa a esquizofrenia?

No primeiro dia de julho do ano de 2005, a revista norte-americana ‘Science’ comemorou seu 125º ano de existência. Para celebrar esse momento, a prestigiada revista científica publicou uma edição especial com 125 grandes perguntas ainda sem respostas para os cientistas do século XXI. Uma das perguntas foi: ‘o que causa a esquizofrenia?’. Logo em seguida, uma informação foi adicionada para justificar a relevância dessa questão para a ciência deste século:

Os pesquisadores estão tentando rastrear os genes envolvidos neste transtorno. As pistas também podem vir de pesquisas sobre traços que os esquizofrênicos compartilham com pessoas normais⁶⁽⁹⁴⁾.

Duas importantes conclusões podem ser tiradas a partir da pergunta formulada pela ‘Science’: a primeira é de que até o dia 1º de julho de 2005, não havia nenhuma pesquisa científica que pudesse determinar com exatidão as causas da esquizofrenia. A segunda conclusão é a de que a resposta para tal pergunta é esperada, sobretudo, pelas pesquisas genéticas.

Ao abordarem o tema da esquizofrenia, as pesquisas contemporâneas são categóricas em afirmar que suas causas são desconhecidas. A ‘multifatorialidade’ é um termo muito utilizado para afirmar a complexidade e as diversas possibilidades dessa questão.

Contudo, a retórica multifatorial é abafada por uma enxurrada de hipóteses genéticas e neuroquímicas, que deixam em segundo plano os fatores ambientais.

Fatores genéticos

Segundo Erjavec et al.²⁵, conjectura-se que várias alterações genéticas podem estar associadas a um maior risco de esquizofrenia. Tais genes estariam relacionados a proteínas que desempenham funções importantes na neurotransmissão dopaminérgica, serotoninérgica ou glutamatérgica; na transmissão sináptica; na diferenciação, proliferação e motilidade dos neurônios; na adesão celular; na biogênese de organelas; no processamento de aminoácidos; na sinalização de proteína G; na transferência e sinalização de cálcio; na regulamentação da transcrição; no sistema imunológico; no metabolismo dos xenobióticos; e em muitos outros processos intracelulares e intercelulares.

Contudo, a despeito de décadas em pesquisas sobre os genes de susceptibilidade, poucas conclusões podem ser inferidas. Ainda que existam vários genes candidatos, nenhum é capaz de determinar isoladamente a origem genética da esquizofrenia²⁶. Para Erjavec et al.²⁵⁽⁶⁸⁾, a esquizofrenia é:

um transtorno complexo e multifatorial, em que a interação entre um pequeno efeito de muitos genes suspeitos e gatilhos ambientais parece estar envolvida em seu desenvolvimento.

As limitações da genética para explicar a esquizofrenia e outros transtornos mentais, têm despertado no campo psiquiátrico o interesse pela ‘epigenética’. Nesse novo modelo etiológico, a exposição ambiental teria o potencial de alterar a expressão gênica e modificar a susceptibilidade às doenças²⁷. Para Freitas-Silva e Ortega²⁸, as influências gene-ambiente nesse novo modelo são consideradas como discretas e probabilísticas, e não mais como determinantes.

Hipóteses neuroquímicas

O pressuposto das ‘hipóteses neuroquímicas’ é que mediadores químicos do cérebro, chamados de neurotransmissores, contribuiriam para o desenvolvimento de experiências de sofrimento psíquico. A dopamina, nesse modelo explicativo, teria o papel principal na determinação da esquizofrenia. Pensa-se que pessoas com esquizofrenia, durante as fases agudas da doença, têm uma liberação aumentada de dopamina nas sinapses. Por conseguinte, o tratamento consistiria em bloquear a neurotransmissão da dopamina, através dos chamados medicamentos antipsicóticos.

No entanto, a hipótese dopaminérgica da esquizofrenia, inicialmente proposta em 1966, ainda não se confirmou empiricamente²⁹. Alguns estudos não corroboram o suposto excesso de neurotransmissores, como as pesquisas empreendidas, ainda nos anos 1970, com esquizofrênicos não medicados, cujos resultados apontaram para a inexistência de excesso de dopamina nesses pacientes^{30,31}. Além disto, não se pode afirmar que um antipsicótico tem efeitos específicos nas condições de saúde para as quais ele é prescrito. Vários estudos de pessoas com psicose ou esquizofrenia mostram que outras drogas como benzodiazepinas, ou ópio, têm efeitos similares às chamadas drogas antipsicóticas. Essas outras drogas têm ações sedativas, mas trabalham de forma completamente diferente no cérebro, em relação aos antipsicóticos³²⁻³⁴.

Uma segunda hipótese, complementar à primeira, é a chamada glutamatérgica, que relaciona os sintomas da esquizofrenia a um déficit de glutamato³⁵. Entretanto, na hipótese glutamatérgica também prevalece o problema da constatação empírica, já que algumas pesquisas, ainda na década de 1980, não evidenciaram esse déficit^{36,37}.

Existe, ainda, uma terceira hipótese, que pode ser encontrada em artigos científicos sobre o tema: a hipótese serotoninérgica da esquizofrenia, que relaciona o déficit de serotonina como sendo outra possível explicação

para os sintomas psicóticos³⁸. Essa hipótese ganhou força a partir da década de 1980, e é derivada da observação de que os medicamentos antipsicóticos de segunda geração (ou ‘atípicos’) pareciam obter melhores resultados sobre os sintomas negativos da esquizofrenia, além de não induzirem tantos efeitos extrapiramidais. Postulou-se, então, que os efeitos desses novos medicamentos sobre os sintomas negativos poderiam ser devidos a uma ação específica nos receptores serotoninérgicos. Contudo, os próprios psiquiatras afirmam que “a teoria serotoninérgica como modelo explicativo da esquizofrenia é controversa e carece de evidências mais consistentes”³⁹⁽²⁰⁰⁾.

Fatores ambientais

Os chamados ‘fatores de risco ambientais’ da esquizofrenia incluem circunstâncias como: complicações de gravidez e parto; idade avançada dos pais; deficiências cognitivas e anormalidades estruturais do cérebro; uso de *cannabis* e outras substâncias; traumas e adversidades sociais; classe social e isolamento; migração e urbanização. De todos os fatores ambientais, nenhum é capaz de explicar isoladamente a etiologia da esquizofrenia. Assim como acontece com os aspectos genéticos, o mais provável é que múltiplos fatores ambientais contribuam para o desencadeamento do transtorno⁴⁰.

No entanto, ainda que a importância dos fatores ambientais no estudo da etiologia da esquizofrenia seja reconhecida, é comum o argumento de que esses fatores só teriam influência a partir de uma susceptibilidade genética. Desse modo, os fatores ambientais têm sido relegados à categoria de meros desencadeadores ou exacerbadores de uma suposta predisposição médico-biológica⁴¹.

O modelo biopsicossocial

Nos anos 1970, o psiquiatra George Engel^{42,43} propôs a inclusão de fatores psicológicos e

sociais na investigação, no ensino e na intervenção em saúde como forma de superação do modelo biomédico. Tal modelo ficaria conhecido como ‘biopsicossocial’, e supostamente integraria os fatores biológicos (genéticos, bioquímicos etc.), psicológicos (estado de humor, de personalidade, de comportamento etc.) e sociais (culturais, familiares, socioeconômicos etc.) na compreensão de transtornos mentais.

O modelo biopsicossocial também é conhecido como ‘modelo estresse-vulnerabilidade’. Neste, o irrompimento do transtorno mental está ligado, de um lado, à presença de uma predisposição genética ou adquirida no decorrer da vida (vulnerabilidade) e, de outro, à exposição a estressores. Quanto maior a predisposição, menor precisa ser o nível de estresse para que um distúrbio qualquer irrompa. A relação entre vulnerabilidade e estresse, no entanto, é mediada pela resiliência, ou seja, a capacidade do indivíduo de resistir ao estresse.

Dar igual peso à biologia e a fatores psicossociais, em princípio, parece ser uma boa ideia. Mas, na prática, é diferente, devido à própria hegemonia do modelo biomédico. Para o paradigma biomédico, a vulnerabilidade é entendida em termos biológicos, o que reduz experiências de abuso infantil, desemprego, racismo, perda (luto), migração e pobreza, por exemplo, ao papel de meros agentes desencadeadores de pré-condições biológicas^{44,45}.

O coerente seria reconhecer que o lado da vulnerabilidade da equação pode ser causado tanto pela constituição genética quanto pelos fatores psicossociais⁴⁵. Isto significa reconhecer algo que, pelo menos desde Charles Darwin⁴⁶, vem sendo demonstrado pela ciência: que tudo que o ser humano faz, pensa ou sente é, em parte, determinado pela natureza (genes, cérebros etc.) e, em parte, pelo nosso ambiente (socialização, circunstâncias em que se encontra etc.).

Diante desse cenário, vale destacar a afirmação feita pelo ex-presidente da American Psychiatric Association (APA), Dr. Steven Sharfstein⁴⁷⁽³⁻⁴⁾:

Nós devemos examinar o fato de que, enquanto profissão, nós temos permitido que o modelo bio-psíquico-social venha a ser o modelo bio-bio-bio. [...] se nós somos vistos como meros distribuidores de pílulas e empregados da indústria farmacêutica, a nossa credibilidade enquanto profissão está comprometida.

Metodologia

Pretende-se avaliar como as causas da esquizofrenia têm sido divulgadas pela mídia impressa brasileira, de maneira a evidenciar quem é convocado a falar sobre a esquizofrenia e quais as principais explicações causais divulgadas ao público.

A pesquisa foi realizada a partir do acervo digital dos três maiores jornais em circulação no Brasil: ‘O Globo’, ‘Folha de São Paulo’ e ‘O Estado de São Paulo’. Segundo o Instituto Verificador de Comunicação (IVC)⁴⁸, em 2021, o jornal ‘O Globo’ liderou a circulação com um total de 373.138 exemplares pagos, entre impressos e digitais, seguido pela ‘Folha de São Paulo’, com 366.087, e pelo ‘O Estado de São Paulo’, com 225.342.

A palavra-chave de busca foi ‘esquizofrenia’, delimitada aos editoriais de ‘ciência’ de cada um dos jornais. Aplicou-se o recorte temporal de 1º de julho de 2005 (data da pergunta formulada pela ‘Science’) até 31 de maio de 2022.

Foi encontrado um total de 194 matérias. Realizou-se a seleção com os seguintes filtros: (a) referência às causas da esquizofrenia e (b) opinião de pelo menos um especialista acerca da principal hipótese etiológica mencionada. A exploração do material com os filtros citados obteve 16 matérias na ‘Folha de São Paulo’, 15 na ‘O Estado de São Paulo’ e 9 na ‘O Globo’. Foram selecionadas, portanto, 40 matérias, ou 20,61% do total analisado.

Para a apreciação dos resultados, optou-se pela Análise de Discurso Crítica (ADC) como referencial teórico-metodológico. Segundo Magalhães, Martins e Resende⁴⁹⁽²⁷⁾, a ADC:

dedica-se à análise de textos, eventos e práticas sociais no contexto sócio-histórico, principalmente no âmbito das transformações sociais, propondo uma teoria e um método para o estudo do discurso.

Para Fairclough⁵⁰, o discurso pode ser entendido como um modo de ação e de representação, que contribui para constituir a estrutura social ao mesmo tempo em que

é influenciado por ela. Deste modo, apesar de o discurso ser utilizado para representar a realidade, ele também é produtor de significações do mundo. Ainda de acordo com Fairclough⁵⁰, a relação dialética entre discurso e estrutura social é capaz de construir identidades, relações sociais, além de sistemas de conhecimento e crença.

Resultados

Tabela 1. Vozes convocadas a falar sobre as causas da esquizofrenia nos editoriais científicos dos jornais 'O Globo', 'Folha de São Paulo' e 'O Estado de São Paulo', no período de 1º de julho de 2005 a 31 de maio de 2022

Fontes jornalísticas	'O Globo', 'Folha de São Paulo' e 'O Estado de São Paulo'	
Psiquiatras	19	38,8%
Neurocientistas	6	12,24%
Geneticistas	5	10,2%
Especialistas*	5	10,2%
Biólogos(as)	3	6,12%
Professores(as) de Genética Comportamental	2	4,08%
Farmacêutico(a)	1	2,04%
Neurologista	1	2,04%
Professor(a) de Bioquímica e Genética Molecular	1	2,04%
Professor(a) de Farmacologia	1	2,04%
Professor(a) de Medicina Psicológica	1	2,04%
Professor(a) de Neurociência Cognitiva	1	2,04%
Professor(a) de Neurociência Molecular	1	2,04%
Professor(a) de Psiquiatria	1	2,04%
Professor(a) de Psiquiatria e Medicina Celular e Molecular	1	2,04%
Total	49	100%

Fonte: elaboração própria.

*Nos casos em que não foi possível verificar a formação profissional, área de pesquisa ou de docência, decidiu-se por utilizar o termo genérico 'Especialistas'.

É possível observar que todas as fontes jornalísticas identificadas fazem parte do que se pode denominar como 'campo biomédico', composto por áreas do conhecimento predominantemente relacionadas às ciências biológicas e à medicina. O campo biomédico foi, portanto, a voz hegemônica quando as matérias precisaram da opinião de um especialista sobre as causas da esquizofrenia. Podem

ser destacados os psiquiatras (38,8%), neurocientistas (12,24%) e geneticistas (10,2%), que, juntos, representaram 61,24%, ou seja, mais da metade das opiniões consultadas.

Em relação às causas da esquizofrenia divulgadas nas matérias, levando em consideração as principais hipóteses pesquisadas na atualidade e que foram abordadas anteriormente, decidiu-se por reuni-las a partir dos seguintes

critérios: ‘fatores genéticos’, ‘fatores ambientais’, ‘hipóteses neuroquímicas’, ‘fatores epigenéticos’ e, no caso de não haver uma causa

em particular, ‘fator inespecífico’. A *tabela 2* a seguir resume os resultados encontrados nos três jornais.

Tabela 2. Causas da esquizofrenia divulgadas pelos editoriais científicos dos jornais ‘O Globo’, ‘Folha de São Paulo’ e ‘O Estado de São Paulo’, no período de 1º de julho de 2005 a 31 de maio de 2022

Causas da esquizofrenia	‘O Globo’, ‘Folha de São Paulo’ e ‘O Estado de São Paulo’	
Fatores genéticos	16	40%
Fatores ambientais	13	32,5%
Hipóteses neuroquímicas	9	22,5%
Fatores epigenéticos	1	2,5%
Fator inespecífico	1	2,5%
Total	40	100%

Fonte: elaboração própria.

Fatores genéticos (40%) e hipóteses neuroquímicas (22,5%) representaram 62,5% das hipóteses causais da esquizofrenia divulgadas ao público. Fatores ambientais (32,5%) e fatores epigenéticos (2,5%), nos quais a influência do ambiente possui uma maior relevância no estudo da etiologia da esquizofrenia, representaram, juntos, 35% das hipóteses mencionadas.

No jornal ‘O Globo’, assim como também se notou na ‘Folha de São Paulo’, os fatores genéticos foram os mais citados, em matérias que apontaram alterações em genes específicos, como o VIPR2⁵¹, uma alteração genética conhecida como 22q11⁵², e a desregulação dos retrotransposons⁵³. Além dessas alterações, também foram encontradas matérias enfatizando o aspecto heterogêneo dos achados genéticos na esquizofrenia^{54,55}. Em um dos textos da ‘Folha de São Paulo’, uma das fontes corroborou a ideia de que os fatores ambientais são, com frequência, tratados como meros coadjuvantes de uma suposta predisposição biológica:

[...] mutações podem ocorrer em função da exposição a certos ambientes, então fatores ambientais ainda podem ter um papel, mesmo que a causa fundamental seja mais genética⁵⁶.

Por outro lado, em artigo publicado no ‘O Estado de São Paulo’, admite-se a pequena participação dos genes no desencadeamento do transtorno:

As pesquisas [genéticas] sobre a esquizofrenia não foram tão bem-sucedidas. [...] uma das explicações poderia ser a existência de muitos genes envolvidos e o efeito de cada um relativamente fraco para ser detectado facilmente⁵⁷.

Em somente um dos textos houve alusão à questão da epigenética para o estudo dos transtornos mentais. Na matéria, o autor afirma que “qualquer esforço para compreender como os genes afetam o comportamento deve considerar como a experiência afeta os genes”⁵⁸. Essa frase aponta justamente para a recente reinterpretação, no campo psiquiátrico, de que a exposição ambiental seria capaz de alterar a expressão gênica.

Em relação às hipóteses neuroquímicas, foi encontrada, por exemplo, referência à hipótese dopaminérgica. No artigo em questão, a fonte enfatiza que a utiliza como um modelo explicativo de alcance limitado: “o excesso de dopamina é considerado um dos melhores modelos de alucinação em psicose, mas a esquizofrenia tem mais do que isso envolvido”⁵⁹.

Sobre os fatores ambientais, uma das matérias enfatizou as situações traumáticas como possíveis desencadeadoras de transtornos mentais como a esquizofrenia. É importante ressaltar que, no texto, há uma opinião editorial baseada na pesquisa de referência, em que se afirma que essas situações traumáticas só “funcionam como desencadeadoras entre aquelas pessoas que têm predisposição genética a doenças de fundo psiquiátrico”⁶⁰. Mais uma vez, pode-se perceber que, mesmo quando um aspecto ambiental é considerado importante na etiologia da esquizofrenia, os fatores biológicos são imediatamente alçados à categoria de primordiais.

A relação entre o uso de *cannabis* e a esquizofrenia foi motivo de controvérsia em um dos textos do jornal ‘O Globo’. Uma das fontes argumentou que ela não causa esquizofrenia, enquanto outra defendeu enfaticamente a relação causal entre o uso e os sintomas psicóticos⁶¹. No mesmo jornal, também houve menção ao efeito da urbanização na saúde mental. Nesta matéria, a fonte consultada argumenta que “a incidência de esquizofrenia é quase o dobro nos indivíduos nascidos e criados em cidades”⁶²⁽³⁰⁾.

De todas as matérias analisadas, incluindo-se os três jornais, em apenas uma se obteve um fator inespecífico. Tal matéria se faz relevante por dois motivos: o primeiro deles é que este é o único momento em que se afirma não serem conhecidas as causas biológicas dos transtornos mentais: “essas doenças [psiquiátricas] não têm base biológica clara e, portanto, não há exames inequívocos para o diagnóstico”⁶³. O segundo motivo é que, mesmo a fonte sendo do campo biomédico, sua opinião é diametralmente diferente das emitidas pela maioria consultada, podendo ser interpretada como uma voz dissonante.

Discussão

Considerando a divulgação científica sobre as causas da esquizofrenia nos três maiores

jornais brasileiros, entre junho de 2005 e maio de 2022, pode-se constatar que o discurso biomédico foi hegemônico. Fatores genéticos (40%) e hipóteses neuroquímicas (22,5%) representaram, juntos, 62,5% das hipóteses causais, enquanto fatores ambientais (32,5%) e epigenéticos (2,5%), quando somados, corresponderam a 35%. Este cenário permite concluir que pesquisas genéticas e neuroquímicas, nas quais existe uma ênfase em correlatos biológicos da esquizofrenia, tiveram uma maior representatividade na mídia tradicional brasileira durante o período analisado. Além disto, nos momentos em que a importância do ambiente é reconhecida, representantes do campo biomédico são enfáticos em afirmar sua suposta dependência à biologia.

Dainius Pūras, Relator Especial sobre o direito à saúde (2014-2020) das Nações Unidas, produziu um documento, em 2017, no qual avaliou o impacto do modelo biomédico na saúde mental global. Tal relatório destaca que o modelo biomédico, apoiado pela psiquiatria e pela indústria farmacêutica, tem “dominado a prática clínica, a política, as agendas de pesquisa, a educação médica e o investimento em saúde, em todo o mundo”⁶⁴⁽⁶⁾. Consequentemente essa influência poderia se estender, também, aos meios de comunicação. É possível destacar que, nos resultados encontrados, essa hegemonia não ocorreu apenas em relação às fontes jornalísticas e às causas divulgadas ao público, mas também nas práticas discursivas, que objetivaram não somente enfatizar os aspectos biológicos da esquizofrenia, como também subestimar os fatores ambientais.

No momento em que os fatores ambientais da etiologia da esquizofrenia são considerados como secundários ou de menor relevância, a consequência disso é que as intervenções psicossociais também serão consideradas como acessórias ou complementares. Isso significa que todas as propostas de intervenção psicossocial serão vistas como auxiliares do tratamento psicofarmacológico ou de alguma outra intervenção biomédica.

O modelo biomédico tem contribuído para diminuir a empatia dos profissionais pelos usuários e, ao contrário do que comumente se argumenta, não tem colaborado para diminuir o estigma das pessoas diagnosticadas com transtornos mentais^{65,66}. No caso da esquizofrenia, por exemplo, a concepção de uma causa biológica está associada a uma maior confiança na utilidade de drogas, à crença de que o tratamento psicofarmacológico deve durar por toda a vida e a um prognóstico mais pessimista. Entre os médicos não psiquiatras, prognósticos pessimistas de esquizofrenia influenciam negativamente as decisões clínicas, as informações prestadas durante os atendimentos e as crenças dos usuários sobre suas chances de recuperação. Além disto, a ideia de que o tratamento psicofarmacológico deve durar por toda a vida pode resultar em resistências à retirada do medicamento em caso de efeitos colaterais graves⁶⁷.

Considerações finais

Um modelo de atenção psicossocial em saúde mental, ao contrário do que se possa imaginar, não exclui os fatores biológicos, mas procura incluir, verdadeiramente, as experiências psicológicas e sociais como fatores de risco para o sofrimento mental. Neste sentido, considerar os fatores ambientais da esquizofrenia como meros coadjuvantes de uma suposta predisposição biológica é ignorar a complexidade do sofrimento humano e enveredar pelo entendimento fácil, mas arriscado, de que os

transtornos mentais poderiam ser explicados tão somente pelos seus aspectos orgânicos.

O escopo de análise dos resultados não permite uma avaliação a respeito de qual seria o impacto dessa hegemonia discursiva sobre a opinião pública. Além disso, a busca esteve limitada aos editoriais científicos de jornais tradicionais, que são acessados por uma pequena parte da população. Vale ressaltar, no entanto, que devido à crescente digitalização das informações nos principais veículos de comunicação no Brasil, notícias antes restritas ao conteúdo impresso de grandes jornais alcançam um número cada vez maior de leitores. Deste modo, o trabalho jornalístico de divulgação científica continua sendo um instrumento importante de comunicação com o público não especializado, constituindo-se, portanto, em um espaço a ser conquistado por vozes que façam um contraponto ao modelo biomédico em saúde mental.

Colaboradores

Melo AHF (0000-0002-3535-0452)* contribuiu para concepção do estudo, aquisição e interpretação dos dados do trabalho, elaboração de versões preliminares do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. Freitas F (0000-0002-0365-0880)* contribuiu para interpretação dos dados do trabalho, elaboração de versões preliminares do artigo e revisão crítica do conteúdo, e aprovação final da versão a ser publicada. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Deacon BJ. The biomedical model of mental disorder: a critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clin Psychol Rev.* 2013 [acesso em 2022 jun 2]; 33(7):846-61. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272735813000482>.
2. Kapur S, Phillips AG, Insel TR. Why has it taken so long for biological psychiatry to develop clinical tests and what to do about it? *Mol Psychiatry.* 2012 [acesso em 2022 jun 2]; (17):1174-9. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/mp2012105>.
3. Kendler KS. From many to one to many-the search for causes of psychiatric illness. *JAMA Psychiatry.* 2019 [acesso em 2022 jun 2]; 76(10):1085-91. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/2736347>.
4. Schomerus G, Matschinger H, Angermeyer MC. Public beliefs about the causes of mental disorders revisited. *Psychiatry Res.* 2006 [acesso em 2022 jun 2]; 144(2-3):233-6. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165178106001156>.
5. Zamboni LMS. Cientistas, jornalistas e a divulgação científica: subjetividade e heterogeneidade no discurso da divulgação científica. Campinas: Autores Associados; 2001.
6. So much more to know... *Science.* 2005 [acesso em 2022 jun 2]; 309(5731):78-102. Disponível em: <https://www.science.org/doi/pdf/10.1126/science.309.5731.78b>.
7. DeLisi LE. Redefining schizophrenia through genetics: a commentary on 50 years searching for biological causes. *Schizophr Res.* 2022 [acesso em 2022 jun 3]; (242):22-4. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0920996421004370>.
8. Gordon JA, Morris SE, Avenevoli S. A framework for integration of dimensional and diagnostic approaches to the diagnosis of schizophrenia. *Schizophr Res.* 2022 [acesso em 2022 jun 3]; (242):98-101. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0920996422000664>.
9. Jauhar S, Johnstone M, McKenna PJ. Schizophrenia. *Lancet.* 2022 [acesso em 2022 jun 4]; 399(10323):473-86. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)01730-X/full-text](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)01730-X/full-text).
10. American Psychiatric Association (APA). Espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos. In: American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2014. p. 87-122.
11. Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME), Global Health Data Exchange (GHDx). [acesso em 2022 jun 4]. Disponível em: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/?params=gbd-api-2019-permalink/27a7644e8ad28e739382d31e77589dd7>.
12. Jablensky A. The diagnostic concept of schizophrenia: its history, evolution, and future prospects. *Dialogues Clin Neurosci.* 2010 [acesso em 2022 jun 4]; 12(3):271-87. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181977/>.
13. Morel BA. *Traité des maladies mentales.* Paris: Masson; 1860.
14. Kahlbaum KL. *Catatonia.* Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1973.
15. Hecker E. Die hebephrenie. *Archiv f. pathol. Anat.* 1871 [acesso em 2022 jun 5]; (52):394-429. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF02329963>.
16. Kraepelin E. *Psychiatry: a textbook for students and physicians.* Canton: Science History Publications; 1991.
17. Bleuler E. *Dementia praecox ou grupo das esquizofrenias.* Lisboa: Climepsi Editores; 2005.
18. Kasanin J. *The acute schizoaffective psychoses.*

1933. *Am J Psychiatry*. 1994 [acesso em 2022 jun 7]; 151(6):144-54. Disponível em: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/ajp.151.6.144>.
19. Langfeldt G. The prognosis in schizophrenia. *Acta Psychiatr Neurol Scand Suppl*. 1956 [acesso em 2022 jun 7]; (110):7-66. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13372372/>.
 20. Stephens JH, Astrup C, Mangrum JC. Prognosis in schizophrenia: prognostic scales crossvalidated in American and Norwegian patients. *Arch Gen Psychiatry*. 1967 [acesso em 2022 jun 7]; 16(6):693-8. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/489367>.
 21. Tsuang MT, Winokor G. Criteria for subtyping schizophrenia: clinical differentiation of hebephrenic and paranoid schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 1974 [acesso em 2022 jun 7]; 31(1):43-7. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/491165>.
 22. Schneider K. *Clinical psychopathology*. New York: Grune & Stratton; 1959.
 23. Guloksuz S, Van Os J. The slow death of the concept of schizophrenia and the painful birth of the psychosis spectrum. *Psychol Med*. 2018 [acesso em 2022 jun 7]; 48(2):229-44. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/slow-death-of-the-concept-of-schizophrenia-and-the-painful-birth-of-the-psychosis-spectrum/34A1F68AFAE-A0DF1AA12A5F04B87E0C8>.
 24. Reichenberg A, Akbarian S. Towards DSM 10: A bio-classification of developmental schizophrenia? *Schizophr Res*. 2022 [acesso em 2022 jun 7]; 242:4-6. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0920996421004904>.
 25. Nedic Erjavec G, Svob Strac D, Tudor L, et al. Genetic markers in psychiatry. In: Kim YK, editor. *Frontiers in psychiatry: artificial intelligence, precision medicine, and other paradigm shifts*. Singapore: Springer; 2019. p. 53-93.
 26. Srivastava A, Dada O, Qian J, et al. Epigenetics of schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2021 [acesso em 2022 jun 10]; 305:114218. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S016517812100514X>.
 27. Jirtle RL, Skinner MK. Environmental epigenomics and disease susceptibility. *Nat Rev Genet*. 2007 [acesso em 2022 jun 11]; 8(4):253-62. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/nrg2045>.
 28. Freitas-Silva LR, Ortega FJG. A epigenética como nova hipótese etiológica no campo psiquiátrico contemporâneo. *Physis*. 2014 [acesso em 2022 jun 11]; 24(3):765-86. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/bmZjxdjLrmGWpdHJp6prK7N>.
 29. Baumeister AA, Francis JL. Historical development of the dopamine hypothesis of schizophrenia. *J Hist Neurosci*. 2002 [acesso em 2022 jun 13]; 11(3):265-77. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1076/jhin.11.3.265.10391>.
 30. Bowers MB Jr. Central dopamine turnover in schizophrenic syndromes. *Arch Gen Psychiatry*. 1974 [acesso em 2022 jun 13]; 31(1):50-4. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/491166>.
 31. Post RM, Fink E, Carpenter WT Jr, et al. Cerebrospinal fluid amine metabolites in acute schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 1975 [acesso em 2022 jun 13]; 32(8):1063-9. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/491407>.
 32. Breggin PR. *Toxic psychiatry: why therapy, empathy, and love must replace the drugs, electroshock, and biochemical theories of the 'new psychiatry'*. New York: Saint Martin's Press; 1994.
 33. Moncrieff J, Cohen D. Rethinking models of psychotropic drug action. *Psychother Psychosom*. 2005 [acesso em 2022 jun 13]; 74(3):145-53. Disponível em: <https://www.karger.com/Article/Abstract/83999>.
 34. Moncrieff J. The myth of the chemical cure: a criti-

- que of psychiatric drug treatment. London: Palgrave Macmillan; 2008.
35. Bressan RA, Pilowsky LS. Hipótese glutamatérgica da esquizofrenia. *Rev. Bras. de Psiquiatr.* 2003 [acesso em 2022 jun 13]; 25(3):177-83. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/DyDS7dQWR4DyYSd-64Jvh3dv>.
 36. Perry TL. Normal cerebrospinal fluid and brain glutamate levels in schizophrenia do not support the hypothesis of glutamatergic neuronal dysfunction. *Neurosci Lett.* 1982 [acesso em 2022 jun 13]; 28(1):81-5. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0304394082902129>.
 37. Korpi ER, Kaufmann CA, Marnela KM, et al. Cerebrospinal fluid amino acid concentrations in chronic schizophrenia. *Psychiatry Res.* 1987 [acesso em 2022 jun 13]; 20(4):337-45. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0165178187900953>.
 38. Eggers AE. A serotonin hypothesis of schizophrenia. *Med Hypotheses.* 2013 [acesso em 2022 jun 13]; 80(6):791-4. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S030698771300131X>.
 39. Araripe Neto AGA, Bressan RA, Busatto Filho G. Fisiopatologia da esquizofrenia: aspectos atuais. *Rev Psiquiatr Clin.* 2007 [acesso em 2022 jun 13]; 34(2):198-203. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/53rBmDJg5jpsRDNypdX9t5v>.
 40. Stilo SA, Murray RM. Non-genetic factors in schizophrenia. *Curr Psychiatry Rep.* 2019 [acesso em 2022 jun 14]; 21(10):100. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11920-019-1091-3>.
 41. Wahbeh MH, Avramopoulos D. Gene-environment interactions in schizophrenia: a literature review. *Genes (Basel).* 2021 [acesso em 2022 jun 14]; 12(12):1850. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2073-4425/12/12/1850>.
 42. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science.* 1977 [acesso em 2022 jun 14]; 196(4286):129-36. Disponível em: <https://www.science.org/doi/10.1126/science.847460>.
 43. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry.* 1980 [acesso em 2022 jun 14]; 137(5):535-44. Disponível em: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/ajp.137.5.535>.
 44. Rosenhan DL. The contextual nature of psychiatric diagnosis. *J Abnorm Psychol.* 1975 [acesso em 2022 jun 14]; 84(5):462-74. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/1975-31996-001>.
 45. Read J, Sanders P. A straight talking introduction to the causes of mental health problems. Monmouth: PCCS Books; 2013.
 46. Darwin C. A expressão das emoções no homem e nos animais. São Paulo: Companhia de Bolso; 2009.
 47. Sharfstein SS. Big pharma and American Psychiatry: the good, the bad, and the ugly. *Psychiatric News.* 2005 [acesso em 2022 jun 14]; 40(16)3-4. Disponível em: <https://psychnews.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/pn.40.16.00400003>.
 48. Instituto Verificador de Comunicação. Home. [acesso em 2022 jun 15]. Disponível em: <https://ivcbrasil.org.br/>.
 49. Magalhães I, Martins AR, Resende VM. Análise de discurso crítica: um método de pesquisa qualitativa. Brasília, DF: Editora Universidade de Brasília; 2017.
 50. Fairclough N. Discurso e mudança social. 2. ed. Brasília, DF: Editora Universidade de Brasília; 2016.
 51. Descoberta mutação que dispara a esquizofrenia. *O Globo.* 2011 fev 3: Ciência: p. 34.
 52. Achado gene relacionado à esquizofrenia. *O Globo.* 2010 abr 1: Ciência: p. 28.
 53. Azevedo AL. Genes que saltam ajudam o cérebro a aprender e moldam personalidade. *O Globo.* 2005 nov 4: O Mundo: p. 29.

54. Carey B. Falha em gene eleva risco de esquizofrenia. *O Globo*. 2008 mar 30; *Ciência*: p. 44.
55. A genética da esquizofrenia. *O Globo*. 2009 jul 2; *Ciência*: p. 35.
56. Garcia R. Estudo explica as bases genéticas da esquizofrenia. *Folha de São Paulo*. 2008 mar 28. [acesso em 2022 jun 15]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/ciencia/2008/03/386630-estudo-explica-as-bases-geneticas-da-esquizofrenia.shtml>.
57. Equipe descobre possível gene de risco para a esquizofrenia. *O Estado de São Paulo*. 2010 set 14. [acesso em 2022 jun 15]. Disponível em: <https://ciencia.estadao.com.br/blogs/ciencia-diaria/equipe-internacional-de-pesquisadores-descobre-possivel-gene-de-risco-para-a-esquizofrenia/>.
58. Carey B. Para elucidar doenças mentais pesquisadores estudam “história de vida” dos genes. *Folha de São Paulo*. 2010 nov 16. [acesso em 2022 jun 15]. Disponível em: <https://m.folha.uol.com.br/ciencia/2010/11/831182-para-elucidar-doencas-mentais-pesquisadores-estudam-historia-de-vida-dos-genes.shtml>.
59. Garcia R. Delírio e insônia conectam esquizofrenia a Parkinson. *Folha de São Paulo*. 2006 out 11. [acesso em 2022 jun 15]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/folha/ciencia/ult306u15336.shtml>.
60. Mortes e demissão podem desencadear doenças psiquiátricas. *Folha de São Paulo*. 2005 ago 30. [acesso em 2022 jun 15]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/folha/ciencia/ult306u13657.shtml>.
61. No Brasil, Anvisa não descarta aprovação da cannabis medicinal. *O Globo*. 2014 jan 26; *Saúde*: p. 53.
62. Baima C. Vida nas cidades muda a reação do cérebro ao estresse. *O Globo*. 2011 jun 23; *Ciência*: p. 30.
63. Castro F. Brasileiros criam método para diagnosticar esquizofrenia na primeira consulta. *O Estado de São Paulo*. 2017 jun 5. [acesso em 2022 jun 15]. Disponível em: <https://ciencia.estadao.com.br/noticias/geral,brasileiros-criam-metodo-para-diagnosticar-esquizofrenia-na-primeira-consulta,70001826266>.
64. Püras D. United Nations Human Rights Council: Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. 2017 mar 28. [acesso em 2022 jun 16]. Disponível em: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G17/076/04/PDF/G1707604.pdf?OpenElement>.
65. Pescosolido BA, Martin JK, Long JS, et al. “A disease like any other”? a decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. *Am J Psychiatry*. 2010 [acesso em 2022 jun 16]; 167(11):1321-30. Disponível em: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2010.09121743>.
66. Lebowitz MS, Ahn WK. Effects of biological explanations for mental disorders on clinicians’ empathy. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2014 [acesso em 2022 jun 16]; 111(50):17786-90. Disponível em: <https://www.pnas.org/doi/10.1073/pnas.1414058111>.
67. Magliano L, Citarelli G, Read J. The beliefs of non-psychiatric doctors about the causes, treatments, and prognosis of schizophrenia. *Psychol Psychother*. 2020 [acesso em 2022 jun 16]; 93(4):674-89. Disponível em: <https://bpspsychub.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/papt.12252>.

Recebido em 29/06/2022

Aprovado em 07/10/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: a construção (in)completa da política em um município de grande porte no Brasil

Integrative and Complementary Practices in Health: the (in)complete construction of the policy in a large city in Brazil

Isabela Rodrigues Rocha¹, Maria Inês Barreiros Senna², Jane Saula de Oliveira¹, Janice Simpson de Paula²

DOI: 10.1590/0103-1104202313607

RESUMO Objetiva-se analisar o processo de implantação, situação atual e perspectivas do Programa de Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica (PRHOAMA) da rede pública de saúde de Belo Horizonte (Brasil) segundo as diretrizes da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Realizou-se estudo de caso por meio de análise documental de 32 textos oficiais; dados secundários obtidos pelo número de profissionais e procedimentos ofertados em sistemas de informação em saúde; e realização de um grupo focal com profissionais do PRHOAMA. O programa foi implantado em 1994 nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), configurando-se uma experiência pioneira no Brasil. As práticas são realizadas exclusivamente por médicos, o que diverge das recomendações da PNPIC, cujo modelo preconizado é o multiprofissional. O processo de institucionalização do PRHOAMA é parcial, não se configurando uma política pública consolidada. O PRHOAMA atende às diretrizes da PNPIC, tais como ênfase na Atenção Primária, divulgação e informação sobre as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (Pics). Entretanto, é necessário avançar na promoção do acesso aos medicamentos homeopáticos, na definição de mecanismos de financiamento e na ampliação da equipe gestora e de profissionais.

PALAVRAS-CHAVE Terapias complementares. Atenção Primária à Saúde. Saúde pública. Políticas de saúde.

ABSTRACT *The objective of this study was to analyze the process of implementation, the current situation and perspectives of the Homeopathy, Acupuncture and Anthroposophical Medicine Program (PRHOAMA) in public health service in Belo Horizonte (Brazil) considering the guidelines of the National Policy for Integrative and Complementary Practices (PNPIC). The case study was carried out through document analysis of 32 official texts, secondary data (number of professionals and procedures offered) in health information systems and a focus group with professionals of PRHOAMA. The program was implemented in 1994, in Basic Health Units (UBS), configuring itself as a pioneering experience in Brazil. Practices are performed exclusively by physicians, which diverges from the recommendations of the PNPIC, whose recommended the ideal model is multi-professional. PRHOAMA's institutionalization process is partial, not constituting a consolidated public policy. PRHOAMA complies with the PNPIC guidelines, such as emphasis on Primary Care, dissemination and information about Complementary Therapies. However, it is necessary to advance in the promotion of access to homeopathic medicines, in the definition of financing mechanisms and in the expansion of the management team and professionals.*

¹Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (PBH) - Belo Horizonte (BH), Brasil.

²Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) - Belo Horizonte (BH), Brasil. janicesimpsondp@yahoo.com.br

KEYWORDS *Complementary therapies. Primary Health Care. Public health. Health policy.*

Introdução

As terapias complementares são o conjunto de práticas e recursos terapêuticos que estimulam mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde e que não estão presentes na biomedicina. No Brasil, são denominadas Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (Pics)¹⁻⁴.

A oferta das Pics nos serviços públicos de saúde tem sido incentivada pela Organização Mundial da Saúde (OMS)⁴, e as recomendações pioneiras estão presentes na Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde⁵. No Brasil, as discussões para sua legitimação iniciaram-se na década de 1980, coincidindo com o processo de criação do Sistema Único de Saúde (SUS)⁶.

Um marco na institucionalização das Pics é a publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)² em 2006 com a oferta de cinco Pics. Em 2017, foram incorporadas mais 14 práticas, e, em 2018, ampliou-se a oferta para 29 Pics³. Visando à estruturação e fortalecimento das Pics no SUS, a PNPIC apresenta como diretrizes a estruturação e fortalecimento da atenção em Pics no SUS com ênfase na atenção básica e atendimento em caráter multiprofissional; a qualificação em práticas integrativas e complementares para profissionais no SUS; a divulgação e informação dos conhecimentos básicos das práticas integrativas e complementares para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; o estímulo às ações intersetoriais por meio de parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações; o fortalecimento da participação social; o provimento do acesso a medicamentos homeopáticos e fitoterápicos; a garantia do acesso aos demais insumos estratégicos das práticas integrativas e complementares; o incentivo à pesquisa em Pics com vistas ao aprimoramento da atenção à saúde; o desenvolvimento de ações de acompanhamento e

avaliação das Pics para instrumentalização de processos de gestão; a educação permanente; e o monitoramento da qualidade dos fitoterápicos pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária⁷.

Apesar de haver registros de experiências no SUS com Pics desde 1980⁸, foi a partir da promulgação da PNPIC que várias unidades da federação, tais como Goiás⁹, Minas Gerais¹⁰ e Rio Grande do Norte¹¹, regulamentaram políticas estaduais para oferta das Pics. Em 2020, 4.297 (77%) municípios brasileiros e 100% das capitais ofertavam Pics no SUS¹².

As políticas institucionais, os sujeitos envolvidos e suas competências, a cultura local e a organizacional devem ser considerados para a consolidação das Pics como uma estratégia terapêutica e promotora de saúde¹³. A OMS endossa as Pics como auxílio no desenvolvimento de políticas, aliviando a pressão e reduzindo despesas dos sistemas nacionais de saúde⁴.

A oferta de Pics é preconizada na Atenção Primária à Saúde (APS)^{3,4,14}. A razão está em sua ampla aceitação pelas populações; ao seu potencial de cura ser mais efetivo quando utilizadas em situações iniciais menos graves, típicas da APS; à boa relação entre profissionais e pacientes; à redução do uso de medicamentos; e à introdução de práticas de autocuidado, atenção integral e compreensão ampliada do processo saúde-doença^{8,14,15}.

Investigar a implantação da oferta de Pics nos serviços públicos de saúde torna-se, então, tema essencial e contemporâneo, principalmente as experiências municipais pioneiras como o Programa de Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica (PRHOAMA) da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMS/BH), que oferece subsídios para maior compreensão sobre sua organização e integração nos serviços públicos de saúde. Assim, o objetivo é analisar o processo de implantação, situação atual e perspectivas do PRHOAMA da rede pública de saúde de Belo Horizonte (Brasil) segundo as diretrizes da PNPIC.

Percorso metodológico

Realizou-se um estudo de caso por meio da triangulação de métodos, estratégia de pesquisa que se apoia em métodos científicos consagrados e fundamentos interdisciplinares¹⁶, com condução de análise documental, pesquisa e análise de dados secundários em Sistemas de Informação em Saúde (SIS) e realização de Grupo Focal (GF).

O cenário do estudo abrange o município de Belo Horizonte, capital do estado de Minas

Gerais, com 2.530.701 milhões de habitantes¹⁷, distribuídos em 166 Centros de Saúde (CS) e 589 equipes de Estratégia Saúde da Família¹⁸.

O foco da análise documental foram as normativas municipais e documentos relacionados ao PRHOAMA. As fontes de dados, os tipos de documentos, o período da coleta dos dados e o número total de documentados identificados e excluídos estão apresentados no *quadro 1*. Incluíram-se 32 documentos no estudo por apresentarem relação direta com o programa ou com as práticas terapêuticas ofertadas.

Quadro 1. Fontes de dados, tipos de documentos, período da coleta e número de documentos identificados na pesquisa documental sobre o Programa de Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, 2021

Fonte dos Dados	Tipo de Documentos	Período de Coleta dos Dados	Número de Documentos Identificados	Número de Documentos Excluídos	Total de documentos analisados
Arquivos institucionais do PRHO-AMA/SMS/BH	Arquivos impressos e digitais referentes à Publicações institucionais, atas de reunião, protocolos de atendimentos, relatórios de atividades, panfletos, cartazes, relação de profissionais e cronograma de execução	Janeiro a maio de 2019	27	20	32
Diário Oficial do Município (DOM), Relatório Anual de Gestão (RAG) e Notícias de internet	Arquivos digitais: Relatórios das Conferências Municipais de Saúde, documentos oficiais (Portarias, Resoluções), panfletos, cartazes, protocolos, apresentações, relatórios e notícias de jornal	Janeiro de 2019 e janeiro de 2021	708	683	

Fonte: elaboração própria.

O material coletado foi armazenado no Dropbox® e organizado em planilha segundo a ordem cronológica da data do documento. Os critérios de inclusão utilizados foram clareza sobre a finalidade dos documentos e a confiabilidade de sua origem. Os materiais sem pertinência com o tema proposto ou cuja origem não era clara, como anotações informais, foram excluídos da análise. Duas pesquisadoras realizaram, de forma independente, leitura e classificação dos documentos, i.e.,

material normativo, científico, informativo, de divulgação e técnico.

Visando a complementar informações sobre a evolução da oferta dos serviços do PRHOAMA, foram coletados dados secundários sobre o número de procedimentos realizados por profissionais e por procedimento referentes às Pics. Devido às alterações na tabela de procedimentos e na Classificação Brasileira de Ocupações, são apresentados os dados do período 2009 a 2020 do Sistema

de Informação Ambulatorial (SIA), disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DataSUS). O banco de dados foi organizado em planilha Excel® e foi realizada análise descritiva por meio de gráfico de tendência e tabela de frequência.

Para o GF, foram convidados gestores da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (PBH) e profissionais da saúde vinculados ao PRHOAMA, totalizando dez profissionais. Para a captação do grupo, foi enviado um convite para a pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O GF foi realizado no dia 11 de maio de 2021 por meio de plataforma on-line com duração de 1h30 e participação de três profissionais relacionadas ao PRHOAMA.

Um roteiro para condução do GF foi elaborado com base nos objetivos do estudo e nas lacunas de informação identificadas na análise documental. Os principais tópicos abordados foram o processo de implantação, a situação atual e as perspectivas do PRHOAMA. A reunião foi gravada para posterior transcrição. As falas foram organizadas e codificadas pela pesquisadora, garantindo o anonimato. Os dados foram analisados de acordo com a metodologia de Análise de Conteúdo de Bardin¹⁹.

A análise dos dados, tanto da pesquisa documental como do grupo focal, foi feita à luz da necessidade de compreender: 1. Contexto de implantação e regulamentação das Pics no SUS/BH, considerando os atores envolvidos e as políticas públicas instauradas; 2. Concepção, estratégia de implantação e institucionalização; 3. A relação do programa com as políticas nacional e estadual de Pics; 4. O modelo de atenção do PRHOAMA por meio da integralidade, cobertura e oferta de ações; 5. Fortalezas, fragilidades e perspectivas do PRHOAMA.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE 01215218.9.0000.5149) e da SMS/BH (CAAE 01215218.9.3001.5140).

Resultado e discussão

Contexto de implantação e regulamentação das Pics no SUS/BH

A década de 1990 foi marcada pelo aumento mundial do uso e aceitação das Pics²⁰, e o processo de municipalização do SUS em BH proporcionou oportunidades para a proposição da oferta desses serviços. A primeira referência às Pics no SUS/BH está no Capítulo da Saúde da Lei Orgânica do Município Inciso VI, art. 144²¹:

O oferecimento [...] por meio de equipes multiprofissionais e de recursos de apoio, de todas as formas de assistência e tratamento [...], incluídas a homeopatia e as práticas alternativas reconhecidas.

Entretanto, a inserção das Pics na rede municipal de saúde é decorrente da mobilização de um grupo de médicos que já tinha essa formação com o interesse e a decisão política da gestão municipal.

Como que começou [...] eram médicos que tinham essas formações e na rede eles eram pediatras, clínicos, ginecologistas [...] querendo levar para os seus pacientes esses atendimentos. Aí eles agregaram às instituições para fortalecer né, Associação Médica Homeopática, Associação Brasileira de Medicina Antroposófica. (E2).

Entretanto, ressaltam que o elemento decisivo para a efetivação da oferta de Pics no SUS/BH foi o apoio do gestor municipal

E aí o que foi decisivo foi ter um gestor [...] que se tratava com homeopatia e queria homeopatia para o SUS, né. Aquele raro político coerente e consistente em que você usa e você deseja que os outros tenham acesso a isso né. Então foi fundamental uma pessoa simpatizante com poder muito decisivo e o movimento dos médicos, dos

concurados interessados em serem nomeados para as coisas [...] realmente acontecerem. (E1).

Então, em 10 de agosto de 1994, é sancionada a Lei nº 6.712, que dispõe sobre a admissão de médicos que utilizam técnicas terapêuticas diversas da alopatia, autorizando a realização de concurso público para provimento de cargo de médicos especialistas²².

Do ponto de vista normativo, as Pics no SUS/BH avançaram apenas doze anos depois com a proposição do Projeto de Lei (PL) nº 976/06²³, que foi baseado na PNPIC, política capaz de contribuir para o pluralismo terapêutico no SUS segundo Sousa et al.²⁴. O PL dá origem à Lei nº 9.423 de 1º de agosto de 2007²⁵, que autorizou a implantação do tratamento alternativo de acupuntura, homeopatia, fitoterapia e termalismo. Apesar disso, parece que a referida Lei foi formulada e sancionada de forma descontextualizada, uma vez que não levou em conta o PRHOAMA e não contribuiu para a institucionalização do programa em si.

Concepção, estratégia de implantação e institucionalização

O Projeto ‘Práticas não Alopáticas para o município de Belo Horizonte’, implantado em 1994, tinha como objetivo oferecer

À população a possibilidade de optar por aquela que possa restabelecer seu equilíbrio ‘bio-psico-energético’, respeitando suas características individuais e estimulando as reações naturais de defesa e equilíbrio orgânico²⁶⁽⁷⁾.

É convergente com o trabalho na APS

Princípios filosóficos e técnicas terapêuticas diferenciados, que possibilitassem uma visão mais abrangente dos determinantes do processo saúde-doença e, assim, dos modos de intervenção nessa realidade²⁶⁽⁷⁾.

Em sua concepção, o projeto já destacava as peculiaridades das Pics como sistemas

complexos e recursos terapêuticos cujas práticas consideram a visão integral do ser humano, do processo saúde-doença, a promoção global do cuidado humano e o autocuidado^{27,28}. Cabe considerar, porém, que o termo ‘não alopáticas’, comumente utilizado na década de 1990, está associado aos preceitos da contracultura, alternativa ao modelo biomédico²⁷. A equipe do PRHOAMA apresenta reflexões sobre o uso desse termo e descreve a modificação, em 2004, para ‘Programa de Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica’²⁶. Tal mudança indica uma aproximação com os preceitos previstos para as Pics^{2,4}, definindo-as como terapias complementares, excluindo a ideia de alternativo e avançando no seu processo de institucionalização.

A inserção das práticas no CS foi negociada com os gerentes das unidades de saúde e ocorreu com a dedicação parcial dos médicos, visando à oferta regular e com agendamento prévio²⁶. Entretanto, a alocação dos novos profissionais ocorreu sem planejamento, direcionada pela vontade e interesse dos gestores:

[...] inicialmente não existia nenhum critério de alocação de distribuição (dos profissionais e das especialidades) não tinha um programa, um planejamento. Eram gestores simpatizantes que traziam pra si ne, [...] que tinham experiência pessoal ou que tinham um estudo. (E2).

A criação de uma coordenação do PRHOAMA desde sua concepção (1994), sua incorporação à Coordenação de Atenção à Saúde do Adulto e Idoso da Gerência de Assistência (2000), a realização de concursos públicos para o provimento de médicos especialistas (1994, 1996, 2000, 2006, 2014 e 2020) e o fornecimento de medicamentos para os pacientes a partir de 1998 constituem-se elementos importantes para o seu processo de institucionalização no SUS/BH. A construção coletiva e colaborativa dos protocolos assistenciais do fluxo dos pacientes pelos profissionais do Programa também foi destacada.

Então assim a gente começou a fazer tudo, né? Quantos pacientes iam ser atendidos, o tempo, como que ia ser a porta de entrada, como que ia ser o encaminhamento. Tudo isso foi a gente que fez. (E3).

A peculiaridade do atendimento com as Pics, com foco na promoção global do cuidado humano¹³, demanda formas de intervenção e consultas diferenciadas do modelo biomédico. Em 1988, resoluções da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan)²⁹ fixavam normas para o atendimento com Pics nos serviços públicos de saúde, respaldando as decisões da equipe do PRHOAMA sobre o atendimento prestado, tais como a definição do tempo de consulta adotado.

Em 1988 foi a primeira regulamentação nacional da medicina homeopática [...] no SUS. Foi fundamental porque já colocaram no DOU os parâmetros de tempo de consulta, então eles já viabilizaram que fosse realmente de qualidade a homeopatia no SUS. [...] é muito inovador ter tempo de consulta de 45min ou 1h [...] então, isso foi muito importante, já ter essas diretrizes de atendimento estabelecidas lá pelo Ministério muito antes de nós. (E1).

O PRHOAMA e as Políticas Nacional e Estadual de Práticas Integrativas e Complementares

O PRHOAMA, por seu pioneirismo, tornou-se uma referência nacional³⁰, sendo a criação da PNPIC considerada uma oportunidade para a maior valorização e financiamento. Contudo, apesar da iniciativa de promulgação de uma política nacional com o objetivo principal de incorporar e implantar as Pics no SUS como cuidado continuado, humanizado e integral em saúde, é preciso destacar que a política não foi acompanhada pelo financiamento específico para as Pics, além do que já é repassado para a atenção básica. Não houve, portanto, investimento financeiro adicional

para as Pics advindo da União, sendo uma das poucas políticas nacionais da área da saúde aprovada sem orçamento próprio ou indutivo além do que havia antes de 2006³¹. Tal fato é reforçado no GF:

[...] já tinha doze anos do trabalho do PRHOAMA [...] chegou a PNPIC, eu falei agora vai vir dinheiro agora é política nacional né que nem um real, não chegou. (E1).

Já no nível estadual, o grupo do PRHOAMA participou ativamente da construção da política em Minas Gerais (MG). E a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares (Pepic)¹⁰ trouxe diretrizes e estratégias para a gestão com o objetivo de aumentar a resolutividade dos serviços de saúde e garantir o acesso às Pics no SUS/MG, em concordância com a PNPIC.

Diferentemente disso [PNPIC] a Pepic, que nós participamos das discussões [...], a gente ia nas reuniões mensais construindo a política estadual. [...] representante de vários municípios de Minas, fizeram/construíram essa política, fizeram a redação dessa política, que diferentemente da nacional saiu com verba, dinheiro. (E1).

PRHOAMA: um modelo de atenção singular para as Pics?

Os profissionais do PRHOAMA estão lotados nos CS e vinculados à Gerência da APS³². O fluxo de atendimentos segue os princípios de apoio matricial, visando à referência e contra referência para as Equipes de Saúde da Família (ESF)³³. A primeira consulta está sempre vinculada ao CS, reafirmando-a como a porta de entrada no Sistema, conforme previsto na Política Nacional de Atenção Básica³⁴.

O acesso pode ser realizado por meio da demanda espontânea, encaminhamento por profissional de saúde ou pela equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família. Quanto às consultas subsequentes, na homeopatia e medicina

antroposófica, dependem da rotina do CS, e, para acupuntura, o retorno é automaticamente agendado para o mesmo dia da semana e horário, por doze a 16 semanas seguidas³².

O modelo de atenção adotado pelo PRHOAMA está subsidiado na Promoção de Saúde, na PNPIC e na APS, considerada lócus da inserção das Pics no SUS^{2,4,6,8}. Há clareza da importância das Pics nesse nível de atenção por parte da equipe do PRHOAMA:

Um aspecto que a gente sempre ponderou é que a gente não queria virar especialidade médica fechada num centro de especialidades. [...] Então era da gente estar na atenção básica mesmo, em centros de saúde. (E2).

Entretanto, observa-se que, desde a sua concepção, a equipe do projeto ou programa é composta exclusivamente por médicos especialistas e farmacêuticos, mesmo após a regulamentação do exercício de Acupuntura³⁵⁻³⁷, Homeopatia^{35,38} e Antroposofia³⁹ para as demais profissões da área da saúde. O modelo de prática adotado diverge das recomendações institucionais, cuja proposta é de caráter multiprofissional^{3,4}. Outro aspecto relevante do modelo é a permanência, ao longo dos seus 27 anos, das três terapias inicialmente propostas: não houve nenhuma ampliação dos tipos de Pics no SUS/BH, diferentemente do que ocorreu em nível nacional com a PNPIC.

Esses achados indicam a construção de um modelo singular de Pics, que pode estar associado ao fato que os principais atores – os médicos – a iniciar o programa são aqueles que ainda hoje atuam e lutam por sua consolidação. De acordo com Santos et al.⁴⁰,

A participação de poucos atores na construção de uma política de Pics dificulta sua consolidação e amplia a distância entre formulação e implementação, prejudicando o alcance dos resultados esperados.

O desejo por integralidade é identificado com clareza no histórico da política de

medicamentos do PRHOAMA. Com a Pepic, esperava-se alocação de recursos estaduais para a construção de farmácias homeopáticas, previstas desde a concepção do programa.

Então teve a comissão bipartite lá que negociou que fosse para as farmácias e ela saiu com verba para farmácia né 200 mil, acho que 120mil saiu para cada farmácia. (E1).

Os esforços pessoais dos profissionais do PRHOAMA e a disponibilidade de verbas via Pepic contrastam com a não priorização da gestão municipal para a implantação da farmácia homeopática.

[...] eles 4 falaram... tá bom, a gente constrói esse negócio. [...] E aí eles não construíram com a verba da Pepic, ainda disseram assim: não, esse dinheiro é muito pouco. 240, nós íamos ganhar o dobro dos outros, porque sobrou né, 240 mil. 'Não gente, é muito pouco' [...], mas assim, tem o dinheiro, mas serviu de mote político [...]. E o dinheiro não foi aproveitado por BH, mas apareceu, materializou... que 2009 foi essa política, que foi publicada. [...] e aí foi construída [a farmácia] para ser inaugurada com a UPA norte ano passado, 2020 né. (E1).

Para o município de BH, segundo relatos no GF, o financiamento sempre ocorreu em nível municipal e apresenta fortes limitações, especialmente no que se refere à farmácia homeopática. Observa-se, portanto, como abordado por Silva et al.³¹, que o financiamento é um dos obstáculos para a oferta das Pics no SUS, assim como a carência de profissionais. Possivelmente tem relação com o fato de a ampliação ocorrer em contexto político adverso, sem discussão pública sobre a pertinência e o potencial de efetividade das Pics incorporadas⁸.

O fornecimento de medicamentos para os pacientes atendidos pela homeopatia e medicina antroposófica, essencial para a garantia da integralidade do cuidado, iniciou-se com a contratação de farmácias homeopáticas da rede privada²⁶. Porém, a suspensão do fornecimento

ocorreu a partir 2002. A solução encontrada para o fornecimento regular e contínuo dos medicamentos foi a construção e organização de uma farmácia homeopática municipal, baseada em outras experiências no SUS de Juiz de Fora/MG⁴¹. A descontinuidade da oferta de medicamentos e o processo de construção da Farmácia são pontos de tensão dos profissionais com a gestão municipal:

E quanto ao medicamento [...] sempre foi esse objetivo e o SUS preconiza assistência médica e farmacêutica e o cuidado integral então [...] desde sempre que não temos assistência farmacêutica. E nós temos aí a farmácia, que nós lutamos a 26 anos por ela. (E1).

Em julho [de 2020], [...] o grupo reunindo, para discussão da inauguração [da Farmácia] né [...] aí diretora entra na reunião que não estava participando desse grupo e fala que não vai ser farmácia homeopática vai ser central de esterilização, que estão precisando do espaço, precisando da estrutura para o momento. (E1).

E aí a gente organizou um abaixo-assinado [...] com quase 5mil assinaturas e fizemos uma campanha com o conselho municipal de saúde que encampou a hashtag BHfarmaciavivaja. Então o que nós conseguimos com essa campanha foi que ainda está lá, ainda não foi ocupada pela central de esterilização, não está nesse momento, que a gente saiba. (E1).

Apesar das dificuldades com a implantação da farmácia, o PRHOAMA realiza ações importantes com medicamentos homeopáticos⁴², incluindo enfrentamento à dengue em 2015⁴³

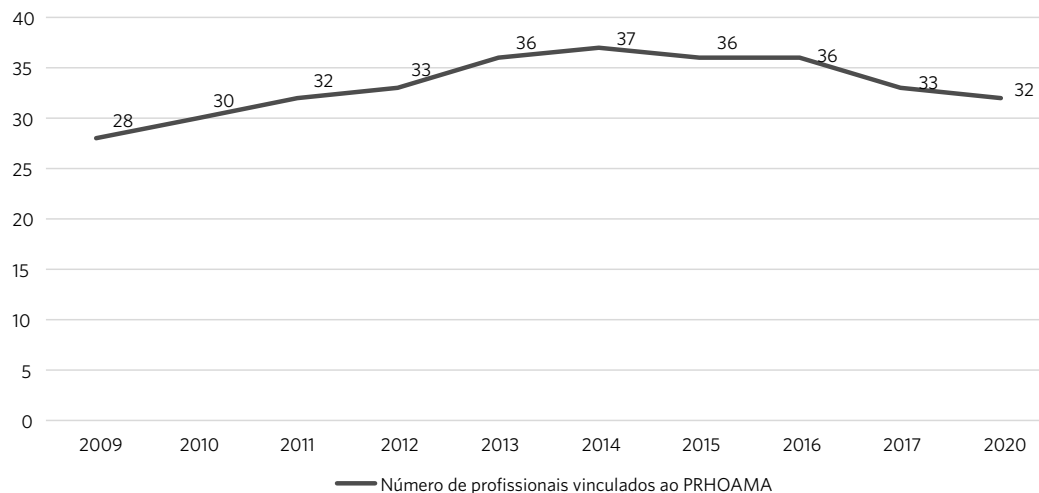
e à ‘Corona Virus Disease’ (Covid-19) recentemente⁴⁴, corroborando outras experiências no auxílio de sintomas e recuperação de pacientes com Covid-19⁴⁵.

Quanto à cobertura e à oferta de ações, a ampliação do acesso às consultas e aos medicamentos sempre foi um dos objetivos da equipe do Programa.

Acho que nosso primeiro objetivo sempre foi ampliar... ampliar o acesso, o número de profissionais e tudo. Desde o início foi o que a gente nunca deixou de falar, né de lutar por. E segundo ter o medicamento também. Que era outro limitante que a homeopatia e a antroposofia sempre tiveram. (E3).

O gráfico 1 apresenta a distribuição do número de médicos do PRHOAMA no período 2009-2020. Em 2020, contava com 32 médicos, sendo 16 acupunturistas, 15 homeopatas e uma médica antroposófica, além de nove vagas em aberto⁴⁶. Verifica-se que o número de profissionais é muito pequeno considerando o dimensionamento da rede básica de saúde de BH, com 152 CS, 595 ESF e com cobertura populacional de 93,66% do município⁴⁷. Adicionada à essa situação, devem-se considerar as peculiaridades dos atendimentos com Pícs, com ênfase na escuta acolhedora e desenvolvimento do vínculo terapêutico¹³, bem como em consultas mais demoradas para proporcionar uma abordagem integral. Tais fatores parecem indicar baixa cobertura das ações do PRHOAMA, responsáveis por comprometer sua abrangência e capilaridade na rede básica e limitam sua consolidação como serviço de apoio para as ESF.

Gráfico 1. Distribuição do número de médicos (2009 a 2017 e 2020) vinculados ao Programa de Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais



Fonte: documentos publicados pela equipe do PRHOAMA^{26,46}.

Apesar de as práticas do PRHOAMA serem realizadas exclusivamente por médicos especialistas, foram identificados nas informações do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS) registros de fisioterapeuta acupunturista (2011 a 2014 e em 2020); psicólogo acupunturista (2011 a 2016); e técnico em acupuntura (2007 a 2011) na rede SUS/BH. Esses achados parecem indicar iniciativas de oferta de Pics no SUS/BH fora do âmbito do Programa. Uma dessas iniciativas, que ocorre paralelamente ao Programa, é a oferta de práticas corporais Liang Gong com foco em promoção de saúde, que ocorre na

APS de BH e traz ganhos para a qualidade de vida e relações sociais dos praticantes, além da redução na medicalização⁴⁸.

Os dados da produção ambulatorial do quadro 2 revelam a maior oferta de práticas em acupuntura e homeopatia. Esses resultados convergem com Ruela et al.⁴⁹: a acupuntura e a homeopatia são as práticas com maior oferta no SUS quando comparadas às demais, além de apresentarem maior adesão e interesse tanto por parte dos gestores como da população. Ambas também estão entre as Pics mais estudadas pela comunidade científica e ofertadas pelos países membros da OMS⁴.

Quadro 2. Produção ambulatorial do Programa de Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais

Ano	Produção	Consulta Acupuntura	Consulta Homeopatia	Consulta Medicina Antroposófica
2009	Por procedimento	393	0	0
	Por profissional	10280	15426	0
2010	Por procedimento	37	0	0
	Por profissional	10186	13978	0
2011	Por procedimento	480	0	0

Ano	Produção	Consulta Acupuntura	Consulta Homeopatia	Consulta Medicina Antroposófica
2012	Por profissional	9689	12052	0
	Por procedimento	3162	0	0
2013	Por profissional	13582	10295	0
	RAG	11.290	17.962	1.333
2014	Por procedimento	2881	0	0
	Por profissional	10153	12777	0
	RAG	10.846	18.880	2.014
2015	Por procedimento	6687	0	0
	Por profissional	15038	14186	0
	RAG	11.895	17.308	1.337
2016	Por procedimento	4046	0	0
	Por profissional	14616	15465	0
	RAG	14.438	18.860	1.424
2017	Por procedimento	5881	0	0
	Por profissional	15789	16541	0
	RAG	16.969	15.289	1.146
2018	Por procedimento	7242	0	0
	Por profissional	18795	15809	0
	RAG	15.715	12.947	1.157
2019	Por procedimento	1711	0	0
	Por profissional	5042	0	0
	RAG	17.306	11.720	1.009
	Por procedimento	1392	0	0
	Por profissional	7650	3	0

Fonte: DataSUS - Sistema de Informação Ambulatorial, Relatório Anual de Gestão (RAG)^{43,44,47}.

Além disso, ao comparar os dados, é possível notar discrepâncias relevantes. Não foram identificados registros de médico antroposófico e sessão de antroposofia aplicada à saúde no SIA-SUS, e os dados existentes de acupuntura e homeopatia, em sua maioria, não coincidem. As divergências encontradas nos dados no SIA-SUS em relação às realidades de oferta das Pics têm sido comuns, pois há incipiência ou inadequação dos sistemas de informação oficiais para o registro adequado das Pics⁵⁰. A subnotificação se deve muitas vezes aos limites do próprio sistema ou às dificuldades na atualização e entendimento do registro em Pics por parte dos municípios²⁴. No GF, foi relatada essa dificuldade

nos registros dos dados, feitos inicialmente de forma manual, o que representa um dificultador para a institucionalização da política e para o processo de avaliação e monitoramento da oferta de Pics.

Avaliar e monitorar políticas públicas representa elemento fundamental para a qualidade do serviço ofertado. No caso das Pics, como as iniciativas acontecem muitas vezes de maneira informal, a ausência ou discrepância de dados é um problema a ser superado⁵⁰. Dentre as estratégias possíveis para enfrentar esse desafio, a principal delas é a educação permanente dos profissionais, visando à sua capacitação para adquirir familiaridade com os sistemas de registros.

Fortalezas, fragilidades e perspectivas

Pode-se considerar que uma das principais fortalezas do programa é a sua equipe, que tem sido constituída por profissionais com alta qualificação técnica, grande comprometimento com a proposta do PRHOAMA no SUS/BH e uma certa capacidade política para construção de alianças com atores estratégicos, tais como Gestão e Conselho Municipal de Saúde, visando ao desenvolvimento das suas ações. Outro ponto forte do PRHOAMA é a sua vinculação com a APS, para conformidade com seus princípios.

Entretanto, as fragilidades identificadas revelam que o seu processo de institucionalização é parcial. As ações dependem do reconhecimento das Pícs e do apoio dos gestores municipais, que podem indicar certa tensão e disputa entre racionalidades em saúde.

A gente não se cansa de espalhar e divulgar, mas os ouvidos são limitados, vocês estão vendo, que ninguém veio somar aqui né, dos nossos superiores, vamos dizer assim. Então é isso que nós enfrentamos no nosso dia a dia trabalho, como agora nesse grupo focal a gente enfrentou. (E1).

[a pesquisa sobre profilaxia da dengue] foi assim um obstáculo contínuo. e não chegamos no comitê de ética porque o secretário de saúde não marcou a reunião que ele queria estar presente sobre isso. (E1).

Além disso, a coordenação é realizada pelos profissionais da ponta do serviço. A inserção do PRHOAMA no organograma da SMS/BH sofreu várias alterações e não há decisão/participação na alocação de recursos financeiros, como é o caso da construção da farmácia e da oferta descontinuada de medicamentos. Somada à política de provimento de profissionais, tem sido insuficiente, o que é considerado um ponto importante para as perspectivas do PRHOAMA em razão da aposentadoria de muitos profissionais que compõem a equipe desde sua criação.

[...] e aí problema também era que fazia os concursos né para o Médico homeopata médico acupunturista, para antroposofia... e eles não chamavam então assim ficava quando o concurso ia vencer dali a quatro anos é que eles chamavam todo mundo só que os médicos já tinham arrumado outras né outras coisas [...] então era outra coisa que tinha vaga não chamava no tempo hábil a gente perdia o profissional. (E3).

E agora né gente é um momento crítico [...] e a gestão como vocês estão vendo não tem interesse né assim na manutenção em ampliar em nada absolutamente. (E3).

Barbosa et al.⁵¹ revelam como consequência da falta de apoio da gestão o fato que

No momento em que esse profissional deixa o serviço ou por algum motivo interrompe a oferta, a prática deixa de ser ofertada, caracterizando uma política de 'pessoas' e não de estado.

Ainda hoje, o PRHOAMA tem dificuldade no provimento regular de recursos humanos e financeiros, dependendo do envolvimento e luta pessoal da equipe atual para sua manutenção.

Apesar de rejeitar o modelo estrutural no serviço de especialidade médica, não há participação de outras categorias profissionais no PRHOAMA. A inclusão de profissionais devidamente regulamentados e capacitados poderia suprir a demanda por recursos humanos, quando adicionada a maior investimento e valorização da educação permanente em Pícs.

Comuns no PRHOAMA e em outras iniciativas em nível nacional, alguns dificultadores da oferta de Pícs no SUS são a ausência de fatores como o conhecimento dos gestores e profissionais sobre a PNPIC, a prioridade do governo em investimento nessa área e a divulgação das Pícs^{52,53}. Considera-se, ainda, que aspectos referentes ao número de profissionais, adequação da rede de assistência à saúde, incentivo governamental, apoio populacional e dos profissionais de saúde são comuns em outros relatos de implantação das Pícs⁴⁹.

Assim, as perspectivas futuras para a oferta de Pícs no SUS dependem de maior valorização dessas práticas por parte dos gestores e ações governamentais com subsídios para implantação, regulamentação e manutenção dessas ações. A fragilidade atual da PNPIC reflete nas iniciativas municipais e precisa ser contornada com ações que preconizem sua institucionalização. Medidas efetivas com financiamento adequado, atuação multiprofissional e educação permanente são desafios importantes a serem vencidos para o sucesso e longevidade do PRHOAMA.

Este estudo apresenta como limitações o fato de outros documentos, como atas das conferências de saúde, não terem sido acessados. Além disso, há limites no contexto da produção dos documentos existentes sobre o PRHOAMA, que se caracterizam pela divulgação do serviço e não por uma análise da política municipal e da oferta de Pícs no SUS/BH. Com o intuito de superar essas limitações, foi realizado o GF, direcionado a suprir as lacunas da pesquisa documental.

Considerações finais

O processo de implantação das Pícs no SUS/BH pelo PRHOAMA representa uma iniciativa extremamente relevante e pioneira, mas passou por dificuldades ao longo da sua trajetória, especialmente por não ter completado o seu processo de institucionalização e, portanto,

não se configurar como uma política pública municipal consolidada.

Quanto às diretrizes da PNPIC, o PRHOAMA atende a algumas delas, ao enfatizar a APS, focar na divulgação e informação sobre as Pícs, destacar o incentivo e interesse por pesquisas científicas na área. Entretanto, existem lacunas que precisam ser preenchidas para propiciar maior institucionalização e fortalecimento das Pícs no SUS-BH tais como um sistema de monitoramento e avaliação do serviço, educação permanente, melhoria do provimento do acesso a medicamentos homeopáticos, ampliação dos recursos humanos e maior investimento em mecanismos de financiamento.

Colaboradoras

Rocha IR (0000-0002-2176-358X)* contribuiu para redação do artigo, concepção e desenho do estudo, coleta, análise, interpretação dos dados e revisão crítica final para publicação. Senna MIB (0000-0002-0578-8744) * contribuiu para desenho do estudo, análise, interpretação dos dados e revisão crítica e aprovação final para publicação. Oliveira JS (0000-0001-9022-0979)* contribuiu para desenho do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados e aprovação final do estudo para publicação. Paula JS (0000-0002-5396-0959) * contribuiu para redação, desenho do estudo, análise, interpretação dos dados, revisão crítica e aprovação final do estudo para publicação. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Lima KMSV, Silva KL, Tesser CD. Práticas integrativas e complementares e relação com promoção da saúde: experiência de um serviço municipal de saúde. *Interface comun. saúde educ.* 2014 [acesso em 2023 jan 15]; 18(49):261-272. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/BhRbHbJBPG7kwdLMXc9gFGS/?lang=pt>.
2. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 702, de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC. *Diário Oficial da União.* 21 Mar 2018.
4. Organização Mundial da Saúde. Estratégia sobre medicina tradicional: 2014-2023. Genebra: OMS; 2013.
5. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. In: Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. *Cartas Promoção da Saúde.* Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2001.
6. Tesser CD, Luz MT. Racionalidades médicas e integralidade. *Ciênc. saúde coletiva.* 2008 [acesso em 2023 jan 15]; 13(1):195-206. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/dXWYqZpL6fwdVhGmMLqxQ/?lang=pt#>.
7. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015.
8. Tesser CD, Sousa IMC, Nascimento MC. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. *Saúde debate.* 2018 [acesso em 2023 jan 15]; 42(1):174-188. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/SY9PZWpk4h9tmQkymtvV87S/abstract/?lang=pt>.
9. Goiás. Lei nº 16.703 de 23 de setembro de 2009. Institui a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares na rede pública estadual de saúde. *Diário Oficial.* 23 Set 2009.
10. Minas Gerais. Resolução SES-MG nº 1.885, de 27 de maio de 2009. Institui a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares. *Diário Oficial.* 27 Maio 2009.
11. Rio Grande do Norte. Portaria nº 274/GS, de 27 de junho de 2011. Aprova a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares (PEPIC) no Sistema Único de Saúde do RN. *Diário Oficial.* 27 Jun 2011.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório de Monitoramento Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nos Sistemas de Informação em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020. [acesso em 2023 jan 26]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pics/Relatorio_Monitoramento_das_PICS_no_Brasil_julho_2020_v1.0.pdf.
13. Telessi Junior E. Práticas Integrativas e Complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. *Estud. av.* 2016 [acesso em 2023 jan 15]; 30(86):99-112. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/gRhPHsV58g3RrGgJYHJQVTn/?lang=pt>.
14. Contatore OA, Barros NF, Durval MR, et al. Uso, cuidado e política das práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. saúde colet.* 2015 [acesso em 2023 jan 15]; 20(10):3263-73. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/3RHZrF6SNDsYLS77h9MzrMH/abstract/?lang=pt>.
15. Amado DM, Rocha PRS, Urgarte AO, et al. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde 10 anos: avanços e perspec-

- tivas. J. Manag. Prim. Health Care. 2017 [acesso em 2023 jan 15]; 8(2):290-308. Disponível em: <https://jmphc.com.br/jmphc/article/view/537>.
16. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. Avaliação por Triangulação de Métodos Abordagem de Programas Sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
 17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades: Belo Horizonte. 2022. [acesso em 2022 fev 1]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/belo-horizonte/panorama>.
 18. Belo Horizonte. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Secretaria de Saúde. Serviços de Atenção Primária. 2022. [acesso em 2022 fev 1]. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude>.
 19. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições70; 2016.
 20. Frass M, Strassl RP, Friehs H, et al. Use and acceptance of complementary and alternative medicine among the general population and medical personnel: a systematic review. *Ochsner J.* 2012; 12(1):45-56.
 21. Belo Horizonte. Lei Orgânica do Município de Belo Horizonte 21 de março de 1990. Diário Oficial do Município. 21 Mar 1990. [acesso em 2023 jan 23]. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/lei-organica-belo-horizonte-mg>.
 22. Belo Horizonte. Lei nº 6.712, de 10 de agosto de 1994. Dispõe sobre a admissão de médicos que utilizam técnicas terapêuticas diversas da alopatia e dá outras providências. Diário Oficial do Município. 10 Ago 1994.
 23. Belo Horizonte. Projeto de Lei nº 976/06. Autoriza o Executivo a implantar, no Sistema Único de Saúde, tratamento alternativo de Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia e Termalismo, da vereadora Neusinha Santos (PT), líder do Governo na Câmara Municipal de BH. Câmara Municipal. 24 Ago 2006.
 24. Sousa IMC, Bodstein RCA, Tesser CD, et al. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. *Cad. Saúde Pública.* 2012 [acesso em 2023 jan 15]; 28(1):2143-54. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/ZR38HSZQ5pNtNNsmvHrpPPH/abstract/?lang=pt>.
 25. Belo Horizonte. Lei nº 9423, de 1 de agosto de 2007. Autoriza o executivo a implantar, no Sistema Único de Saúde - SUS -, o tratamento alternativo de Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia e Termalismo. Diário Oficial do Município. 1 Ago 2007.
 26. Belo Horizonte. Programa de Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica no SUS-BH. Belo Horizonte: PRHOAMA; 2004. [acesso em 2019 nov 4]. Disponível em: <https://shortest.link/YFY>.
 27. Luz MT. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX. *Physis (Rio J.)*. 1997 [acesso em 2023 jan 15]; 7(1):13-43. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/x6Kp5YCKcK9cK4y4QxSCkSx/?lang=pt>.
 28. Luz MT, Barros FB. Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social; Universidade do Estado do Rio de Janeiro; Abrasco; 2012.
 29. Brasil. Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação. Resolução Ciplan nº 4, de 8 de março de 1988. Fixa diretrizes sobre o atendimento médico homeopático nos serviços públicos. Diário Oficial da União. 11 Mar 1988.
 30. Belo Horizonte. Usuários do SUS em Belo Horizonte tem tratamento com Acupuntura e Homeopatia. Belo Horizonte: Diário Oficial do Município; 2006.
 31. Silva GKF, Sousa IMC, Cabral EGS, et al. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares: trajetória e desafios em 30 anos do SUS. *Physis*

- (Rio J.). 2020 [acesso em 2023 jan 15]; 30(1):e300110. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/Kr-S3WpRhWWS34mccMtyxXPH/abstract/?lang=pt>.
32. PRHOAMA. Documento Orientador do Fluxo e Acesso. Belo Horizonte: PRHOAMA; 2017.
 33. Santos RABG, Uchoa-Figueiredo LR, Lima LC. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e NASF. *Saúde debate*. 2017 [acesso em 2023 jan 15]; 1(14):694-706. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/sPDtCG-MZ3Q86f4Gy9YT9C3g/abstract/?lang=pt>.
 34. Starfield B. Atenção primária — Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco; Ministério da Saúde; 2002.
 35. Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO nº 160/2015. Reconhece a Acupuntura, a Homeopatia e a Odontologia do Esporte como especialidades odontológicas. 2015. [acesso em 2019 ago 10]. Disponível em: <https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2015/11/Resolu%C3%A7%C3%A3o-CFO-160-15-novas-especialidades.pdf>.
 36. Brasil. Jornal do Senado: Congresso discute regulamentação da profissão. [acesso em 2021 jul 2]. Disponível em: <https://shortest.link/YFM>.
 37. Conselho Nacional de Saúde. Recomendação nº 020. Implementar políticas ou programas de saúde referentes às práticas integrativas e complementares ações e serviços de acupuntura que procedam a contratação para esta e as demais práticas integrativas e complementares em saúde de forma multiprofissional em todos os níveis de assistência de acordo com o preconizado pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 12 Abr 2019 [acesso em 2021 jul 2]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2019/Reco020.pdf>.
 38. Conselho Federal de Nutrição. Resolução CFN nº 679, de 19 de janeiro de 2021. [acesso em 2019 ago 10]. Disponível em: <http://sisnormas.cfn.org.br:8081/viewPage.html?id=679>.
 39. Aith FMA, Guerra LDS, Simões ML, et al. A regulamentação das profissões de saúde no Brasil para atuação em práticas integrativas e complementares: o caso da antroposofia. *Cad. Naturologia Ter. Complement*. 2019 [acesso em 2023 jan 15]; 8(14):51-52. Disponível em: <https://portaldeperiodicos.animaeducacao.com.br/index.php/CNTC/article/view/8462/0>.
 40. Santos FAZ, Sousa IMC, Gurgel AFBB, et al. Política de práticas integrativas em Recife: análise da participação dos atores. *Rev. Saude Publica*. 2011 [acesso em 2023 jan 15]; 45(6):1154-1159. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/wyZ7wLdnLbZsDDz8shRX4RN/?lang=pt>.
 41. Gomes EGC. Assistência farmacêutica em homeopatia no SUS. *Rev. homeopat*. 2011 [acesso em 2023 jan 15]; 74(3):18. Disponível em: <http://revista.aph.org.br/index.php/aph/article/view/85>.
 42. Santos CP, Brina NT, Soares IAA. Relato de experiência do uso de medicamentos homeopáticos para profilaxia de dengue em Belo Horizonte. *Rev. homeopat*. 2012 [acesso em 2023 jan 15]; 75(3/4):1-12. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-665473>.
 43. Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão. Belo Horizonte: Secretária Municipal de Saúde; 2015. [acesso em 2021 fev 8]. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/planejamento/RAG-2015.pdf>.
 44. Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão. Belo Horizonte: Secretária Municipal de Saúde; 2020. [acesso em 2021 fev 8]. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/planejamento/RAG-2015.pdf>.
 45. Ruela LO, Moura CC, Fernandes BB, et al. Uso das práticas integrativas e complementares em pacientes com COVID-19: Revisão de escopo. *Res., Soc. Dev*.

- 2021 [acesso em 2023 jan 15]; 10(5):e6310514160. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/issue/view/76>.
46. PRHOAMA. Palestra: “Homeopatia na Atenção Primária em Saúde no SUS – Experiências exitosas”. [Vídeo]. Youtube. 56 min. 2020. [acesso em 2021 fev 8]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=VKNvn8PctBM>.
47. Brasil. Ministério da Saúde. Banco de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde DATASUS. Cobertura populacional da Atenção Básica em Belo Horizonte. 2022. [acesso em 2021 fev 8]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>.
48. Randow R, Campos KFC, Roquete FF, et al. Periferização das práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde: desafios da implantação do Lian Gong como prática de promoção à saúde. *Rev. bras. promoç. Saúde*. 2016 [acesso em 2023 jan 15]; (29):111-7. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/6412>.
49. Ruela LD, Moura CC, Gradim CVC, et al. Implementação, acesso e uso das práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde: revisão da literatura. *Ciênc. saúde coletiva*. 2019 [acesso em 2023 jan 15]; 24(11):4239-4250. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DQgMHT3WqyFkYNX4rRzX74J/?lang=pt>.
50. Cazarin G, Nunes GM, Martins JG, et al. Monitoramento das Práticas Integrativas e Complementares em Minas Gerais: a utilização de um instrumento de apoio aos sistemas de informação. *J. Manag. Prim. Health Care*. 2017 [acesso em 2023 jan 15]; 8(2):278-289. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/534>.
51. Barbosa FES, Guimarães MBL, Santos CR, et al. Oferta de práticas integrativas e complementares em saúde na estratégia saúde da família no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2020 [acesso em 2023 jan 15]; 36(1):e00208818. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/SvzNQ9FJXX64TxypvjXKJNn/?lang=pt>.
52. Ischkanian PC, Pelicioni MCF. Desafios das práticas integrativas e complementares no SUS visando a promoção da saúde. *J. Hum. Growth Dev*. 2012 [acesso em 2023 jan 15]; 22(2):233-238. Disponível em: Corrigir link: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-12822012000200016&script=sci_arttext&tlng=pt#:~:text=As%20Pr%C3%A1ticas%20Integrativas%20e%20Complementares,poss%C3%ADveis%20interven%C3%A7%C3%B5es%20em%20seus%20problemas.
53. Gontijo MBA, Nunes MF. Práticas integrativas e complementares: conhecimento e credibilidade de profissionais do serviço público de saúde. *Trab. educ. saúde*. 2017 [acesso em 2023 jan 15]; 15(1):301-20. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/zq6d5V4fFXMVz7n9qsScffG/abstract/?lang=pt>.

Recebido em 07/06/2022

Aprovado em 20/12/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Avaliação da acurácia da informação em *sites* sobre leishmaniose visceral: uma estratégia de enfrentamento da desordem informacional

Evaluation of the accuracy of the information on websites about visceral leishmaniasis: a strategy for countering information disorder

André Pereira Neto¹, Eduardo Ferreira¹, Leticia Barbosa¹, Rodolfo Paolucci²

DOI: 10.1590/0103-11042022313608

RESUMO As novas Tecnologias de Informação e Comunicação estão cada vez mais presentes no cotidiano de pessoas e instituições em nível global. As informações que elas veiculam podem estar desatualizadas, incompletas, incorretas ou deliberadamente mentirosas. Vive-se um contexto de ‘desordem informacional’. Na saúde, uma informação como essa pode causar dano ao indivíduo e à sociedade. Algumas alternativas têm sido apresentadas para enfrentar esse problema. Este artigo discute como a avaliação da qualidade da informação sobre saúde on-line e a certificação de *sites* podem servir para o enfrentamento da ‘desordem informacional’. Ele apresenta uma metodologia de avaliação da acurácia da informação on-line seguindo as informações atualizadas e cientificamente comprovadas pela medicina baseada em evidências. Analisa o caso da leishmaniose visceral: uma das doenças negligenciadas mais prevalentes no mundo. Seguindo esse método, foi construída uma ferramenta com indicadores e foram avaliados *sites* de organizações não governamentais internacionais e dos Ministérios da Saúde do Brasil e da Índia, países nos quais a leishmaniose visceral é endêmica e que concentram grande parte dos casos mundiais da doença. Os resultados revelam que nenhum dos *sites* avaliados obteve mais de 50% de conformidade com os indicadores utilizados.

PALAVRAS-CHAVE Acesso à informação on-line. Portais do paciente na internet. Estudo de avaliação. Leishmaniose visceral. Doenças negligenciadas.

ABSTRACT *New Information and Communication Technologies are increasingly present in the daily lives of people and institutions globally. The information they convey may need to be updated, complete, correct, or deliberately untrue. We live in a context of information mayhem. Health-related information like this can harm individuals and society. Some alternatives have been put forward to address this issue. This article discusses how online health information quality assessment and website certification can serve in confronting information disorder. It presents a methodology for assessing the accuracy of online information following the updated and scientifically proven information from evidence-based medicine. It analyzes the case of visceral leishmaniasis: one of the most prevalent neglected diseases in the world. Following this method, a tool with indicators was built, and the websites of international non-governmental organizations and the Ministries of Health of Brazil and India were evaluated. The results show that all the evaluated websites obtained at most 50% compliance with the indicators used.*

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

²Fundação de Apoio às Escolas Técnicas do Estado do Rio de Janeiro (Faetec) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

KEYWORDS *Online access to information. Internet portal, patient. Evaluation study. Leishmaniasis, visceral. Neglected diseases.*



Introdução

As mídias digitais estão presentes no cotidiano de pessoas e instituições em nível global de forma pervasiva¹. O grande volume de informações que elas veiculam pode estar desatualizado, incompleto, incorreto ou com a intenção deliberada de enganar os interlocutores, em um contexto de ‘desordem informacional’². Wardle e Derakhshan² apresentam esse conceito, pois consideram a expressão *fake news* imprecisa para descrever os fenômenos relacionados com a poluição de informações em que se está imerso. Essa ‘desordem informacional’ seria subdividida, segundo esses autores, em três tipos, a saber:

Dis-information. Information that is false and deliberately created to harm a person, social group, organization or country. Mis-information. Information that is false, but not created with the intention of causing harm. Mal-information. Information that is based on reality, used to inflict harm on a person, organization or country²⁽²¹⁾.

Na saúde, uma informação com essas características pode afetar o bem-estar ou causar dano ao indivíduo e à sociedade. Por outro lado, uma informação on-line de qualidade, com fonte confiável, atualizada, cientificamente embasada e compreensível pode exercer um papel fundamental nas práticas de autocuidado, na redução dos custos dos serviços, na prevenção de doenças e na promoção da saúde. Com ela, o cidadão poderá conhecer e, possivelmente, adotar as medidas preventivas preconizadas pela ciência. Ele poderá saber onde, quando e por que realizar determinados exames diagnósticos e receber o atendimento médico possível e necessário. Por essa razão, a avaliação da qualidade da informação sobre saúde disponível na internet pode ser considerada uma das estratégias de combate à ‘desordem informacional’³.

Um dos métodos para a realização dessa avaliação baseia-se no estabelecimento de

um conjunto de critérios e indicadores. Os critérios são padrões que servem de base para a avaliação. Cada um deles é composto por indicadores que auxiliam na aferição do grau de conformidade entre a informação disponibilizada e aquela considerada correta e adequada em cada critério⁴.

A partir de uma revisão sistemática, Paolucci e Pereira Neto⁵ identificaram cinco critérios mais utilizados para avaliar a qualidade da informação em *sites* de saúde. Esses mesmos critérios já haviam sido identificados por Eysenbach et al.⁶ e Zhang, Sun e Xie⁷ em suas respectivas revisões sistemáticas. O primeiro critério é o técnico: ele observa, por exemplo, se são atribuídas responsabilidade e referência pela informação oferecida e se são apresentadas as datas de criação e atualização do *site*. O critério design avalia se o *layout* e as cores facilitam a navegação no ambiente virtual. O de abrangência verifica se o *site* dispõe de todos os tópicos pertinentes ao tema abordado. A legibilidade é o critério que aprecia o nível de compreensão do texto disponível on-line⁸. A acurácia da informação foi definida por Eysenbach et al.⁶ como a observação do grau de concordância entre a informação oferecida no ambiente virtual e a melhor evidência geralmente aceita pela prática médica.

Paolucci, Pereira Neto e Nadanovisky⁹ constataram que o critério que avalia a acurácia da informação é o mais utilizado por estudos que se propõem a avaliar a qualidade da informação de saúde na internet. Eles concluíram que os autores dos estudos usaram como referência para avaliação da acurácia da informação o consenso entre especialistas na área do estudo ou a produção bibliográfica científica considerada confiável. Nenhuma dessas revisões sistemáticas identificou um estudo que tivesse recorrido aos sistemas de evidências científicas ou à medicina baseada em evidências para construir os indicadores de acurácia de informação em saúde.

Paolucci, Pereira Neto e Nadanovisky⁹ propõem que os indicadores de avaliação da

acurácia da informação disponível em *sites* de saúde sejam baseados nas melhores e mais atuais evidências científicas disponíveis, atualizando a definição de Eysenbach et al.⁶ para o critério. Para tanto, recomendam que seja utilizado o modelo teórico da Pirâmide 5.0 de atenção à saúde baseada em evidência para identificar evidências e orientações pré-avaliadas. Esse modelo segue as reflexões introduzidas por Alper e Haynes¹⁰, que sugerem um modelo de organização das evidências a partir de cinco níveis.

No primeiro nível, estariam os estudos empíricos (*Studies*) sobre determinado tema ou problema de saúde. Eles apresentam resultados de difícil generalização, pois se limitam a analisar casos específicos. No segundo, estão as revisões sistemáticas (*Systematic Reviews*). Trata-se de investigações realizadas em um conjunto amplo de artigos científicos, com métodos predefinidos para identificar sistematicamente os problemas e os resultados relevantes publicados sobre uma questão ou tema. A revisão sistemática verifica a qualidade desses artigos, extrai os dados e sintetiza os resultados. Nesse caso, as conclusões têm melhores condições de serem generalizadas. No terceiro nível, estão os *Systematically Derived Recommendations (guidelines)*. Trata-se de um conjunto de regras ou diretrizes sobre determinado assunto. Eles visam estabelecer um padrão de conduta diante de problemas concretos. O quarto nível da pirâmide dispõe os *Synthesised Summaries for Clinical Reference*. Eles devem servir como referência para a prática clínica, pois fornecem resumos atualizados de evidências. Ele é o nível mais adequado na busca por orientações práticas para atenção à saúde baseada em evidência¹¹.

Segundo Paolucci¹¹, que avaliou fontes de informação on-line, o DynaMed Plus é a melhor ferramenta para buscar orientações baseadas em evidências atualmente. Trata-se de uma plataforma desenvolvida pela EBSCO, uma empresa norte-americana de banco de dados, que tem como objetivo disponibilizar sumários sintetizados para referência clínica em inglês.

Ela se destaca por sua qualidade e forma de apresentação dos resultados¹¹. Seu principal objetivo é fornecer a profissionais de saúde, pesquisadores e estudantes informação sobre saúde baseada em evidências atualizadas e com qualidade, facilmente localizável no banco de dados. O acesso à plataforma não é gratuito: para consultar o conteúdo disponível, é necessário o pagamento de uma assinatura anual, cujo valor varia conforme o perfil do usuário.

Considerando esse cenário, este artigo apresenta uma avaliação da acurácia da informação on-line sobre leishmaniose visceral. Para tanto, foram construídos indicadores a partir das melhores e mais atuais evidências científicas disponíveis no DynaMed Plus sobre essa doença.

A leishmaniose visceral foi escolhida por ser uma doença negligenciada, isto é, uma doença parasitária que afeta principalmente as populações mais pobres, estando associada a contextos de desigualdade social e recebendo baixo financiamento da indústria farmacêutica. É uma das doenças negligenciadas mais prevalentes no mundo, onde mais de 1 milhão de novos casos são identificados anualmente. Trata-se de uma doença endêmica em 76 países. Entretanto, mais de 90% dos casos mundiais ocorrem na Índia, em Bangladesh, no Sudão, no Sudão do Sul, na Etiópia e no Brasil. Em 2019, o Brasil concentrou 97% dos casos da doença na América Latina. Caso não seja tratada, pode causar a morte, constituindo-se um importante problema de saúde pública^{12,13}.

Os indicadores de qualidade de informação on-line foram utilizados para avaliar o conteúdo sobre leishmaniose visceral disponível em quatro *sites*: dois de Organizações Não Governamentais (ONG) internacionais, e dois vinculados a dois Ministérios da Saúde, um do Brasil e outro da Índia – dois dos seis países em que há maior incidência da doença¹³. O presente estudo inscreve-se, portanto, no campo da *'mis-information'* como mencionam Wardle e Derakhshan², pois serão avaliados *sites* vinculados a instituições que possuem credibilidade internacional e desempenham

um papel relevante e reconhecido no campo da saúde. Entretanto, as informações que disponibilizam podem estar desatualizadas, incompletas ou incorretas, apesar de não haver a intenção que causar dano.

A página dedicada à leishmaniose do *site* Médicos Sem Fronteiras (MSF) foi escolhida por oferecer conteúdo informativo em acesso aberto sobre a doença em português e ser de uma organização sem fins lucrativos, internacionalmente reconhecida. Ademais, ela tem como objetivo prover assistência em saúde em áreas com crises humanitárias e sensibilizar o público em relação a tais situações (<https://www.msf.org.br/o-que-fazemos/atividades-medicas/leishmaniose>).

A escolha da página da ONG Drugs for Neglected Diseases *initiative* (DNDi) para avaliação seguiu uma lógica similar à escolha anterior. Essa página também foi selecionada por oferecer conteúdo informativo gratuito em português sobre leishmaniose. Trata-se de uma organização reconhecida internacionalmente, que visa desenvolver tratamentos seguros, eficazes e acessíveis para milhões de pessoas em situação vulnerável que são afetados por doenças negligenciadas (<https://www.dndial.org/doencas/leishmanioses>).

Assim, a escolha desses dois *sites* possibilitaria identificar o nível de acurácia da informação fornecida em língua portuguesa por organizações que estão, em algum grau, associadas à questão da leishmaniose visceral.

A seleção da página do Ministério da Saúde do Brasil para avaliação esteve relacionada com a busca de identificar o nível de acurácia da informação disponibilizada por uma instância governamental em um dos seus canais de comunicação oficiais. O Ministério da Saúde do Brasil possui o *site* ‘Saúde de A à Z’: um glossário no qual são apresentadas informações em acesso aberto em português sobre prevenção, sintomas, diagnóstico e tratamento das doenças prevalentes no Brasil e os principais temas, ações, políticas públicas e programas na prevenção e promoção da saúde do governo brasileiro. Nele, consta um link dedicado

exclusivamente à leishmaniose visceral, que foi escolhido para a avaliação da acurácia (<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/l/leishmaniose-visceral>).

Por fim, escolheu-se o *site* do governo indiano sobre leishmaniose, disponível em acesso aberto em inglês. O objetivo foi identificar o nível de acurácia do conteúdo fornecido por uma instância governamental em um dos países mais afetados pela doença em nível mundial. O *site* foi projetado, desenvolvido e hospedado pelo Centro de Informática em Saúde (CHI), vinculado ao Instituto Nacional de Saúde e Bem-Estar Familiar (NIHFW): órgão do Ministério da Saúde e Bem-Estar Familiar (MoHFW) da Índia (<https://www.nhp.gov.in/disease/kala-azar-leishmaniasis>).

Os *sites* selecionados para análise estão, portanto, associados a instituições reconhecidas, que possuem, de diferentes modos, uma atuação internacional importante na área da leishmaniose e em dois países entre os que são mais atingidos por essa doença ao redor do mundo. Devido ao seu reconhecimento público, usuários da internet podem acessar seus endereços eletrônicos para obter informações sobre essa enfermidade. Esses *sites*, por sua vinculação institucional, podem ser percebidos enquanto fontes críveis de informação sobre saúde.

Na sequência, será apresentado como os indicadores foram construídos e quais os indicadores que passarão a compor a ferramenta utilizada para avaliação. Em seguida, serão discutidos os resultados obtidos na avaliação dos *sites* selecionados e sua relação com o enfrentamento da “desordem informacional”²⁽¹⁰⁾.

Metodologia

A realização deste estudo teve início com a construção de uma ferramenta para avaliação da acurácia da informação sobre leishmaniose visceral. Após essa etapa, foi realizada a avaliação do conteúdo disponível sobre a doença nos quatro *sites* escolhidos para análise.

Para a construção da ferramenta avaliativa, foi utilizada como referência a página de leishmaniose visceral disponível no DynaMed Plus (<https://www.dynamed.com/condition/visceral-leishmaniasis>). Tal página está estruturada em diferentes seções, que abordam dimensões variadas da doença. Com base nas informações que ela dispõe, foram construídos os indicadores para avaliar a acurácia da informação. Estes foram agrupados em quatro diferentes dimensões do processo saúde-doença¹⁴, a saber: prevenção e controle, sintoma e diagnóstico, transmissão e tratamento. O conjunto de indicadores compôs a ferramenta de avaliação.

A etapa da avaliação consistiu em averiguar se as informações dispostas nos indicadores, construídos a partir dos sumários sintetizados, estão presentes nos *sites* avaliados de forma completa, incompleta, incorreta ou se estão ausentes. Este artigo apresenta, assim, dois resultados: a ferramenta avaliativa proposta que poderá ser utilizada na avaliação de ambientes on-line sobre leishmaniose visceral; e a avaliação dos quatro *sites*, realizada entre os meses de janeiro e fevereiro de 2022.

Resultados

Ferramenta avaliativa

Observe-se inicialmente o processo de construção dos indicadores de transmissão.

Encontra-se o seguinte texto na seção ‘Transmissão’ na página sobre leishmaniose visceral do DynaMed Plus:

Female phlebotomine sandflies only vector for transmission. Noiseless, 2-3 mm long arthropods (about one-third the size of mosquitoes). [...] Most active from dusk to dawn, although some species are active during daylight hours. [...] dogs serve as main reservoir for *Leishmania infantum* (also known as *Leishmania chagasi*)¹⁵.

As informações sobre a transmissão da leishmaniose disponibilizadas no DynaMed Plus foram transformadas em seis indicadores, a saber:

- A fêmea de flebotomíneos é o único vetor conhecido de transmissão da leishmaniose;
- Este inseto transmissor é mais ativo do anoitecer ao amanhecer, embora algumas espécies estejam presentes durante o dia;
- Este inseto transmissor é da cor de areia (*sandfly*);
- Este inseto transmissor é silencioso;
- Este inseto transmissor mede 2-3 milímetros, bem menor que um mosquito;
- O cachorro é a principal fonte de infecção (reservatório).

Para a construção dos indicadores de sintomas e diagnóstico, foram consultadas as seções ‘Histórico e Físico’ e ‘Diagnóstico’ da página de leishmaniose visceral do DynaMed Plus. Em relação aos sintomas clínicos, constam as seguintes informações:

Infection may be asymptomatic. If present, symptoms may develop weeks to years after sandfly bite. Typical signs and symptoms include fever, anorexia and weight loss, abdominal fullness and tenderness [...]. illness may progress over weeks to months¹⁵.

Em relação ao diagnóstico clínico, encontra-se na página no DynaMed Plus que a esplenomegalia (aumento de tamanho do baço) e a hepatomegalia (aumento de tamanho do fígado) são ‘*consistent signs and symptoms*’.

Esse conteúdo sobre sintomas e diagnóstico foi transformado nos seguintes indicadores:

- A infecção por *Leishmania sp.* pode ser assintomática;

- Os sintomas podem levar de semanas ou até anos para se evidenciar após a picada do inseto transmissor;
- Os sintomas típicos da doença incluem febre, perda do apetite (anorexia), emagrecimento, perda de sensibilidade e aumento de volume da região abdominal, especialmente do baço e do fígado;
- A doença pode progredir durante semanas ou até meses.

Localizaram-se, na seção ‘Prevenção e Rastreamento’ da página do DynaMed Plus, as seguintes informações sobre prevenção e controle em áreas endêmicas:

[...] avoid outdoor activities in endemic areas, especially from dusk to dawn; minimize exposed skin by wearing long-sleeved shirts and long pants while outdoors, if possible use insecticide repellents on skin and clothing; if sleeping area not adequately screened or air conditioned, use bed nets with holes small enough to prevent entry of sandflies (most effective if treated with insecticide)¹⁵.

[...] in areas with endemic transmission control canine urban reservoirs mosquito-proof meshes in dog kennels insecticide impregnated dog collars serological surveying of dogs (humane euthanasia may be indicated if positive) residual insecticide spraying environmental sanitation¹⁵.

O conteúdo do DynaMed Plus refere-se a prevenção e controle em áreas endêmicas. As informações acima serviram de base para os seguintes indicadores:

Em áreas endêmicas:

- Evitar atividades ao ar livre, especialmente do anoitecer ao amanhecer;
- Utilizar calças e camisas de manga comprida quando estiver ao ar livre;

- Utilizar repelentes na pele e nas roupas;
- Utilizar mosquiteiros com buracos pequenos o suficiente para evitar a entrada do inseto transmissor se a área de dormir não possuir tela ou ar-condicionado. As telas são mais eficazes se tratadas com inseticidas;
- Vacinar os cães e utilizar coleiras impregnadas com inseticida;
- Realizar a eutanásia canina em casos positivos;
- Pulverizar paredes com inseticida de ação residual para o saneamento ambiental.

Em relação à dimensão do tratamento, constam as seguintes informações no DynaMed Plus:

Treatment should be guided by expert consultation. Treatment decision may vary by infecting species, geographic location, local resistance pattern, patient characteristics, availability of medications. For treatment of visceral leishmaniasis, all patients should be treated [...]. Liposomal amphotericin B is generally considered the first line due to a higher cure rate and lower side effect profile when compared to older agents¹⁵.

A partir dessas informações, foram construídos os seguintes indicadores para o tratamento da leishmaniose:

- O tratamento deve ser supervisionado por um médico;
- O tratamento pode variar de acordo com as espécies infectantes, a localização geográfica, a possibilidade de o parasito resistir ao medicamento administrado, as características do paciente e a disponibilidade de medicamentos;
- A Anfotericina B Lipossomal é considerada a primeira linha de medicamentos adotada para pacientes com leishmaniose devido a

sua maior taxa de cura e menor índice de efeitos colaterais quando comparada com outras drogas utilizadas anteriormente.

Foi constituída uma ferramenta composta por 20 indicadores, sendo 6 de transmissão, 4 de sintoma, 7 de prevenção e controle e 3 de tratamento.

Essa relação poderia ser bem maior se tivessem sido incluídas outras informações atualizadas e cientificamente comprovadas pela medicina baseada em evidências presentes no DynaMed Plus.

Não se incorporaram, por exemplo, informações relativas às diferentes espécies de mosquito transmissor, ao comportamento do vetor de acordo com a região do planeta e ao período de incubação do parasita. Além disso, as informações sobre a transmissão por meio da transfusão sanguínea, intrauterina, por transplante de medula ou órgão sólido e por compartilhamento de agulha não foram transformadas em indicadores na ferramenta supracitada. Elas foram excluídas por serem, segundo o DynaMed Plus, menos comuns. Alguns sintomas específicos não foram transformados em indicadores. Restringiu-se, nesse caso, ao conteúdo mais geral para a construção dos indicadores. O DynaMed Plus também menciona diferentes aspectos a serem avaliados durante o exame clínico e laboratorial para realização do diagnóstico, além de informações detalhadas sobre o tratamento medicamentoso da doença. Essas informações não foram transformadas em indicadores por terem um caráter técnico e estarem destinadas, sobretudo, aos profissionais de saúde, e não à população geral.

A relação de indicadores poderia ser ainda maior se tivesse sido incluído um tópico sobre os criadouros do inseto transmissor. Segundo Benallal et al.¹⁶, o mosquito vetor se reproduz em ambiente com matéria orgânica em decomposição ou em criadouros de animais. O 'Manual de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral' do Ministério da Saúde do Brasil¹⁷ considera essa informação fundamental para prevenção e controle em áreas endêmicas e para orientação de manejo ambiental. Porém, um indicador contendo essa informação não foi incluído na ferramenta avaliativa, pois esse tópico não consta no DynaMed Plus.

Os 20 indicadores presentes na ferramenta reúnem informações que podem ser consideradas básicas, ou seja, informações que todo *site* sobre leishmaniose visceral deveria apresentar.

Resultado da avaliação

Os resultados serão apresentados seguindo os indicadores mencionados acima, de acordo com as quatro dimensões definidas para a leishmaniose. Foi observado se a informação correta e atual, obtida por meio do DynaMed Plus, estava presente de forma completa (C), incompleta (I) ou incorreta (E), ou ainda se estava ausente (A). Cada resposta foi pontuada para melhor averiguar o resultado da avaliação. As informações completas receberam 10 pontos; as incompletas, 5 pontos; e as ausentes ou incorretas não receberam pontuação.

Os resultados da dimensão da transmissão estão reunidos no *quadro 1*.

Quadro 1. Resultados da acurácia da informação sobre transmissão

Indicador	MSF	DNDi	MS/BR	MS/IND
A fêmea do flebotomíneos é o único vetor de transmissão da leishmaniose	A	E	C	A
Este inseto é mais ativo do anoitecer ao amanhecer, embora algumas espécies sejam ativas durante o dia	A	A	A	A
O mosquito é da cor de areia (sandfly)	I	I	C	C

Indicador	MSF	DNDi	MS/BR	MS/IND
O mosquito é silencioso	A	A	A	A
O inseto mede 2-3 milímetros, bem menor que um mosquito	A	A	I	C
O cachorro é a principal fonte de infecção (reservatório) para o inseto transmissor (vetor)	A	A	C	-
Transmissão (60)	5	5	35	20
Percentual	8%	8%	58%	33%

Fonte: elaboração própria.

Completa (C); Incompleta (I); Incorreta (E); Ausente (A).

Na página do MSF, consta que a doença é transmitida ‘pela picada de mosquitos-palha infectados’. Na página do Ministério da Saúde da Índia, é informado que ‘flebotomíneos são pequenos insetos, cerca de um quarto do tamanho de um mosquito’. Já a página do DNDi indica que a transmissão é realizada pela ‘picada de diferentes espécies de insetos vetores flebotomíneos’. Nos dois primeiros ambientes, não se apresenta o gênero feminino do inseto transmissor, apesar de ser mencionada sua subfamília (flebotomínea).

O site do Ministério da Saúde do Brasil destaca apenas que os insetos transmissores são pequenos, sem compará-los com o tamanho dos mosquitos nem informar seu tamanho aproximado. Nenhum dos quatro sites destaca o comportamento silencioso e noturno do inseto.

Segundo o último relatório sobre o controle da leishmaniose, publicado pela Organização Mundial da Saúde em 2010¹⁸, os cães são os principais reservatórios da leishmaniose visceral. O documento salienta que o controle da leishmaniose visceral canina é uma tarefa que deve ser adaptada de acordo com a situação local em virtude de sua complexidade. Embora menos da metade dos cães infectados apresente sinais de leishmaniose, entre os chamados de assintomáticos, uma boa parte deles demonstrou ser infectante para flebotomíneos por xenodiagnóstico. Segundo Donato

et al.¹⁹, essas características justificam a importância da eutanásia dos animais infectados, sintomáticos e assintomáticos, para o controle da transmissão, principalmente quando se considera a baixa eficácia parasiticida dos medicamentos utilizados para o tratamento de cães com leishmaniose visceral.

No Brasil, assim como nos demais países do continente americano e nos países do mediterrâneo, a leishmaniose visceral é endêmica e o agente etiológico é a *Leishmania infantum*. Nessas regiões, os cães exercem o papel de reservatórios do parasito em ambiente urbano. Entretanto, na Índia, a leishmaniose visceral causada pela espécie *Leishmania donovani* é uma antroponose, ou seja, os humanos são considerados a única fonte de infecção para os flebotomíneos vetores; portanto, o cachorro não exerce o papel de reservatório. Por essa razão, esse indicador não foi considerado nesse caso¹⁵. Entretanto, parece surpreendente que não constem informações básicas sobre o inseto transmissor no site do governo indiano.

Na dimensão transmissão, a conformidade seria obtida se o site avaliado conseguisse obter 60 pontos, ou seja, 10 pontos em cada um dos seis indicadores. Nessa primeira dimensão, os resultados indicam baixos índices de conformidade, especialmente entre os sites das duas ONG (quadro 1).

O quadro 2 apresenta os resultados da avaliação na dimensão dos sintomas e diagnóstico.

Quadro 2. Resultados da acurácia da informação sobre sintomas e diagnóstico

Indicador	MSF	DNDi	MS/BR	MS/IND
A infecção da leishmaniose pode ser assintomática	A	A	A	A
Os sintomas podem levar de semanas ou até anos para se evidenciar após a picada do mosquito	E	E	A	A
Os sintomas típicos da doença incluem febre, perda do apetite (anorexia), emagrecimento, aumento de volume na região da barriga (baço e fígado) e perda de sensibilidade	E	I	I	I
A doença pode progredir durante semanas ou até meses	A	A	A	A
Sintomas e Diagnóstico (40)	0	5	10	5
Percentual	0%	12%	25%	12%

Fonte: elaboração própria

Completa (C); Incompleta (I); Incorreta (E); Ausente (A).

Não há menção, nas quatro páginas avaliadas, ao possível quadro assintomático da doença. No *site* do MSF, consta que a doença ‘se manifesta de dois a oito meses após a infecção’. No DNDi, é informado que ‘o período de incubação é de 10 a 14 dias’. Ambas as informações estão incorretas segundo os parâmetros do DynaMed Plus. Nos outros dois ambientes virtuais, essa informação não está presente.

Em relação aos sintomas típicos, encontra-se no *site* do MSF que eles ‘demandam amostras de tecido, gânglios linfáticos ou da medula espinhal’. Seguindo os parâmetros do DynaMed Plus, essa informação está incorreta. No *site* do DNDi, consta uma gravura que indica a ‘febre prolongada, o aumento do baço e do fígado, a perda substancial de peso e a anemia’ como sintomas da doença. O *site* do Ministério da Saúde brasileiro inclui a fraqueza e redução da força muscular e

não menciona a anorexia como sintoma da leishmaniose. Por essa razão, este indicador foi considerado incompleto.

Nenhum dos quatro *sites* informa o tempo de progressão da doença. Os *sites* do MSF, do DNDi e do Ministério da Saúde do Brasil alertam que a doença pode ser fatal se não for tratada. A evolução temporal da doença esteve ausente nos quatro ambientes virtuais.

Na dimensão sintomas e diagnóstico, a conformidade plena seria obtida se o *site* avaliado conseguisse obter 40 pontos, ou seja, 10 pontos em cada um dos quatro indicadores. Nessa segunda dimensão, os resultados indicam índices de conformidade extremamente baixos em todos os *sites* avaliados.

No *quadro 3*, constam os resultados da avaliação na dimensão da prevenção e controle em áreas endêmicas.

Quadro 3. Resultados da acurácia da informação sobre prevenção e controle em áreas endêmicas

Indicador	MSF	DNDi	MS/BR	MS/IND
Evitar atividades ao ar livre, especialmente do anoitecer ao amanhecer	A	A	A	C
Ao ar livre, utilizar calças e camisas de manga comprida	A	A	A	C
Utilizar repelentes na pele e nas roupas	A	A	I	C
Se a área de dormir não possuir tela ou ar-condicionado, utilizar telas mosquiteiros com buracos pequenos o suficiente para prevenir a entrada do mosquito palha. As telas são mais eficazes se tratadas com inseticidas	A	A	A	C
Os cães devem utilizar coleiras impregnadas com inseticida	A	A	C	-

Indicador	MSF	DNDi	MS/BR	MS/IND
A eutanásia canina pode ser indicada em casos positivos	A	A	C	-
A pulverização de inseticida deve ser utilizada para o saneamento ambiental	A	A	C	C
Prevenção e Controle em Áreas Endêmicas (70)	0	0	35	50
Percentual	0%	0%	50%	71%

Fonte: elaboração própria.

Completa (C); Incompleta (I); Incorreta (E); Ausente (A).

Nenhum dos *sites* das duas ONG apresenta informações sobre os comportamentos que devem ser adotados pelos moradores de áreas endêmicas.

O *site* do Ministério da Saúde do Brasil disponibiliza dois vídeos curtos sobre como encoleirar os cães com inseticida. Nele também está presente a menção à eutanásia de cães. Entretanto, o *site* adverte que essa iniciativa ‘deve ser realizada de forma integrada às demais ações recomendadas pelo Ministério da Saúde’. De maneira superficial, é recomendado o uso de repelentes ‘quando houver necessidade’ e de ‘roupas confortáveis e calçados fechados’. Por essa razão, esse indicador foi considerado ausente.

Na dimensão prevenção e controle, a conformidade seria obtida se o *site* avaliado

conseguisse obter 70 pontos. As informações disponíveis no *site* do Ministério da Saúde da Índia sobre esse tema estão 100% de acordo com os indicadores presentes na ferramenta de avaliação dessa dimensão, apesar de o *site* ter obtido apenas 50 pontos. Essa excepcionalidade está relacionada com o fato de que, na Índia, trata-se de uma antroponose; portanto, o cachorro não exerce o papel de reservatório do parasito para o inseto vetor. Por essa razão, não seria de se esperar que constassem informações sobre a utilização de coleiras e a eutanásia de cães no *site* do Ministério da Saúde naquele país.

No *quadro 4*, são apresentados os resultados da avaliação na dimensão de tratamento da leishmaniose.

Quadro 4. Resultados da acurácia da informação sobre tratamento

Indicador	MSF	DNDi	MS/BR	MS/IND
O tratamento para leishmaniose deve ser supervisionado por um médico especialista	A	A	A	C
O tratamento pode variar de acordo com as espécies infectantes, a localização geográfica, o padrão de resistência local, as características do paciente e a disponibilidade de medicamentos	A	A	A	A
A Anfotericina B Lipossomal é considerada a primeira linha de medicamentos adotada para pacientes com leishmaniose devido a sua maior taxa de cura e menor índice de efeitos colaterais.	I	A	A	I
Tratamento (40)	5	0	0	15
Percentual	12%	0%	0%	37%

Fonte: elaboração própria.

Completa (C); Incompleta (I); Incorreta (E); Ausente (A).

Apenas o *site* indiano faz menção à presença do médico no tratamento. Consta que a informação disposta no *site* é ‘indicativa’, ou seja, é sugestiva ou serve como sinal de algo. Outrossim, conclui afirmando: ‘para o diagnóstico e tratamento você deve procurar seu médico’. Nenhum dos *sites* menciona a possibilidade de o tratamento ser diferente segundo algumas variáveis. Não se encontra explicitamente, em nenhum dos *sites*, que a Anfotericina B Lipossomal seja a primeira linha de medicamentos adotada para pacientes com leishmaniose devido a sua maior taxa de cura e menor índice de efeitos colaterais.

No *site* do MSF, consta que os ‘antimoniais pentavalentes são, normalmente, o grupo de medicamentos de primeira linha’. O *site* do Ministério da Saúde da Índia apresenta as ‘drogas disponíveis para o tratamento’. São relacionados o Estibogluconato de Sódio, o Isetianato de Pentamidina, a Anfotericina B, a Miltefosina e a Anfotericina B Lipossomal. Por essa razão, nesses dois *sites*, essa informação foi considerada incompleta, pois não destaca a Anfotericina B Lipossomal como medicamento de primeira linha devido a sua maior taxa de cura e menor índice de efeitos colaterais.

No *site* do DNDi, apresenta-se que os pacientes com leishmaniose visceral ‘necessitam

de um tratamento oral, efetivo, seguro, de baixo custo e de curta duração’, sem fazer qualquer menção a um tratamento medicamentoso. O *site* do Ministério da Saúde do Brasil não dedica sua atenção ao tratamento dessa doença. Ele informa apenas que, ‘apesar de grave, a leishmaniose visceral tem tratamento para os humanos. Ele é gratuito e está disponível na rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS)’.

Na dimensão tratamento, a conformidade seria obtida se o *site* avaliado conseguisse ter 40 pontos. Nenhum dos *sites* atingiu uma pontuação maior que 15. Esse número sugere que a informação básica sobre o tratamento da doença nos ambientes virtuais analisados possui baixa acurácia ou está ausente.

O *quadro 5* reúne os resultados dos quatro quadros anteriores. A primeira coluna refere-se a cada uma das dimensões da avaliação. A segunda apresenta o total de pontos possíveis caso as informações estivessem em conformidade com os indicadores criados a partir do DynaMed Plus. As colunas seguintes dispõem os resultados obtidos por cada *site* avaliado em cada uma das quatro dimensões. Ao final, os resultados foram transformados em indicadores proporcionais.

Quadro 5. Resultados da acurácia da informação sobre leishmaniose visceral

Indicador	Total	MSF	DNDi	MS/BR	MS/IND
Transmissão	60	5	5	35	20
Sintomas e Diagnóstico	40	10	5	10	15
Prevenção e Controle em Áreas Endêmicas	70	0	0	35	50
Tratamento	30	5	0	0	15
Total de Pontos obtidos	200	20	10	80	100
Percentual		10%	5%	40%	50%

Fonte: elaboração própria.

Considerações finais

O estudo realizado permite a elaboração de algumas questões importantes para o campo da comunicação e informação em saúde.

Como o cidadão poderá identificar o inseto transmissor da doença se o *site* do Ministério da Saúde do Brasil destaca apenas que ele é pequeno, sem informar mais detalhes? Como o cidadão poderá se prevenir dessa doença se nenhum dos quatro *sites* destaca o comportamento silencioso e noturno do inseto transmissor? Como o cidadão poderá saber se está ou não contaminado se as informações sobre os sintomas típicos da doença estão praticamente ausentes dos quatro *sites*? O cidadão que residir em áreas endêmicas e consultar um dos *sites* das duas ONG não encontrará as informações necessárias para se prevenir e se cuidar adequadamente, pois não há qualquer informação sobre como se comportar nesse contexto epidemiológico. Se consultar o *site* do Ministério da Saúde do Brasil, seu destino não será muito diferente, pois ele não será orientado a evitar atividades ao ar livre e a utilizar calças e camisas de manga comprida.

Como observado acima, as informações disponibilizadas sobre leishmaniose visceral em quatro importantes ambientes virtuais obtiveram baixos índices de conformidade em relação ao conhecimento científico apresentados nos resumos sintetizados para referência clínica, dispostos no DynaMed Plus. A maioria das informações disponibilizadas, nesse caso, está incompleta, incorreta ou ausente apesar de os *sites* serem vinculados a instituições idôneas. Não se pode dizer que a informação imprecisa, oferecida por esses quatro *sites*, tenha tido a intenção deliberada de enganar. Entretanto, é importante frisar que os *sites* avaliados neste artigo não oferecem informações corretas. Cabe destacar que uma informação incorreta ou incompleta pode ser base para a desinformação, deixando o caminho livre para a circulação de informações falsas. Outros estudos^{3,4,8,20,21}, com objetivos semelhantes, chegaram às mesmas conclusões. Ou seja, esse

problema não é um privilégio desse ou daquele *site* ou dessa ou daquela doença ou problema de saúde. Pode-se sugerir que a qualidade da informação em *sites* de saúde seja um problema identificado em diferentes ambientes virtuais. Um problema sério que merece ser enfrentado.

Outra questão merece destaque

Eysenbach²² entende que existam quatro estratégias, que ele denomina de ‘pilares’, para o enfrentamento das informações falsas. Ainda que o alvo deste estudo tenha sido a acurácia da informação, e não os conteúdos propositalmente enganosos, considera-se que as colocações de Eysenbach²² também contribuem para pensar na questão da desordem informacional e na circulação de informação sobre saúde imprecisa, desatualizada ou não acurada.

O primeiro pilar de enfrentamento sugerido pelo autor visa facilitar e fortalecer a tradução precisa do conhecimento de um público para outro. Segundo ele:

[...] these knowledge translation processes are, perhaps, the main mechanisms where information becomes misinformation, as the interpretation of ‘facts’ is subject to multiple potentially influencing factors such as politics, commercial interests, selective reporting, and misunderstandings²²⁽³⁾.

O segundo pilar objetiva refinar e filtrar o conhecimento e verificar os fatos. Para Eysenbach²²⁽⁴⁾,

on the science level, the process of peer reviewing and publishing scholarly work is a method to constantly filter, refine, and improve the information generated by previous scholars.

O terceiro pilar está voltado para a construção da ‘eHealth literacy’. Segundo o autor, na era da informação, ‘o usuário carrega uma parte significativa da responsabilidade de selecionar e filtrar informações de saúde confiáveis’.

O quarto pilar refere-se à ‘infovigilância’: uma vigilância capaz de “detect outbreaks of misinformation, rumors, falsehoods, to counter them with facts or other interventions”²²⁽⁴⁾.

Apesar de não estar mencionada explicitamente, a avaliação da qualidade da informação poderia estar inserida no segundo pilar, pois essa prática visa refinar e melhorar a informação oferecida. A avaliação da acurácia das informações de saúde disponíveis na *web* é um desafio mundial, cuja importância tornou-se ainda mais evidente com a ocorrência da pandemia da Covid-19.

O presente artigo procurou apresentar um método inovador de avaliação da acurácia da informação disponibilizada em *sites* de saúde. A inovação está associada, em um primeiro aspecto, à maneira pela qual as avaliações semelhantes têm sido realizadas. O segundo aspecto inovador está relacionado com o fato de este artigo não ter realizado a avaliação seguindo o ponto de vista de especialistas ou manuais, e sim a partir da medicina baseada em evidências. Destaca-se ainda que o método de avaliação aqui proposto pode ser adaptado para avaliar conteúdo informativo sobre outras doenças e condições de saúde, podendo trazer resultados importantes acerca da acurácia da informação que circula on-line sobre outros tópicos de saúde.

Em relação ao modo como avaliações da qualidade de informação sobre saúde on-line têm sido realizadas, duas iniciativas têm se destacado no mundo: Health On Net Foundation (<https://www.hon.ch/en/>) e Discern (<http://www.discern.org.uk/>). A primeira é uma ONG suíça que certifica *sites* de saúde a partir de oito princípios. O Discern é uma iniciativa da Universidade de Oxford. Trata-se de um questionário, composto por 16 perguntas, que fornece aos usuários uma maneira considerada válida e confiável para que eles avaliem a qualidade da informação disponível em um *site*

de saúde. Nenhuma dessas iniciativas verifica a acurácia da informação, ou seja, não averigua o grau de concordância existente entre o conteúdo disponível on-line e as evidências científicas mais atuais e corretas.

É importante ressaltar, finalmente, que uma avaliação como a que foi apresentada não tem um caráter punitivo, e sim diagnóstico. Com ela, os gestores dos ambientes virtuais poderão modificar o conteúdo das informações disponibilizadas e/ou incluir outras informações que tenham estado ausentes. Em um segundo momento, o mesmo *site* voltaria a ser avaliado. Se as informações disponibilizadas estiverem em conformidade com os indicadores, o *site* receberia uma certificação. Ao consultar um *site* certificado, o cidadão estaria certo de que aquela informação seria atual e cientificamente embasada. A certificação de *sites* de saúde, por instituições de reconhecido respeito pela sociedade, parece ser uma opção estratégica de enfrentamento da ‘desordem informacional’². Isso porque os *sites* certificados seriam o ambiente informacional em que os usuários poderiam confiar.

Colaboradores

Pereira Neto A (0000-0003-3631-8857)* contribuiu para concepção e planejamento do estudo; análise e interpretação dos dados; elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo; participação na aprovação da versão final do manuscrito. Ferreira E (0000-0002-4073-6704)* e Barbosa L (0000-0002-7341-260X)* contribuíram para análise e interpretação dos dados; elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo; participação na aprovação da versão final do manuscrito. Paolucci R (0000-0003-3986-1118)* contribuiu para revisão crítica do conteúdo e aprovação final da versão a ser publicada. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Pereira Neto A, Barbosa L, Flynn M. Prefácio da edição brasileira - Há décadas em que nada acontece. Há semanas em que décadas acontecem. In: Pereira Neto A, Flynn M, organizadores. *Internet e saúde no Brasil: desafios e tendências*. 1. ed. São Paulo: Cultura Acadêmica; 2021. p. 7-18.
2. Wardle C, Derakhshan H. *Information disorder: toward an in-terdisciplinary framework research and policy making*. E-book. Estrasburgo: Council of Europe; 2017.
3. Pereira Neto A, Ferreira EC, Domingos RLAMT, et al. Avaliação da qualidade da informação de sites sobre Covid-19: uma alternativa de combate às fake news. *Saúde debate*. 2022; 46(132):30-46.
4. Pereira Neto A, Paolucci R. Avaliação da qualidade da informação de saúde na internet: análise das iniciativas brasileiras. In: Pereira Neto A, Flynn M, organizadores. *Internet e saúde no Brasil: desafios e tendências*. 1. ed. São Paulo: Cultura Acadêmica; 2021. p. 257-291.
5. Paolucci R, Pereira Neto A. Methods for evaluating the quality of information on health websites: Systematic Review (2001-2014). *Latin Am J Develop*. 2021; 3(3):994-1056.
6. Eysenbach G, Powell J, Kuss O, et al. Empirical studies assessing the quality of health information for consumers on the world wide web: a systematic review. *Jama*. 2002; 287(20):2691-2700.
7. Zhang Y, Sun Y, Xie B. Quality of health information for consumers on the web: A systematic review of indicators, criteria, tools, and evaluation results. *J Assoc. Inform. Science & Tech*. 2015; 66(10):2071-84.
8. Pereira Neto A, Paolucci R, Daumas R, et al. Avaliação participativa da qualidade da informação de saúde na internet: o caso de sites de dengue. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017; 22(6):1955-68.
9. Paolucci R, Pereira Neto A, Nadanovisky P. Avaliação da acurácia da informação em sites de saúde: Métodos para construção de indicadores baseados em evidência. *Em Questão*. 2021; 27(4):137-188.
10. Alper BS, Haynes RB. EBHC pyramid 5.0 for accessing pre appraised evidence and guidance. *Evidence-based Med*. 2016; 21(4):123-5.
11. Paolucci R. *Avaliação da qualidade da informação em sites de saúde: indicadores de acurácia baseada em evidência para tuberculose*. [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2020.
12. Santana RS, Souza KB, Lussari F, et al. Cases and distribution of visceral leishmaniasis in western São Paulo: A neglected disease in this region of Brazil. *PLoS Negl Trop Dis*. 2021; 15(6):e0009411.
13. Anversa L, Tiburcio M, Richini-Pereira V, et al. Human leishmaniasis in Brazil: A general review. *Rev. Assoc. Med. Bras*. 2018; 64(3):281-289.
14. Organização Pan-Americana da Saúde. *Módulos de Princípios de Epidemiologia para o Controle de Enfermidades*. Módulo 6: controle de enfermidades na população. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; 2010.
15. DynaMed. Ipswich (MA): EBSCO Information Services. 1995. Record No. T113881, Visceral Leishmaniasis; [atualizado 2018 nov 30]. [acesso em 2022 maio 17]. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T113881>.
16. Benallal KE, Garni R, Harrat Z, et al. Phlebotomine sand flies (Diptera: Psychodidae) of the Maghreb region: A systematic review of distribution, morphology, and role in the transmission of the pathogens. *PLoS Negl Trop Dis*. 2022; 16(1):e0009952.
17. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Manual de vigilância e controle da leishmaniose visceral*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014.

18. WHO. Control of the leishmaniasis: report of a meeting of the WHO Expert Committee on the Control of Leishmaniasis, Geneva, 22-26 March 2010.
19. Donato L, Lima Júnior F, Albuquerque R, et al. Vigilância e controle de reservatórios da leishmaniose visceral no Brasil: aspectos técnicos e jurídicos. *Revista de Educação Continuada em Medicina Veterinária e Zootecnia do CRMV-SP. Conselho Regional de Medicina Veterinária*. 2013; 11(2):18-23.
20. Paolucci R, Pereira Neto A, Luzia R. Avaliação da qualidade da informação em sites de tuberculose: análise de uma experiência participativa. *Saúde debate*. 2017; 41(esp):84-100.
21. Pereira Neto A, López S, Almeida J, et al. Assessment of the quality of information on breastfeeding sites: notes on an experience. In: Silva P, Leite D, organizadores. *Saúde coletiva: avanços e desafios para a integralidade do cuidado - volume 3*. Guarujá: Editora Científica Digital; 2021. p. 114-27.
22. Eysenbach G. How to Fight an Infodemic: The Four Pillars of Infodemic Management *J Med Internet Res*. 2020; 22(6):e21820.

Recebido em 11/07/2022
Aprovado em 20/12/2022
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Necessidades de Informação sobre Covid-19: um estudo em uma comunidade on-line de saúde brasileira

COVID-19 Information Needs: a study in a Brazilian on-line health community

Leticia Barbosa¹, André Pereira Neto¹, Rodolfo Paolucci²

DOI: 10.1590/0103-1104202313609

RESUMO Uma doença ou condição de saúde pode ser entendida enquanto um estímulo que produz uma Necessidade de Informação (NI). Cada vez mais, indivíduos recorrem a comunidades on-line de saúde para solucionar suas dúvidas sobre sua situação de saúde. A pandemia da Covid-19 configurou-se como um evento singular para a produção de NI. Nesse contexto, o objetivo do estudo foi identificar as NI sobre Covid-19 em uma comunidade on-line organizada no Facebook. Foi realizada uma análise temática das postagens feitas no grupo ‘EU JÁ TIVE COVID-19’ entre maio de 2021 e janeiro de 2022. Foram identificados sete temas de NI relacionados com a Covid-19, sendo que ‘Pós-Covid’, ‘Vacinação’ e ‘Infecção’ se destacaram. O tema ‘Pós-Covid’ se manteve frequente na maior parte dos meses analisados. A comunidade on-line investigada passou a exercer o papel de apoio informacional, sendo um meio para participantes tentarem suprir suas NI sobre Covid-19.

PALAVRAS-CHAVE Acesso à internet. Covid-19. Mídias sociais. Comportamento de busca de informação.

ABSTRACT An illness or health condition can be understood as a stimulus that produces an Information Need (IN). More and more individuals resort to online health communities to solve their doubts about their health situation. The COVID-19 pandemic was configured as a unique event to produce IN. In this context, the aim of this study was to identify the information needs about COVID-19 in an on-line community organized on Facebook. A thematic analysis of the posts made in the ‘EU JÁ TIVE COVID-19’ (‘I’VE HAD COVID-19’) group between May 2021 and January 2022 was performed. Seven IN themes related to COVID-19 were identified, with ‘Post-COVID’, ‘vaccination’, and ‘infection’ standing out. The theme ‘Post-COVID’ remained frequent most of the months analyzed. The investigated on-line community played the role of informational support, being a means for participants to try to fulfill their IN about COVID-19.

KEYWORDS Internet access. COVID-19. Social media. Information seeking behavior.

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

²Fundação de Apoio às Escolas Técnicas do Estado do Rio de Janeiro (Faetec) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

Nas últimas décadas, há uma crescente produção acadêmica sobre Necessidades de Informação (NI)¹. Apesar das variações na definição, é possível conceber que uma NI emerge a partir da identificação, por parte do indivíduo, de uma insatisfação com sua situação corrente¹⁻³. Para Timmins², essa expressão pode ser entendida enquanto uma reação a um estímulo que o indivíduo vivencia. Tal estímulo pode ser uma mudança ou um evento significativo, associado a um caráter de gravidade, imprevisibilidade, novidade, ameaça, desafio ou incerteza. Nesse sentido, alguns autores¹⁻³ definem que a NI seja um mecanismo do indivíduo para lidar com tal cenário, referindo-se àquilo que ele precisaria saber para lidar, manejar ou solucionar a situação em que se encontra.

Ao se considerar essa perspectiva, uma doença ou condição de saúde, sobretudo quando é crônica ou quando apresenta um risco significativo à vida, pode ser entendida como um estímulo que produz uma NI. Diante do quadro clínico, o indivíduo pode se sentir insatisfeito com a informação que possui ou considerar que há um déficit em seu atual nível de informação. No que tange especificamente à saúde, Mesters et al.⁴⁽²⁵⁴⁾ entendem que a NI se refere a “uma experiência de falta de informação sobre um domínio da vida que é relevante para o paciente”.

A presença do indivíduo com problemas de saúde é recorrente no debate sobre NI em saúde, uma vez que a vontade de saber mais ou o déficit de informação são vivenciados pelo cidadão ao se deparar com a deterioração de seu quadro clínico. Entretanto, essa demanda não se restringe ao paciente. Aqueles que proveem ou são responsáveis pelo cuidado, ou ainda aqueles que convivem com o paciente, também podem ter necessidades e interesses informacionais^{2,5}. Ademais, é possível que uma pessoa não apresente uma doença ou condição de saúde, nem conviva com um paciente, mas também identifique um déficit informacional

ou tenha interesse ou curiosidade em conhecer mais um determinado tópico. Nessa direção, Wenjing et al.⁵ propõem uma perspectiva mais abrangente, apontando que as necessidades de saúde podem englobar tanto pacientes quanto cidadãos que não apresentam uma condição clínica específica, mas que possuem curiosidade ou vontade de saber sobre um determinado assunto relacionado com a área da saúde.

Assim, o conceito ‘NI em saúde’ pode ser pensado como aquilo que um cidadão, seja ele paciente ou não, desconhece em relação a uma determinada situação de saúde e deseja, precisa ou tem curiosidade em aprofundar seu nível de conhecimento sobre ela.

A NI em saúde possui certas especificidades. Ela pode variar conforme o tipo de doença ou condição de saúde, as características demográficas, o contexto socioeconômico, as condições de vida, o quadro clínico e o estágio em que o indivíduo se encontra. Pode estar relacionada ainda com uma dimensão mais biomédica ou com uma perspectiva mais abrangente relativa ao processo saúde-doença⁴⁻⁷.

Diante do interesse maior ou menor por um determinado tópico, é possível que o indivíduo desenvolva um comportamento mais ou menos assíduo de busca de informação para suprir o déficit identificado ou percebido^{2,8}. Nesse contexto, o fornecimento de informação por profissionais de saúde, principalmente no momento da consulta, pode ser entendido como uma das formas ou possibilidades de solucionar a falta de informação e as dúvidas dos pacientes^{2,7}. Entretanto, as necessidades informacionais nem sempre são atendidas na consulta com o profissional. Muitas vezes, também não são atendidas por meio das estratégias comunicacionais promovidas por órgãos de saúde. Além disso, para o paciente, é possível que surjam novas NI no decorrer da convivência diária com a doença ou condição que o motive a recorrer a outras fontes de informação⁹.

Nas últimas décadas, a disseminação da informação sobre saúde por meio da internet tem contribuído para a tentativa de pacientes

e demais interessados solucionarem suas necessidades informacionais. A busca por informação sobre saúde on-line tem se tornado um importante e inédito recurso para indivíduos suprirem suas NI em saúde⁷. A conveniência e a rapidez do acesso a uma grande variedade de recursos informacionais têm contribuído para que a pesquisa on-line assuma um lugar proeminente e singular nesse contexto^{10,11}.

A interface entre NI, mídias digitais e busca de informação on-line adquiriu novos contornos na pandemia da Covid-19.

No início de 2020, ao redor do mundo, indivíduos viram-se afetados, em maior ou menor grau, por uma pandemia causada por uma doença nova, para a qual não havia ainda tratamento ou vacina¹¹. Conforme apontam Soleymani et al.¹²⁽¹⁾,

Pouco depois do surto do coronavírus, quase todos os aspectos da vida das pessoas foram afetados pelo vírus. Anteriormente, comunidades não tinham encontrado um fenômeno de tal magnitude e extensão.

Tratava-se, portanto, de uma situação desconhecida, que envolvia risco de morte e alto gravidade, incerteza e ameaça – um cenário favorável para a emergência de NI^{2,3,12,13}.

Comunidades On-line de Saúde (COS) têm se destacado como um meio importante para indivíduos buscarem, obterem e compartilharem informação sobre saúde. Segundo Wang et al.¹³⁽²⁾, “[COS] se tornaram uma das mais importantes fontes para busca e troca de informação, experiências, conselho, apoio e opiniões sobre saúde”. Pereira Neto et al.¹⁰⁽¹⁴⁸⁾ corroboram essa ideia ao afirmar que

As comunidades virtuais desempenham um papel singular no processo de empoderamento [...]. Seu integrante pode compartilhar informações e obter conhecimentos derivados da experiência de outros participantes com a doença. Ao fazê-lo, ele pode conhecer alternativas de tratamento, saber os efeitos adversos de determinados medicamentos e conversar com outros

participantes sobre decisões relacionadas ao seu processo terapêutico.

Na pandemia da Covid-19, as COS despontaram como uma fonte de informação e de apoio facilmente acessível, sobretudo em um contexto de isolamento social, instituído como medida preventiva dessa doença¹²⁻¹⁴.

Diante desse cenário, o objetivo deste estudo consistiu em identificar as NI sobre Covid-19 circuladas em uma comunidade on-line sobre a doença.

Para realizar o estudo, foi escolhida a comunidade ‘EU JÁ TIVE COVID-19’, organizada no Facebook e voltada para pessoas com Covid-19 e demais interessados em obter e compartilhar informações e experiências sobre a doença. Tratava-se de um grupo público, criado em abril de 2020, com mais de 16 mil membros, que deixou de estar disponível a partir de fevereiro de 2022. Em sua descrição, constava que comunidade tinha ‘a intenção de compartilhar experiências verdadeiras de pessoas que estão ou já estiveram infectadas pelo vírus Covid-19 (Coronavirus)’.

Este estudo visou mapear as diferentes NI sobre Covid-19 presentes nessa comunidade on-line. Não entrou em seu escopo de investigação avaliar a qualidade da informação circulada no ambiente, analisar o debate acerca da desinformação e de conteúdos falsos sobre Covid-19 na COS, ou ainda examinar se as NI demandadas nesse ambiente virtual foram ou não atendidas.

A seguir, serão apresentados a metodologia adotada e os resultados obtidos neste estudo.

Metodologia

O presente estudo adotou como referencial metodológico a análise temática. Trata-se de um método qualitativo que visa identificar padrões ou tendências, também entendidos como temas, relevantes para a descrição e a compreensão de um conjunto de dados. Para tanto, ele prevê etapas de segmentação,

categorização, sintetização e reconstrução. Os temas identificados a partir de tais procedimentos constituem-se dimensões ou aspectos importantes dos dados analisados, indicando padrões de resposta, sentido ou ideia¹⁵.

Realizou-se uma coleta manual das postagens feitas no grupo 'EU JÁ TIVE COVID-19' entre maio de 2021 e janeiro de 2022. O texto de cada postagem foi extraído e organizado em uma planilha. Dados como tipos e totais de reações, total de compartilhamentos e comentários não foram considerados para a análise. Essa postura foi adotada, pois a identificação do conteúdo da publicação foi considerada suficiente para que fossem identificados os temas de NI sobre Covid-19 circuladas na COS estudada.

Iniciou-se a análise temática a partir de uma familiarização com o conjunto de dados coletado. As publicações foram lidas e revisadas. Quando se identificaram mais de um tipo de mensagem em uma mesma publicação, os trechos foram divididos e classificados separadamente. Ao total, foram identificadas 767 mensagens a serem codificadas. Para cada mensagem, atribuiu-se um código referente ao propósito e outro referente ao conteúdo. O código referente ao conteúdo indicava o tema da mensagem.

Para a identificação das NI, selecionaram-se, para análise, as mensagens que tiveram seu propósito codificado como 'dúvida'. As demais mensagens, classificadas com outros tipos de propósito (isto é, 'relato', 'recomendação/orientação' etc.), foram desconsideradas para a análise. Adotou-se essa estratégia por considerar uma observação feita por Timmins² de que as necessidades geralmente são expressas na forma de perguntas. Assim, o mapeamento foi realizado a partir de mensagens que continham alguma pergunta postada por qualquer participante da COS, visando solucionar alguma de suas NI sobre determinado aspecto da Covid-19.

Do total de 767 mensagens, 472 se referiram a dúvidas diretamente relacionadas com a Covid-19 – o que representa cerca de 61,5% das mensagens coletadas.

Resultados e discussão

As 472 postagens classificadas como 'dúvida' foram subdivididas em sete temas, a saber: 'Pós-Covid', 'Vacinação', 'Infecção', 'Suspeita', 'Diagnóstico', 'Acompanhamento e Tratamento' e 'Tratamento precoce' (*quadro 1*).

Quadro 1. Temas de Necessidades de Informação sobre Covid-19 identificados na comunidade on-line

Temas	Total de Mensagens
Pós-Covid	133
Vacinação	109
Infecção	99
Suspeita	49
Diagnóstico	41
Acompanhamento e Tratamento	35
Tratamento precoce	6

Fonte: elaboração própria.

O tema ‘Pós-Covid’ engloba as dúvidas referentes ao quadro instaurado após o período infeccioso agudo, com a apresentação de sequelas decorrentes da infecção ou sintomas persistentes. ‘Vacinação’ refere-se à busca por informação sobre aplicação de vacinas para o controle da transmissão e redução da mortalidade por Covid-19. ‘Infecção’ abarca questões sobre os diferentes aspectos associados ao desenvolvimento da infecção pelo novo coronavírus no organismo. ‘Suspeita’ abrange perguntas referentes ao quadro clínico que apresenta sinais e sintomas sugestivos de infecção pelo novo coronavírus, ainda não confirmado por exame ou anamnese. ‘Diagnóstico’ refere-se às preocupações com o processo de avaliação do quadro clínico e identificação da situação de saúde do indivíduo, para confirmação ou descarte de diagnóstico de Covid-19. O tema ‘Acompanhamento e Tratamento’ engloba questionamentos sobre acompanhamento médico da situação de saúde do indivíduo, processo de tratamento biomédico e recuperação do quadro infeccioso. Por fim, ‘Tratamento precoce’ refere-se a indagações sobre os procedimentos terapêuticos/medicamentosos que foram amplamente divulgados,

sem embasamento científico, como preventivos ou curativos da Covid-19¹⁶.

Em relação aos temas que foram mais ou menos presentes, ‘Pós-Covid’, ‘Vacinação’ e ‘Infecção’ destacaram-se, representando cerca de 72% das NI. Os temas ‘Suspeita’, ‘Diagnóstico’ e ‘Acompanhamento e Tratamento’ também estiveram presentes nas dúvidas compartilhadas; porém, de uma forma menos frequente. Nas publicações, ‘Tratamento precoce’ se constituiu o tema de NI com a menor presença de todos.

A seguir, serão explorados com mais detalhes os resultados referentes aos temas e subtemas das NI sobre Covid-19 identificados. Em seguida, será discutida a frequência de determinado tema ao longo do período investigado.

Temas e subtemas das NI sobre Covid-19

O quadro 2 apresenta os subtemas associados a cada um dos temas de NI identificados nos fluxos de informação e comunicação do grupo on-line ‘EU JÁ TIVE COVID-19’.

Quadro 2. Relação de temas e subtemas de Necessidades de Informação sobre Covid-19 identificados

Tema	Subtema	Total de mensagens
Pós-Covid	Sintomas/Sequelas	98
	Manejo de sintomas/Sequelas	17
	Duração dos sintomas/Sequelas	7
	Atendimento médico	6
	Recuperação	4
	Direitos	1
Vacinação	Reações/Eventos adversos	61
	Infecção pós-vacinação	15
	Procedimentos, normas e restrições para vacinação	13
	Vacinação pós-infecção	5
	Eficácia, proteção e benefícios da vacina	4
	Gestantes/Puérperas/Lactantes	3

Tema	Subtema	Total de mensagens
	Comorbidades	2
	Esquema vacinal	2
	Nível/Produção de anticorpos/Imunidade	2
	Funcionamento, segurança e tecnologia da vacina	1
	Laboratório produtor	1
Infecção	Sintomas	34
	Reinfecção	16
	Evolução do quadro clínico	12
	Duração da infecção	7
	Comorbidades	6
	Período de transmissão	5
	Prognóstico	5
	Meio de infecção	4
	Período de incubação	3
	Bebês/Crianças	2
	Produção de anticorpos/Imunidade	2
	Gestantes/Puérperas/Lactantes	1
	Idosos	1
	Nível de gravidade	1
Suspeita	Sintomas/Sinais	45
	Contato com pessoa infectada	3
	Manejo de sintomas/Sinais	1
Diagnóstico	Exames diagnósticos	38
	Confirmação diagnóstica	2
	Avaliação Médica/Anamnese	1
Acompanhamento e Tratamento	Manejo de sintomas	25
	Autocuidado	4
	Assistência de alta complexidade	3
	Atendimento médico	1
	Evolução do quadro clínico	1
	Recuperação	1
Tratamento precoce	---	6

Fonte: elaboração própria.

Três temas prevaleceram entre todos os identificados: ‘Pós-Covid’; ‘Vacinação’ e ‘Infecção’. O tema ‘Pós-Covid’ se constituiu a dúvida predominante entre os participantes da comunidade on-line estudada. Ele representou 28,2% das NI. Nele, o subtema com maior destaque foi ‘sintomas/sequelas’, que se refere

à discussão sobre as sequelas decorrentes da Covid-19 e sintomas que persistem mesmo após o fim do período agudo da infecção. Ele representou cerca de 73% das NI relacionadas com o tema ‘Pós-Covid’.

Esse resultado pode estar relacionado com o impacto das diferentes sequelas e dos

sintomas na vida dos participantes da comunidade. Uma parcela das pessoas recuperadas da Covid-19 pode apresentar sequelas e complicações de longo prazo, que incluem alterações neuropsiquiátricas, cardiovasculares, musculoesqueléticas, dermatológicas, pulmonares, hematológicas, gastrointestinais, renais e endócrinas^{17,18}. Ireson et al.¹⁹ identificaram que o Pós-Covid pode engendrar uma mudança significativa na vida dos sujeitos, implicando a sensação de fim de normalidade, a convivência com quadros de saúde instáveis e impactos na saúde mental. A condição pode produzir também sentimentos como medo e incerteza, além da experiência de invisibilidade e invalidação dos sintomas por parte de profissionais¹⁹.

Considerando esse contexto, a recorrência do tema Pós-Covid na COS investigada pode ser explicada, em parte, pela forma como tal condição impacta a vida dos participantes do ambiente on-line. No contexto da COS, identificou-se que muitos participantes não sabiam se os sintomas que estavam vivenciando estavam associados ou não à doença. Outros questionavam se outras pessoas também estavam passando por aquela situação. Havia ainda alguns participantes que tinham dúvida sobre o período pelo qual os sintomas perduravam e sobre como manejar os impactos das alterações e complicações sentidas. Nesses casos, os participantes acessaram o ambiente on-line para expor tais dúvidas, possivelmente solucioná-las ou obter algum tipo de orientação sobre como proceder, sobretudo considerando que se trata de uma condição que não apenas gera impactos significativos na rotina dos indivíduos¹⁹. Isso pode ser observado nas mensagens abaixo:

Tive covid em março e desde maio meus cabelos não param de cair. É uma quantidade muito grande, já estou com pouco cabelo. Alguém ficou assim? O que fez para melhorar? (P368).

Bom dia! Alguém precisou ser atendido por reumatologista devido à fadiga crônica muscular pós COVID? [...]. (P232).

Cabe salientar que, no estudo de Houben-Wilke et al.²⁰, sintomas persistentes da Covid-19, problemas em longo prazo e danos permanentes foram sinalizados como uma necessidade informacional, ainda que não sob o termo Pós-Covid. Nesse sentido, este estudo corrobora tais resultados, reiterando que as alterações vivenciadas após o período de infecção aguda tornam-se objeto de preocupação e dúvida entre pessoas que se recuperaram da doença.

‘Vacinação’ foi o segundo tema mais presente nos fluxos de informação e comunicação da comunidade on-line estudada. Ele se refere ao processo de distribuição e aplicação de vacinas para o controle da transmissão e a redução da mortalidade da doença, iniciado no início de 2021. Em relação à vacinação, o principal subtema foram as reações adversas à vacina, representando aproximadamente 53% das mensagens relacionadas com o tema. As necessidades informacionais sobre vacinação pautadas pelos participantes do grupo ‘EU JÁ TIVE COVID-19’ podem estar relacionadas com a centralidade que o tema assumiu no debate público sobre a doença e as reações que a vacina provocou em muitas pessoas.

Para o controle e o manejo da pandemia, as vacinas configuram-se como um recurso fundamental, uma vez que contribuem para a redução do impacto da doença nos sistemas de saúde. Entretanto, para que atinjam efetivamente seu potencial preventivo, é necessário que exista uma adesão majoritária da população²¹. Desde seu início em 2020, a vacinação em massa para Covid-19 encontrou alguns obstáculos, entre eles, a incerteza, a hesitação ou a oposição intransigente, incrementadas pela circulação de desinformação. Tal circulação ocorreu principalmente por meio das mídias sociais, nas quais foi comum o compartilhamento de informação incorreta, manipulada ou enganosa sobre a vacina^{21,22}. Especificamente no contexto brasileiro, foi circulada informação falsa, inclusive com respaldo de autoridades governamentais, de que a vacina não seria confiável nem segura, e que o ‘Tratamento precoce’ ofereceria uma

suposta proteção eficaz contra a doença¹⁶. Esse cenário de informações conflitantes ou antagônicas contribuiu, nessa perspectiva, para o surgimento de ‘Necessidades de Informação’ sobre a vacina na COS estudada.

É necessário atentar que, além da desinformação, a vacinação também está relacionada com possíveis reações. Como outras tecnologias biomédicas, a vacina para Covid-19 pode desencadear reações no organismo, como fadiga, dores e febre²³. As reações pós-vacina, além de possivelmente causarem incerteza e medo nos indivíduos²³, também podem implicar a necessidade de ter informação sobre como manejá-las.

Nesse contexto, muitos participantes da COS não sabiam que informação deviam acreditar ou que atitude deviam efetivamente tomar em relação à vacina. Outros não sabiam ao certo como lidar com as reações adversas que podem ocorrer. Uma parcela dos participantes recorreu ao ambiente para saber quais eram as possíveis reações após receber uma dose da vacina; tempo de duração das reações; os motivos de tais reações ocorrerem e como manejá-las. Alguns tinham dúvidas se aquilo que estavam sentindo poderia estar relacionado com o processo pós-vacinação. Também utilizaram o grupo como um meio para se informar sobre quadro de infecção por Covid-19 após ter tomado uma ou mais doses e quais procedimentos, normas e restrições estavam em curso em relação ao processo de recebimento da vacina.

[...] alguém que tenha tomado Coronavac e tenha tido tonturas? Quantos dias passou? (P305).

Boa noite!! Por favor quem puder me ajuda. Quem tomou a vacina astrazeneca e ficou com coceiras no corpo tipo alergia a pele vermelha com brotoeja? E o caso tenha tido o que tomaram para aliviar? (P025).

Em estudos anteriores^{12,13,20}, a vacinação de Covid-19 não havia sido apontada como uma NI. Soleymani et al.¹² identificaram que

alguns questionamentos dos participantes de sua pesquisa incluíram o momento em que a vacina seria disponibilizada. Entretanto, os aspectos mencionados acima não foram reportados nesses estudos^{12,13,20}. Essa ausência pode ser explicada pelo fato de tais pesquisas terem sido realizadas no primeiro semestre de 2020. Naquele momento, as vacinas para Covid-19 ainda estavam em desenvolvimento, e o programa de vacinação ainda não havia sido iniciado. Quando este estudo foi conduzido, a vacinação em massa da população brasileira já havia sido iniciada há alguns meses²⁴. Assim, é possível entender que indivíduos passaram ter dúvidas decorrentes de um novo momento no curso da pandemia.

Wenjing et al.⁵⁽²⁾ apontam que “necessidades de informação dependem fortemente do contexto” (tradução nossa). Nessa perspectiva, os resultados obtidos sugerem que as NI sobre Covid-19 podem apresentar variações conforme o contexto de desenvolvimento da pandemia. Isto é, diante de um novo fato ou aspecto relativo à Covid-19, novas NI podem emergir.

O terceiro tema de NI mais presente nas mensagens coletadas do grupo on-line analisado foi ‘Infecção’. Ele refere-se aos diferentes aspectos associados ao desenvolvimento da infecção causada pelo novo coronavírus no organismo. Nele, o subtema ‘sintomas’ teve mais destaque, seguido por ‘reinfecção’ e ‘evolução do quadro clínico’.

O destaque do tema ‘Infecção’ pode ser explicado pelas variações que a Covid-19 apresentou e pelo impacto que o quadro causou na vida de muitos indivíduos, sobretudo em casos mais graves. A Covid-19 apresenta manifestações clínicas com diferentes gravidades, que abrangem desde casos assintomáticos até casos graves, que necessitam de suporte médico-hospitalar de alta complexidade. A evolução do quadro e o prognóstico também podem variar, sendo que casos graves apresentam risco de morte²⁵. Pacientes que apresentam quadros leves a moderados, em geral, conseguem manejar o período de infecção em casa, sem necessitar de internação ou cuidados

intensivos; entretanto, ainda precisam lidar com o impacto dos sintomas em sua rotina.

Diante de uma doença ou condição de saúde, indivíduos podem recorrer à COS enquanto um meio de obter apoio informacional para manejar sua situação de saúde²⁶. No caso da comunidade investigada, isso pode ser observado. Assim, este estudo reitera conclusões presentes em outras pesquisas^{11,13,14,26} que destacam que indivíduos, quando não têm informação sobre algum aspecto que lhes interessa, recorrem à COS como uma fonte informacional pronta e facilmente disponível, para procurar solucionar suas dúvidas, incluindo aquelas referentes a impacto e manejo de um quadro clínico²⁶.

Os três temas mais presentes entre as dúvidas dos participantes ('Pós-Covid', 'Vacinação', 'Infecção') continham uma forte preocupação com as manifestações fisiológicas e/ou emocionais sentidas pelos indivíduos (sintomas/reações adversas/sequelas).

Os sintomas já haviam sido identificados como uma NI sobre Covid-19^{12,13,20} em estudos prévios. Por exemplo, Wang et al.¹³⁽⁵⁾, ao analisar o conteúdo de comunidades on-line chinesas, identificaram sintomas como o principal tópico de NI. Segundo os autores,

Como a COVID-19 é altamente infecciosa e os sintomas iniciais são similares à infecção do trato respiratório superior e à influenza, [...] as necessidades de informação dos usuários sobre sintomas [...] são mais urgentes [...].

Nesse ponto de vista, as manifestações fisiológicas e/ou emocionais podem funcionar como um estímulo favorável à emergência de NI. Trata-se de uma situação que pode gerar incerteza em relação ao que está acontecendo ou que pode vir a ocorrer no seu corpo, bem como ao nível de gravidade e risco que essa condição pode atingir. Diante dela, o indivíduo pode desenvolver a necessidade de ter informação para interpretar ou entender as manifestações que está sentindo ou que pode passar a ter em breve.

Em relação ao residual interesse por informação sobre o tema do 'Tratamento precoce',

algumas hipóteses explicativas podem ser apresentadas.

No início da pandemia, alguns medicamentos foram apresentados como eficazes no tratamento da doença e em sua prevenção, compondo o que ficou conhecido como 'Tratamento precoce'. Entretanto, pesquisas científicas passaram a apontar não apenas para sua ineficácia, mas também para sua falta de segurança, podendo ser prejudicial para a saúde do paciente. Apesar disso, o Presidente da República continuou a divulgar o 'Tratamento precoce' amplamente. Além disso, o Ministério da Saúde adotou esse procedimento como protocolo terapêutico, chegando a adquirir e distribuir em todo o Brasil os medicamentos que compunham o *kit-Covid*¹⁶.

Por ter suscitado debates e polêmicas, considera-se que o 'Tratamento precoce' poderia ter se constituído um dos temas de NI mais presentes na comunidade analisada. Porém, neste estudo, foi o tema menos presente. Isso pode estar relacionado com o período em que a pesquisa foi realizada, visto que o 'Tratamento precoce' foi divulgado ainda no início da pandemia. No período em que este estudo foi realizado, apesar de ainda ser um tópico controverso¹⁶, não era mais um debate novo. Por não ser mais uma novidade, é possível que tenha sido um objeto de interesse e preocupação menor dos participantes da comunidade analisada, especialmente quando comparado à questão da vacinação e das sequelas pós-infecção.

Frequência dos temas de NI

As dúvidas sobre o tema 'Pós-Covid' se mantiveram frequente nos fluxos de informação da comunidade on-line na maior parte dos meses analisados (maio a novembro/2021), apresentando algumas variações. A frequência das postagens inscritas sob os temas 'Vacinação' e 'Infecção' foi maior entre maio e agosto de 2021. Em agosto de 2021, houve um pico de mensagens com NI relacionadas com 'Pós-Covid' e 'Vacinação'. No mês de janeiro, prevaleceu o tema 'Infecção' (*quadro 3*).

Quadro 3. Frequência dos temas de Necessidades de Informação ao longo dos meses analisados

Temas	Maio	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Jan.
Pós-Covid	19	14	21	28	11	18	11	3	8
Vacinação	20	15	17	30	4	12	3	3	5
Infecção	17	13	15	12	0	8	3	0	31
Suspeita	8	9	5	7	1	5	0	0	14
Diagnóstico	14	10	6	6	0	2	1	0	2
Acompanhamento e Tratamento	7	2	4	7	1	1	1	0	12
Tratamento precoce	1	0	0	3	1	0	0	0	1

Fonte: elaboração própria.

Em relação à frequência do tema ‘Pós-Covid’, é possível que sua presença constante ao longo da maior parte dos meses analisados esteja relacionada com o fato de uma parcela crescente de indivíduos recuperados da doença ter sequelas e sintomas persistentes, que impactam diretamente seu corpo e interferiram em seu cotidiano¹⁷⁻¹⁹.

A experiência de ter sequelas e sintomas persistentes após o período de infecção da Covid-19 pode se configurar como uma situação favorável para a emergência de NI. Isso foi observado na COS investigada. A frequência do tema ‘Pós-Covid’ ao longo dos meses analisados indica que, entre os participantes da COS, foi comum vivenciar alterações físicas e psicológicas após o fim do período de infecção e desenvolver dúvidas sobre tal quadro. Nesse contato, o ambiente on-line se constituiu como um meio para exporem suas dúvidas sobre o tema. Além dos impactos do Pós-Covid em diferentes dimensões da vida do indivíduo¹⁹, a prevalência do tema pode também estar associada ao fato de não existir, à época, um amplo conhecimento científico sobre tal condição clínica^{17,18}.

Em relação à concentração das NI sobre vacinação nos primeiros meses e ao pico identificado em agosto de 2021, é possível relacioná-los com o cronograma de vacinação que foi estabelecido no Brasil ao longo desse ano. A vacinação no País iniciou-se em janeiro de

2021, organizando-se por fases orientadas por grupos prioritários. Com algumas variações regionais, os primeiros meses do cronograma de vacinação foram destinados a pessoas com 60 anos ou mais institucionalizadas (em abrigos, asilos ou hospitais), trabalhadores da saúde, pessoas em situação de rua, povos indígenas vivendo em terras indígenas, pessoas acima de 75 anos, entre outros grupos. Em seguida, o planejamento do Ministério da Saúde voltou-se para pessoas com comorbidades. No segundo semestre, ampliou-se para a população geral, segmentando pela faixa etária²⁴. Assim, entre o final do primeiro semestre e o início do segundo semestre de 2021, o número de pessoas que estavam aptas a se vacinar aumentou progressivamente.

No contexto da COS investigada, o pico de postagens com NI sobre vacinação coincide com a paulatina ampliação dos grupos a serem vacinados. Nesse período, uma quantidade maior de usuários do grupo on-line detinha a possibilidade de tomar a dose da vacina se comparado aos meses anteriores. Diante dessa situação, é possível observar que os participantes buscaram o ambiente on-line como uma forma de compartilhar suas dúvidas e questionamentos sobre este momento do itinerário terapêutico.

A subsequente queda no total de postagens com NI sobre esse tema, sobretudo nos meses finais de 2021, pode ser relacionada com o

contínuo aumento dos grupos a serem vacinados e com a familiarização com o processo. Entre o final de 2021 e o início de 2022, uma grande parte da população, sobretudo em alguns estados, já havia tomado a primeira e/ou segunda dose²⁷.

Outro aspecto a ser destacado em relação à frequência dos temas de NI ao longo de período observado refere-se ao pico sobre o tema ‘Infecção’ em janeiro de 2022. Nesse período, houve um aumento na incidência diária de casos e óbitos por Covid-19, sobretudo quando comparado aos meses anteriores. Tal aumento esteve associado à variante Ômicron: uma cepa do vírus com alta transmissibilidade que passou a circular em escala global a partir de dezembro de 2021²⁸. Diante do aumento da transmissão e da contaminação, os indivíduos estiveram mais expostos à infecção por Covid-19, desenvolvendo assim mais NI sobre tal situação.

Este estudo identificou, portanto, uma relação entre a maior ou menor frequência dos temas ao cenário epidemiológico e o desenvolvimento da pandemia. Considerando o aspecto contextual das NI⁵, é possível notar que, no contexto da Covid-19, as necessidades podem emergir de uma forma mais estritamente relacionada com a situação individual da pessoa ou de uma forma que relaciona a situação individual alinhada a uma dimensão coletiva, isto é, ao cenário em curso da pandemia.

Por exemplo, no caso do Pós-Covid, a pessoa pode ter dúvidas ao sentir alterações ou vivenciar complicações após o fim da infecção. Isso poderia ser entendido como uma NI produzida diretamente em relação ao contexto do seu quadro clínico individual. Já no caso da vacinação, uma dúvida acerca dos grupos elegíveis para a dose da vacina poderia ser entendida como uma NI que emerge de uma situação individual (estar apto ou não para ser vacinado) alinhada ao contexto da dimensão coletiva (os protocolos instaurados pelas instâncias governamentais para distribuição e aplicação vacinal).

Além disso, é importante frisar que, devido a variações no desenvolvimento do cenário pandêmico, as NI sobre Covid-19 mais ou menos prevalentes podem se modificar ao longo do tempo¹³.

Wang et al.¹³⁽⁹⁾ já haviam apontado que “as necessidades de informação sobre COVID-19 em COS chinesas foram afetadas pelas características de desenvolvimento da epidemia”. Desde o início, a pandemia foi marcada por diferentes momentos, que incluíram variações no nível de transmissão e mortalidade; achados científicos sobre procedimentos terapêuticos, métodos de prevenção; desenvolvimento e aplicação de vacinas; surgimento de novas variantes; entre outros. As características de tais momentos podem servir como um estímulo para o desenvolvimento de necessidades informacionais. Com o encerramento de um contexto específico no percurso da pandemia, identificou-se que as necessidades podem reduzir ou não estar mais presentes. Por exemplo, em relação ao grupo analisado, o número de pessoas que compartilharam suas NI sobre vacinas foi maior no período em que o cronograma de vacinação estava se ampliando. Após a ampliação, dúvidas sobre vacinação estiveram presentes, mas não na mesma quantidade que o período anterior. Até janeiro de 2021, o tema infecção não esteve tão frequente; entretanto, diante do aumento de casos decorrente da circulação da variante Ômicron, foi possível observar um aumento de postagens com NI sobre o tema.

Considerações finais

A pandemia da Covid-19 tem imposto inúmeros desafios sociais e sanitários, individuais e coletivos. Por ser uma infecção causada por um vírus novo, a produção de conhecimento médico-científico sobre a doença ainda é recente e controversa, especialmente se comparada a outras doenças e condições de saúde. Além disso, há uma circulação expressiva, sobretudo em mídias digitais, de conteúdos

falsos e enganosos sobre diferentes aspectos e dimensões da doença^{16,22}. Nesse cenário, muitas pessoas tiveram dúvidas ou sentiram falta de informação sobre determinado tema relacionado com a doença, recorrendo às COS para solucionar tal problema.

Neste trabalho, foi realizada uma análise temática de postagens realizadas em um grupo on-line sobre Covid-19, a fim de mapear as principais NI presentes naquele ambiente. Foi identificado que as principais necessidades informacionais estão relacionadas com o período Pós-Covid, a vacinação e a infecção. Ressalta-se que as NI sobre Pós-Covid concentraram o maior interesse entre os participantes da COS ao longo do período analisado.

Cabe atentar que foram analisados postagens e comentários realizados entre maio de 2021 e janeiro de 2022. O cenário pandêmico não é monolítico, tendo apresentado momentos com diferentes características desde seu início. Nesse contexto, novas informações sobre diferentes aspectos da Covid-19 foram sendo divulgadas nas mídias digitais. Desse modo, identificou-se que as NI dos indivíduos podem variar de acordo com o momento da pandemia, os recursos disponíveis, os procedimentos terapêuticos em voga e as medidas preventivas implementadas. Caso este estudo tivesse sido realizado em outro momento, os resultados acerca dos temas de NI poderiam ter sido diferentes.

Foi observado ainda que a COS investigada se colocou como um recurso estratégico para que participantes tivessem apoio informacional durante a experiência da doença. Eles recorreram a ela para tentar suprir suas necessidades informacionais. Isso corrobora estudos prévios que apontam para a importância que comunidades on-line têm adquirido enquanto recurso de informação para pacientes^{11,13,14,26}.

As COS têm se colocado como fontes de informação estratégicas, devido à sua praticidade e à circulação de conhecimento experiencial que geralmente ocorre nelas^{11,26}. No caso da

Covid-19, tal como já havia sido apontado em outros estudos^{12,13}, observou-se que não foi diferente. Desse modo, considera-se importante que as estratégias e políticas públicas de saúde passem a reconhecer tal fenômeno, aproveitando seu potencial para a conformação de ações de cuidado, prevenção e promoção da saúde no âmbito da Covid-19.

Uma contribuição desta pesquisa refere-se ao preenchimento de uma lacuna científica no campo de estudos de informação e comunicação em saúde brasileiro. Até o momento, o debate de NI sobre Covid-19 ainda é incipiente. No que tange ao âmbito da literatura científica internacional, já há estudos publicados sobre o tema; entretanto, o mapeamento das NI sobre a doença tende a se referir ao primeiro semestre da pandemia^{12,13,20}. Nesse sentido, este estudo provê evidências atualizadas sobre o tema.

A pandemia foi atravessada por um “verdadeiro maremoto de informações, [...] criando um problema para quem tenta se orientar e tomar decisões sobre como enfrentar o que se apresenta”²⁹⁽¹⁾. Nesse ponto de vista, os resultados obtidos neste estudo contribuem para compreender quais conteúdos informativos sobre Covid-19 os indivíduos mais se interessam e que podem ser importantes para o processo de tomada de decisão sobre sua saúde em um cenário pandêmico.

Colaboradores

Barbosa L (0000-0002-7341-260X)* contribuiu para concepção e planejamento do estudo; coleta de dados; análise e interpretação dos dados; elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo; participação na aprovação da versão final do manuscrito. Pereira Neto A (0000-0003-3631-8857)* contribuiu para revisão crítica do conteúdo; participação na aprovação da versão final do manuscrito. Paolucci R (0000-0003-3986-1118)* contribuiu para revisão crítica do conteúdo. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Baloochi Beydokhti T, Heshmati Nabavi F, Ilkhani M, et al. Information need, learning need and educational need, definitions and measurements: A systematic review. *Patient Educ Couns.* 2020; 103(7):1272-86.
2. Timmins F. Exploring the concept of 'information need'. *Int J Nurs Pract.* 2006; 12(6):375-81.
3. Shenton AK, Dixon P. The nature of information needs and strategies for their investigation in youngsters. *Libr. Inf. Sci. Res.* 2004; 26(3):296-310.
4. Mesters I, Van den Borne B, De Boer M, et al. Measuring information needs among cancer patients. *Patient Educ Couns.* 2001; (43):253-62.
5. Wenjing P, Shijie S, Yan Z. Consumer health information needs: A systematic review of measures. *Inf. Proces. Manag.* 2019; 1-11.
6. Halkett GK, Kristjanson LJ, Lobb E, et al. Information needs and preferences of women as they proceed through radiotherapy for breast cancer. *Patient Educ Couns.* 2012; 86(3):396-404.
7. Ramsey I, Corsini N, Peters MDJ, et al. A rapid review of consumer health information needs and preferences. *Patient Educ Couns.* 2017; 100(9):1634-42.
8. Falcone R, Sapienza A. How COVID-19 Changed the Information Needs of Italian Citizens. *Int J Environ Res Public Health.* 2020; 17(19):6988.
9. Lemoine ME, O'Connell SBL, Grunberg PH, et al. Information needs of people seeking fertility services in Canada: a mixed methods analysis. *Health Psychol Behav Med.* 2021; 9(1):104-27.
10. Pereira Neto A, Paolucci R. Avaliação da qualidade da informação de saúde na internet: análise das iniciativas brasileiras. In: Pereira Neto A, Flynn M, organizadores. *Internet e saúde no Brasil: desafios e tendências.* São Paulo: Cultura Acadêmica; 2021. p. 257-291.
11. Pereira Neto A, Felipette J, Barbosa L, et al. Internet, expert patient e empoderamento: perfis de atuação em comunidades virtuais de renais crônicos. In: Pereira Neto A, Flynn M, organizadores. *Internet e saúde no Brasil: desafios e tendências.* São Paulo: Cultura Acadêmica; 2021. p. 145-175.
12. Soleymani MR, Esmaeilzadeh M, Taghipour F, et al. COVID-19 information seeking needs and behaviour among citizens in Isfahan, Iran: A qualitative study. *Health Info Libr J.* 2021; 10.1111.
13. Wang J, Wang L, Xu J, et al. Information Needs Mining of COVID-19 in Chinese Online Health Communities. *Big Data Research.* 2021; (24):100193.
14. Jong W, Liang OS, Yang CC. The Exchange of Informational Support in Online Health Communities at the Onset of the COVID-19 Pandemic: Content Analysis. *JMIRx Med.* 2021; 2(3):e27485.
15. Swain J. A Hybrid Approach to Thematic Analysis in Qualitative Research: Using a Practical Example. *SAGE Research Methods Cases.* Thousand Oaks: SAGE Publications; 2018.
16. Blanco GD, Koch ERS, Prates CD. Facing the Pandemic in Brazil: controversies surrounding 'early treatment' and vaccination. *Vibrant: Virtual Brazilian Anthropology.* 2022; (19):e19903.
17. Desai AD, Lavelle M, Boursiquot BC, et al. Long-term complications of COVID-19. *Am J Physiol Cell Physiol.* 2022; 322(1):C1-C11.
18. Yong SJ, Liu S. Proposed subtypes of post-COVID-19 syndrome (or long-COVID) and their respective potential therapies. *Rev Med Virol.* 2021; e2315.
19. Ireson J, Taylor A, Richardson E, et al. Exploring invisibility and epistemic injustice in Long Covid-A citizen science qualitative analysis of patient stories from an online Covid community. *Health Expect.* 2022; 25(4):1753-1765.

20. Houben-Wilke S, Delbressine JM, Vaes AW, et al. Understanding and Being Understood: Information and Care Needs of 2113 Patients With Confirmed or Suspected COVID-19. *J Patient Exp*. 2021; (8):2374373521997222.
21. Kaufman J, Bagot KL, Tuckerman J, et al. Qualitative exploration of intentions, concerns and information needs of vaccine-hesitant adults initially prioritised to receive COVID-19 vaccines in Australia. *Aust N Z J Public Health*. 2022; 46(1):16-24.
22. Massarani LM, Leal T, Waltz I, et al. Infodemia, desinformação e vacinas: a circulação de conteúdos em redes sociais antes e depois da COVID-19. *Liinc Em Revista*. 2021; 17(1):e5689.
23. Smith LE, Sim J, Amlôt R, et al. Side-effect expectations from COVID-19 vaccination: Findings from a nationally representative cross-sectional survey (CoVAccS - wave 2). *J Psychosom Res*. 2021; (152):110679.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Plano nacional de operacionalização da vacinação contra a COVID-19. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. [acesso em 25 abr 2022]. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/04/PLANONACIONAL-DEVACINACAOCOVID19_ED06_V3_28.04.pdf.
25. DynaMed. Ipswich (MA): EBSCO Information Services. 1995. Record No. T1579903929505, COVID-19 (Novel Coronavirus). 2020 jan 27. [acesso em 2022 abr 25]. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T1579903929505>.
26. Barbosa L, Pereira Neto A. Communication and Information About Breast Cancer: A Comparative Study Between a Physical and an Online Environment. In: Meiselwitz G, organizadora. *Social Computing and Social Media: Design, User Experience and Impact*. Cham: Springer; 2022. p. 3-12.
27. Fundação Oswaldo Cruz. MonitoraCovid-19. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2022. [acesso em 2022 abr 25]. Disponível em: <https://bigdata-covid19.iciet.fiocruz.br/>.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Planejamento de Enfrentamento a Variante Ômicron. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022. [acesso em 2022 abr 25]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/secovid/Comunicados/2022/janeiro/planejamento-omicron-versao-final.pdf>.
29. Camargo KR, Coeli CM. A difícil tarefa de informar em meio a uma pandemia. *Physis*. 2020; 30(02): e300203.

Recebido em 11/06/2022
Aprovado em 07/11/2022
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Interações envolvendo movimentos locais e trabalhadores da atenção básica no enfrentamento à pandemia da Covid-19

Interactions local movements and primary care workers in the face of the COVID-19 pandemic

Hannah Shiva Ludgero Farias¹, Eduardo Alves Melo¹

DOI: 10.1590/0103-1104202313610

RESUMO A chegada da pandemia da Covid-19 no Brasil trouxe consigo a necessidade de refletir sobre as medidas de prevenção que foram recomendadas e divulgadas para mitigação do vírus a partir das dificuldades de sua implementação em um país marcado por desigualdades sociais. Diante da grande capilaridade da Atenção Primária à Saúde brasileira, buscou-se analisar, neste estudo, a interação entre trabalhadores da atenção básica e moradores/movimentos locais de um bairro vulnerabilizado do Recife/PE no contexto da pandemia da Covid-19. Trata-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa, que contou com entrevistas de 6 trabalhadoras da saúde e 4 de moradores locais. Foi possível perceber diferentes iniciativas e atividades, ambas importantes, realizadas de forma simultânea por tais atores territoriais, mas evidencia-se uma interação fraca entre eles, possivelmente devido às singularidades desta pandemia com demandas novas e mais urgentes, bem como ao padrão de interação anterior à pandemia. Os resultados evidenciam a necessidade de refletir sobre as barreiras presentes na interface 'Atenção Primária à Saúde-comunidade' e abrem espaço para construção de novos caminhos que não desperdicem o potencial que existe nessa relação.

PALAVRAS-CHAVE Participação da comunidade. Atenção Primária à Saúde. Covid-19.

ABSTRACT *The arrival of the covid-19 pandemic in Brazil brought with it the need to reflect on the prevention measures that have been recommended and disseminated to mitigate the virus, based on the difficulties of its implementation in a country marked by social inequalities. Given the great capillarity of Brazilian Primary Health Care, this study sought to analyze the interaction between primary care workers and residents/local movements of a vulnerable neighborhood of Recife/PE in the context of the COVID-19 pandemic. This is a case study with a qualitative approach, which included interviews with 6 health care workers and 4 local residents. It was possible to notice different initiatives and activities, both important, carried out simultaneously by such territorial actors, but a weak interaction between them is evidenced, possibly due to the singularities of this pandemic with new and more urgent demands, as well as the pattern of interaction prior to the pandemic. The results show the need to reflect on the barriers present in the interface 'Primary Health Care-community' and open space for the construction of new paths that do not waste the potential that exists in this relationship.*

KEYWORDS *Community participation. Primary Health Care. COVID-19.*

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



Introdução

A pandemia da Covid-19 no Brasil escancarou as dificuldades que a população brasileira teve em cumprir parte das recomendações dadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para mitigação do vírus, como o uso de máscaras de proteção facial, lavagem das mãos, distanciamento social e o discurso do “*fique em casa*”. Estes protocolos carregaram consigo complexidades, mediante uma população caracterizada por um aumento no número de trabalhadores informais e que precisava da garantia de que teria como suprir suas necessidades básicas¹, além do efeito complicador do discurso e das iniciativas negacionistas do então governo federal.

Tal cenário expôs a necessidade de construir estratégias sensíveis e alinhadas à realidade da população local com o objetivo de mitigar os efeitos do vírus, nos levando a refletir sobre a importância da interação entre os trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS) e os moradores locais no enfrentamento da pandemia.

No Brasil, a APS realiza diversas atividades para sua população, como a de proteção, prevenção e promoção à saúde, além do controle de doenças, tratamento e reabilitação². Vários atores e autores têm apostado na APS como estratégica no cuidado em saúde, possibilitando a construção de atividades potentes diante das realidades de suas populações devido à sua grande capilaridade e atuação territorial³.

Nessa direção, acredita-se que a APS deveria ter um papel central diante da pandemia do novo coronavírus por sua responsabilidade sanitária e através do diagnóstico territorial, da identificação de casos suspeitos, bloqueio e busca de contatos, além das atividades de apoio social⁴, pois o seu trabalho poderia, dentre outras coisas, agregar iniciativas importantes para a mitigação da pandemia da Covid-19 a partir de uma atuação compartilhada com os saberes, vivências, dificuldades e potências dos territórios e seus grupos sociais.

Considera-se ser necessário lembrar também da conjuntura da APS brasileira nos

últimos anos, com o desfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e alteração da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que tende a enfraquecer a Estratégia Saúde da Família (ESF) a partir da redução e alteração no perfil de atuação do Agente Comunitário de Saúde (ACS), além do incentivo ao cadastramento e ações individuais, em detrimento das territoriais/comunitárias por sua nova política de financiamento^{5,6}.

Todavia, é também nesse cenário pandêmico que surgem, em diversas partes do Brasil, articulações a partir das próprias comunidades, propondo estratégias de organização alinhadas com as realidades de seu povo⁷. Estas iniciativas não apenas evidenciam a potência que existe na atuação de atores territoriais para a modificação de suas próprias realidades, como também revelam alguns desafios cotidianos que nem sempre são percebidos por sujeitos que não compartilham da vivência nesses territórios⁸.

Diante do exposto, este artigo se propõe a refletir sobre a interação de moradores/atores locais e trabalhadores da APS em um território vulnerabilizado do Recife, no contexto de enfrentamento da pandemia provocada pelo novo coronavírus, tendo em mente também o atributo da orientação comunitária, bem como a capilaridade, proximidade e abrangência das ações da APS.

Material e métodos

Trata-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa⁹. O território pesquisado localiza-se na zona sul da cidade do Recife/PE e tem uma população estimada de cerca de 30 mil moradores. A comunidade possui duas Unidades Básicas de Saúde (UBS), nomeadas neste artigo de UBS 1 e 2, cada uma delas formada por quatro Equipes de Saúde da Família (eSF), constituídas, em quase sua totalidade, por trabalhadores concursados.

A escolha do território como campo de pesquisa se deu em virtude do protagonismo de

moradores locais em ações de enfrentamento à pandemia e da existência de unidades/equipes de APS. Uma grande ocupação urbana aconteceu nessa comunidade, de modo que o adjetivo ‘teimosa’ foi dado à resistência de populares que a ocuparam e lutaram para que a região não fosse desapropriada. Esse território passa a ser referência para os movimentos de luta por moradia na cidade, sendo este mais um motivo para sua escolha como campo de pesquisa¹⁰.

Realizaram-se entrevistas a partir de um roteiro semi-estruturado que contemplou dimensões ao enfrentamento da pandemia no território, como atividades realizadas e interações estabelecidas com atores de dentro e fora do território. Também foram realizados, em caráter complementar, registros no diário de campo da pesquisadora principal.

A escolha e acesso aos sujeitos se deu por uma combinação da identificação inicial de atores-chave com a técnica de bola de neve (*snowball*). Em função da pandemia, iniciou-se

a coleta de dados de modo virtual, complementada, posteriormente, pela ida presencial ao campo. Todas as entrevistas aconteceram entre novembro de 2021 e fevereiro de 2022.

Participaram do estudo quatro moradores do território (*quadro 1*) com idades de 20 a 49 anos e seis trabalhadores da APS (*quadro 2*) com idade de 36 a 72 anos. As entrevistas foram áudio gravadas e posteriormente transcritas. Para tratamento dos dados, foi utilizada a Análise Temática de Conteúdo¹¹.

Utilizou-se, na apresentação dos resultados, a substituição de seus nomes pelo de povos indígenas do Brasil com o objetivo de garantir o anonimato dos participantes. Outros nomes que foram citados, como o de vilas, seguiram o mesmo padrão de alteração. Tal substituição é uma forma de homenagear esses povos que estão aqui desde muito antes de nós e de valorizar seus tantos ensinamentos ancestrais sobre a saúde, território e coletividades.

Quadro 1. Perfil de atores locais que participaram da pesquisa

Participante	Raça/Cor	Gênero	Tempo que mora no território	UBS de cobertura	Atuação antes da pandemia
Xavante	Pardo	M	22 a	UBS 2	Sim
Yanomami	Branca	F	30 a	UBS 1	Sim
Guarani	Parda	F	20 a	UBS 2	Sim
Guajajara	Negra	F	30 a	UBS 1	Sim

Fonte: elaboração própria.

Quadro 2. Perfil de trabalhadores da APS que participaram da pesquisa

Participante	Raça/Cor	Gênero	Profissão	UBS que trabalha	Tempo no território
Potiguara	Parda	F	Enfermeira	UBS 1	17 a
Tupinambá	Parda	F	ACS	UBS 1	13 a
Xucuru	Negra	F	Enfermeira	UBS 2	13 a
Tabajara	Parda	F	ACS	UBS 2	17 a
Munduruku	Parda	F	ACS	UBS 2	09 a
Truká	Branca	F	Dentista	UBS 2	18 a

Fonte: elaboração própria.

Para análise, utilizou-se como referencial a Educação Popular em Saúde^{8,12,13}, que propõe reflexões sobre as abordagens e o cuidado em saúde a partir de uma educação problematizadora, comum a todos os atores envolvidos no processo; o conceito de participação¹⁴⁻¹⁷ apresentando-se como um caminho para transformação social e em defesa da democracia, na medida em que a sociedade civil organizada exerce controle tanto sobre si quanto sobre o Estado e, por fim, o conceito de território¹⁸⁻²⁰, que se constitui enquanto espaço social que é vivo e ultrapassa os limites geográficos, podendo constantemente criar e constituir novos sentidos e produções.

Os resultados do estudo foram categorizados em três dimensões de análise, sendo elas: ‘atuação de atores locais na pandemia’, que fala sobre como se deu a organização dos moradores locais e as atividades desenvolvidas com o objetivo de proteger sua comunidade dos impactos da Covid-19; ‘atuação da APS na pandemia’, retratando as adaptações que os trabalhadores da saúde tiveram que fazer com a chegada do vírus no território e as estratégias desenvolvidas por eles e a ‘interação entre APS e atores locais’, discutindo a relação estabelecida entre moradores locais e trabalhadores da saúde nesse contexto específico, tematizando possíveis desafios e possibilidades dessa interação.

A realização da presente pesquisa obedeceu aos preceitos éticos da Resolução nº 466/12 e nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. O presente projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da instituição dos pesquisadores e à Comissão Central de Ética da Prefeitura do Recife, tendo a aprovação pelo CAAE nº 50415821.9.0000.5240.

Resultados e discussão

Antes de adentrar nos resultados propriamente, acreditamos ser pertinente descrever um pouco melhor as características das UBS. A

UBS1 é a adaptação de uma casa antiga, que possui uma sala de espera pequena e escura, com passagem de ar apenas pela porta de entrada. Possui quatro eSF e a população cadastrada é de aproximadamente 8.800 usuários²¹. Boa parte das salas de atendimento ficam distribuídas em um corredor estreito. Na frente desta unidade fica o rio Capibaribe e lá vários barcos ficam estacionados, ‘colorindo’ o horizonte.

A UBS2, por sua vez, é maior, bem iluminada e com boa circulação de ar, tem um estacionamento espaçoso e uma grande árvore em seu terreno. Possui também quatro eSF, com aproximadamente 12.100 usuários cadastrados²¹. O corredor é amplo, bem iluminado e a maioria das salas estão distribuídas nele. Duas escolas públicas são encontradas bem próximas dessa UBS e existe um ponto de descarte irregular de lixo em sua lateral.

Já antes da pandemia existia uma interação entre trabalhadores da APS e atores locais, mas ela aparece nas entrevistas de forma bem pontual, como relata Xurucu

Antes [da pandemia] qualquer entidade que nos procurasse a gente tentava uma parceria, tentava participar de alguma forma como educadores em saúde. Geralmente [a atividade] é dentro da unidade, mas a gente divulgava.

E Munduruku:

Quando a gente precisa fazer alguma atividade na comunidade, a gente informa para eles. Tem umas três pessoas aqui que são bem... Tem muito contato com o pessoal. Eles vão e informam [para o resto da comunidade]. [...] colocam carro de som no bairro informando...

Atuação de atores comunitários locais diante da pandemia

Com as praias e os comércios fechados, ainda em março de 2020, pela recomendação de isolamento físico, a comercialização de peixes

e derivados, que é a principal fonte de subsistência dos moradores do território, foi impedida, fazendo com que muitas pessoas passassem a ficar sem renda, conforme relatado em algumas entrevistas. Isto se relaciona diretamente com um dos impactos da pandemia em territórios vulnerabilizados no Brasil, dificultando a manutenção da renda entre famílias que dependem do trabalho informal e, conseqüentemente, o distanciamento e isolamento²².

... muita gente aqui trabalhava nas praias e as praias ficaram fechadas, eram vendedores ambulantes que ficaram sem o trabalho, porque foi proibida a circulação de pessoas na praia, a venda de comidas e bebidas. Então muitos ficaram realmente sem renda e tiveram que buscar alternativas. (Xucuru).

Devido às condições de vida e moradia do território, muitas famílias ficaram impossibilitadas de seguir algumas das recomendações, como o distanciamento físico:

... tem gente que mora, acho que um quadrado de 4 metros e dormem 8 meninos e a avó e não sei quem mais. E o esgoto correndo assim, praticamente na porta de casa. A gente vai mandar esse povo tirar a máscara e botar máscara? Como? E dorme todo mundo junto. (Potiguara).

Já de início é possível perceber, através do cenário estudado, como os impactos da pandemia podem ter sido ainda maiores em territórios vulnerabilizados. Estima-se que ela trouxe consigo um aumento do nível da pobreza em 209 milhões de latino-americanos até o final do ano de 2020, com 78 milhões apresentando um estado de extrema pobreza (12,5%)²³.

Diante disso, os moradores passaram a construir algumas alternativas de apoio social e de orientações a fim de minimizar os impactos trazidos pela Covid-19. Surgem estratégias como os agentes populares de saúde e a identificação de famílias mais necessitadas para doações de alimentos. Xavante fala que foi

um movimento de “o povo cuidando do povo”.

Evidencia-se a formação de agentes populares de saúde, proposto inicialmente pela ‘Campanha Mãos Solidárias’ e ‘Periferia Viva’ em parceria com as universidades públicas de Pernambuco, Arquidiocese de Olinda e Recife, além de movimentos sociais do campo e da cidade²⁴. A proposta foi de capacitar as próprias pessoas da comunidade para que elas pudessem buscar melhorias para seu território, além de se protegerem e ajudarem os vizinhos com informações sobre a Covid-19²⁵.

É a partir da formação em agente popular de saúde que se percebe uma maior organização e engajamento da população local para enfrentamento do coronavírus. O curso foi estruturado em três módulos: “[os módulos eram divididos em] *aprender sobre o vírus, como evitar ele se multiplicar e até a questão da solidariedade com o povo*”. (Xavante).

A cartilha de agentes populares distribuída durante o curso considera que ‘agente popular’ é um voluntário que está disposto a construir uma rede de solidariedade e que se importa com a vida dos vizinhos e da sua comunidade²⁶. Ela cita também a importância em estabelecer uma interação com os trabalhadores da APS para mitigação da pandemia, mas não foi percebida uma articulação anterior com tais trabalhadores ou ainda algum tipo de participação deles nesse curso de formação.

Percebeu-se durante as entrevistas uma confusão com o termo ‘agente de saúde’ que, em alguns momentos, referia o ‘agente popular’ e, em outros, o ‘agente comunitário’. Tal repetição nos colocou a refletir sobre as possíveis resistências e disputas que podem ter surgido ao elencar um nome parecido para esses atores.

Considerando o ‘significante’ como a impressão que um nome estabelece em seu meio a partir de outras construções já socialmente construídas²⁷, é possível perceber como tais associações podem ter gerado uma impressão de sobreposição de trabalho, podendo inclusive negar a possibilidade de parcerias. Essa disputa na micropolítica é evidenciada na fala de Guajajara:

porque o nosso problema é que eles [agentes comunitários de saúde] pensavam que a gente ia tomar o lugar deles. [...] Até quando a gente chegava nos bairros, eles [os moradores] diziam 'você são os novos agentes de saúde do bairro?'

Para as atividades de apoio social e de solidariedade, foi realizado um mapeamento das famílias priorizando a doação para as mais necessitadas: *“a gente começou a fazer os cadastros de porta em porta [...] A gente conseguiu, lá na Vila Xingu, cadastrar 200 famílias! Somente na vila Xingu!”* (Guajajara).

Essa espécie de ‘monitoramento civil’ poderia caracterizar a construção de uma ‘epidemiologia do cotidiano’ que propõe, de um lado, a criação de um banco de dados alternativos para o acompanhamento da população a respeito de seus próprios agravos à saúde e que, por outro, ainda se apresenta como um lugar de resistência ao modelo de intervenção e informação pautado na concepção biomédica²⁸.

Isto adquire importância na medida em que a construção da vigilância à saúde historicamente se deu através de abordagens autoritárias, dificultando a incorporação de atores locais para a construção de uma vigilância com caráter mais democrático e participativo²⁹. Talvez a pandemia nos ajude a refletir sobre a necessidade de aprimorar a vigilância em saúde que temos atualmente a partir de abordagens mais comunitárias, contando com a participação ativa dos sujeitos e que esteja articulada também ao processo de promoção da saúde.

Emergem ainda nesse cenário enunciados já descritos anteriormente na literatura, como os de vigilância civil²⁹ e popular³⁰ que, ao passo em que se aproximam da vigilância na APS, reinventam novas possibilidades de uma atuação compartilhada.

Os moradores locais ainda desenvolveram algumas atividades de orientação sobre a Covid-19:

... a gente replicava isso nas ruas, tipo: ia na praça chamar o pessoal que estava lá, mantinha a distância, passava álcool, fazia toda a higienização e depois

partia para a atividade de ensinar utilizando colorau nas mãos, de que só água não serviria para lavar as mãos e ficar um pouco livre da contaminação. Que precisava de um cuidado a mais. (Yanomami).

Essa atividade reflete a importância em valorizar o saber local para o levantamento de estratégias de promoção e prevenção da saúde, além de dialogar com os princípios da educação libertadora que, segundo Freire¹², é onde ambos (educador e educando) participam do processo educativo e, mediados pelo mundo, constroem mutuamente seus aprendizados. Este processo quebra com a ‘autoridade’ contida na educação bancária (aquela na qual o conhecimento é ‘depositado’ em um sujeito ‘vazio’) por compreender que é na ‘liberdade’ e na problematização que de fato se encontram as produções de novas reflexões, incapazes de surgir em uma educação que desvaloriza as experiências dos sujeitos e visa podar suas subjetividades¹². É da potência que existe na união desses saberes que novos sentidos são produzidos³¹.

Diversas atividades de apoio social e de solidariedade foram percebidas por parte dos moradores, incluindo distribuição de máscaras, álcool, cestas básicas, marmitas, frutas e verduras através do ‘roçado solidário’. A organização da população para suprir suas demandas reitera o conceito de cidadania insurgente, cujos grupos que são excluídos da esfera pública se organizam a partir do espaço ‘privado’, ou seja, da sua casa, do seu território ou do espaço no qual formulam suas demandas e iniciativas a partir de direitos que lhes têm sido negados³².

É também nessa direção que o território aqui proposto é compreendido como um fato social que corresponde à mediação entre o mercado e a sociedade, logo ele pode também condicionar a evolução de outras estruturas sociais. É evidente que, embora esteja submetido a outras instâncias de poderes, o território consegue dispor de uma relativa autonomia que exerce um tensionamento nas estruturas sociais, trazendo contribuições importantes para sua transformação. Portanto, ele não só reage, mas também age nas demais estruturas da sociedade¹⁹.

Poderíamos também o chamar de ‘território-rede’ por este ultrapassar barreiras geográficas a partir das formações rizomáticas que nele surgem. Esse território existencial é vivo, fundamentalmente imprevisível e busca constantemente novos sentidos para sua transformação^{18,20}.

Tal articulação nos fez compreender melhor o que o *rapper* Emicida quis evidenciar ao cantar que “tudo que ‘nois’ tem é ‘nois’”³³, que poderíamos também nomear como o reconhecimento do valor da solidariedade e da importância da resistência, particularmente em populações e territórios historicamente vulnerabilizados.

Atividades da APS na pandemia

É possível perceber que houve uma tendência inicial de retraimento, seguida de uma resposta heterogênea da APS para o enfrentamento da Covid-19 nos municípios brasileiros, possivelmente influenciada por problemas e insuficiências de coordenação a nível nacional³⁴.

No território pesquisado, foram identificadas algumas modificações de fluxos e na rotina de trabalho de profissionais da APS, parecendo abrir espaço para o surgimento de inovações que foram importantes no atendimento das famílias de seu território, como nos atendimentos a distância e nas visitas peridomiciliares, buscando garantir um cuidado resolutivo mesmo no cenário da pandemia³⁵.

Nessa direção, percebe-se também que as duas UBS do território foram no mesmo caminho de outros territórios brasileiros ao criar novos fluxos para acolher os casos suspeitos de Covid-19 e buscar a continuidade do cuidado localmente e, eventualmente, junto a outros serviços da rede³⁶.

Pela UBS1, foram mantidas as ações programáticas, como o hiperdia, e o trabalho de seus profissionais aconteceu em formato de escala, alternando seus trabalhadores para reduzir a quantidade de pessoas dentro da unidade. Enquanto na UBS2, as ações programáticas tiveram que parar e aconteceu um

vezamento nas atividades desenvolvidas pelos profissionais, sem haver redução no número destes dentro do serviço:

... a gente fez um revezamento de atendimento das pessoas, uns ficavam na triagem, outros ficavam dando a receita, outros ficavam ajudando as pessoas na entrega de medicações, então cada um ficou com uma parte para desenvolver o nosso trabalho aqui mesmo no posto. (Tabajara).

As ACS tiveram que realizar suas visitas de maneira peridomiciliar, limitando-se ao acesso pela frente e lados das casas. Tabajara relatou algumas das dificuldades em manter essa modalidade de visita:

Nós íamos para área, atendíamos o comunitário no portão, 1 metro do portão, sem entrar na casa, só que a gente trabalha com comunitários acamados, [...] que têm dificuldade de locomoção, a gente tem ruas que são muito estreitas que nem um metro tem, quanto mais para ficar depois do portão do comunitário. A gente tem comunitário que tem dificuldade de audição, dificuldade de visão, então isso [a visita peridomiciliar] fica uma coisa ilusória, que não tinha como a gente fazer isso.

Apesar da dificuldade relatada pela trabalhadora, é pertinente destacar a importância da realização dessa atividade no referido contexto, possibilitando ir até pessoas que dificilmente conseguiriam acessar a UBS, além de se apresentar como uma ferramenta fundamental no cuidado ampliado em saúde³⁷.

Surge também uma nova possibilidade de encontro a partir da distribuição de *tablets* para as ACS, com o objetivo de acompanhar as famílias, dar orientações de saúde à distância e comunicados sobre marcações e funcionamento de seus serviços, estes facilitados pelas relações já construídas antes da pandemia. Esse encontro, mesmo que virtual, reforça a importância do vínculo e da responsabilização, pois é no cotidiano e a partir de relações que eles são construídos e sustentados³⁸. Tupinambá descreve:

a gente recebeu os tablets, no final de 2020 para 2021. A maioria de nós... Eu, pelo menos, peguei contatos de vários comunitários meus e passei a me comunicar com eles por Whatsapp, para não deixar de ter um vínculo 100%.

Chama atenção como poucas vezes as trabalhadoras falaram sobre as atividades coletivas desenvolvidas com a população, e de como as orientações apareceram em sua maioria através de práticas individualizadas ou pouco dialogadas, como entrega de panfletos informativos, dando a impressão de que o risco e receio de se contaminar pelo coronavírus podem ter limitado algumas das atividades importantes que são desenvolvidas pela APS. Munduruku cita:

Aqui no posto a gente falava, a gente tinha alguns panfletos que a gente dava: lavar as mãos... a gente passava nas casas, deixava os panfletos: lave as mãos e use máscara.

É pertinente reforçar que a educação em saúde que nós temos hoje foi construída e executada no Brasil em sua maioria por abordagens autoritárias e tecnicistas, nas quais as classes oprimidas, muitas vezes, eram e são percebidas como expectadores³⁹. Todavia, faz-se necessário ponderar que nos referimos a um cenário inesperado, diante de um contexto com tantas mortes e de uma doença até então desconhecida para a ciência, constituindo-se também num desafio para a educação em saúde.

Talvez tenha surgido na entrega de panfletos uma possibilidade de não deixar de realizar atividades de prevenção, mesmo não sendo este no modelo ideal, mas o possível, pensando em expor menos os trabalhadores e os usuários aos riscos da contaminação.

Ao mesmo tempo em que a atuação de atores locais da comunidade recebe um destaque a nível de organização e na construção de estratégias inovadoras, como vimos na dimensão anterior, o fato da sociedade civil ter necessitado se organizar, contando com apoio externo, para responder a suas demandas locais, pode indicar lacunas ou limites da atuação da APS nesse cenário⁴⁰.

Ainda nessa direção, enquanto se percebe uma limitação nas atividades educativas, observa-se na grande propagação de *fake news* (sobre a pandemia, o coronavírus e a Covid-19) mais um desafio a ser enfrentado pela APS.

o trabalho para a gente era muito difícil até mesmo por conta das fake news, por conta das coisas que eram difundidas pela televisão, rádio, internet. Até hoje eu tenho pessoas, tanto da família quanto meu comunitário, que me manda [...] aí eu [...] informo que aquilo não existe e mesmo assim muitas vezes políticos que fazem o desserviço para a gente. Você está ali ensinando o certo, mas por trás tem toda aquela corrente de pessoas que estão no poder e que desfaz todo seu trabalho... É difícil. (Munduruku).

Nesse contexto de uma adicional epidemia da desinformação⁴¹, percebe-se uma confusão sobre quais orientações eram de fato confiáveis, com provável influência na desconfiança e receio de parte da população quanto às vacinas, assim como na polarização sobre o coronavírus instaurada em nosso país⁴².

A respeito da saúde dos trabalhadores, Xucuru relata:

Todo 2020 foi muito atribulado, inclusive para os profissionais da saúde também. Também entraram em adoecimento psíquico né? Porque era aquela incerteza, né? Muitas mortes, a gravidade... [...] a gente perdeu muitos pacientes do território. Muitos vieram a óbito, quando não pela covid, mas por consequências da covid.

Percebe-se o quanto os fatores associados à pandemia, como o medo de se contaminar e contaminar seus familiares, a ausência de equipamentos de proteção individual adequados ou em quantidade suficiente e as incertezas com a chegada de um vírus novo (sobretudo no primeiro e marcante semestre da pandemia), podem ter causado um comprometimento importante na saúde mental desses trabalhadores, podendo influenciar em fatores associados à síndrome de burnout⁴³.

Por fim, destaca-se o fato de poucas vezes os trabalhadores de saúde entrevistados terem elencado atividades desenvolvidas por moradores locais de seu território. Os agentes populares de saúde, por exemplo, nem sequer foram citados pelos trabalhadores da APS, podendo talvez refletir uma sobrecarga de trabalho que inviabilizou a percepção das estratégias inovadoras que estavam surgindo em seu território, ou ainda revelando um distanciamento presente nessa relação.

Interações entre atores locais e trabalhadores da APS

Até aqui foi possível identificar importantes atividades exercidas dentro do território tanto pelos atores locais quanto pelas trabalhadoras da saúde. Nesse momento nos propomos a abordar a interação entre eles e, de antemão, sinalizamos que foram poucos os relatos sobre esse ponto que emergiram durante as entrevistas.

Por parte das trabalhadoras da saúde, não foi relatado nenhum movimento intencional de aproximação com os atores locais durante a pandemia, segundo Potiguara “*algumas vezes [fizemos atividades juntos]. Agora durante a pandemia, [...] pelo menos com a nossa participação não houve*”.

Já pelos moradores, essa tentativa de aproximação às UBS com o objetivo de compartilhar suas atividades de educação em saúde aconteceu de diferentes formas. Alguns utilizaram a visita presencial na UBS, enquanto outros optaram pelo envio de ofícios:

Eu fiz alguns ofícios [...] para o posto, mas não obtive resposta. No caso, para fazer [orientações] de uma forma lúdica, para trazer algum pouco de informação porque eles são da saúde. (Guarani).

É importante questionar até que ponto a baixa interação entre tais atores territoriais antes da chegada do coronavírus, descrita no início dos resultados, pode ter influenciado a forma como ela se deu no contexto da pandemia, assim como refletir sobre as condições de trabalho dentro das UBS, as possíveis

sobrecargas com ausência/afastamento de trabalhadores e acesso ou não a equipamentos de proteção individual de boa qualidade.

De todo modo, é perceptível que houve uma relação bem pontual entre tais atores e apenas um entrevistado compartilhou situações de atividades em conjunto:

Eu acho que chegou certo tempo que eles [trabalhadores da saúde] pararam pra notar... eles perceberam que a gente estava pra ajudar, chegar junto [...] pra ser um braço também forte em relação ao combate. [...] com o tempo a galera foi abraçando mais a ideia, entendeu? [...] em algumas ações de conscientização, tinha gente do posto sim que chegava junto. (Xavante).

Durante as entrevistas, não foram identificadas instâncias de controle social dentro do território, como os conselhos locais de saúde e nem algum canal de interação entre tais atores territoriais, como assembleias populares. A ausência desses dispositivos pode refletir em uma descrença da gestão municipal e da própria população nas instâncias de participação social, inclusive por limites já identificados por outros autores, a exemplo do caráter consultivo em detrimento de uma atuação deliberativa⁴⁴.

Aproveitamos estes elementos para fazer, ainda que brevemente, uma indicação hipotética sobre a diferença entre interação/participação sob três perspectivas: no âmbito de um conselho local de saúde; a partir da abordagem comunitária; e em um cenário de crise. Enquanto a participação a partir da primeira perspectiva se organiza de modo regular e em torno de assuntos gerais, percebe-se que na abordagem comunitária há uma atuação sobre questões mais coletivas, que podem ou não coincidir com demandas e necessidades da população em um determinado contexto. Já a participação/interação em um cenário de crise, cujos impactos são sentidos coletivamente, parece requerer uma maior concretude em suas ações.

Embora na prática tais modos de interação possam se misturar (estão mais para tipos-ideais), acreditamos que a conjuntura da pandemia

tenderia a favorecer um tipo específico de relação ('interação em cenário de crise'), o que não quer dizer que as demais sejam impossíveis de priorizar pautas com essas características como a urgência, concretude e foco.

Voltando ao caso estudado, parece-nos provável que, se as UBS tivessem construído movimentos mais coletivos em torno dos efeitos críticos e comunitários da pandemia, haveria um estreitamento da relação APS-comunidade, pela sinergia entre as diversas demandas e necessidades de tais atores territoriais.

Tal constatação reitera a importância de se pautar o atributo derivado da orientação comunitária⁴⁵, para além da sua dimensão discursiva, possibilitando assim um estreitamento na relação entre moradores e trabalhadores da APS, sem perder de vista que demandas da comunidade são também atravessadas por seus contextos sociais.

Ainda nessa direção, lembramos um estudo⁴⁶ que fez o mapeamento de algumas atividades desenvolvidas em territórios vulnerabilizados da cidade do Rio de Janeiro/RJ durante a pandemia, a exemplo do Complexo da Maré, que realizou um amplo trabalho de educação em saúde, difundindo informações sobre o coronavírus, além de construir estratégias de geração de renda e distribuição de cestas básicas. Todavia, apesar das autoras destacarem a presença da interação entre moradores e trabalhadores da saúde, em poucos dos relatos os trabalhadores da APS são de fato citados como parceiros nas atividades.

Na cidade de São Paulo, a comunidade de Paraisópolis ganhou destaque, inclusive internacional, pelas várias iniciativas de enfrentamento à Covid-19, como os 'presidentes de rua', responsáveis por monitorar até 50 famílias de seu território; as casas de acolhimento para abrigar os casos positivos que não tinham como realizar o isolamento social e as estratégias de geração de renda evidenciada durante a emergência sanitária⁴⁷.

Tais experiências, assim como as apresentadas em nosso estudo, nos convidam a repensar o que tem sido proposto até aqui

e o que é possível e viável rever entre os campos da teoria/idealização e da prática/experimentação.

Considerações finais

Neste estudo, observou-se uma atuação importante tanto de trabalhadores da APS, quanto de atores locais do território durante a pandemia, destacando-se: o acolhimento dos casos suspeitos de Covid-19 em meio a novos fluxos e organização do trabalho, o desenvolvimento de ações de cuidado à distância e a realização de visitas peridomiciliares, a formação e atuação de agentes populares de saúde, atividades de orientação e de apoio social, dentre outras.

No entanto, pouco se viu em termos de interação entre tais atores territoriais (trabalhadores de saúde e comunidade), o que de certa forma contradiz as apostas e expectativas que têm sido depositadas na APS em termos de seu potencial coletivo e comunitário.

De toda forma, os resultados nos convidam a refletir acerca do que tem sido pautado e feito nessa relação, fazendo-se necessário superar barreiras para abrir novos caminhos, sejam eles teóricos ou práticos, inclusive para não desperdiçar o potencial que existe na interação entre APS e populações/grupos sociais, mas sem idealizar tal processo nem deixar de analisar as suas condições concretas de possibilidade.

Por fim, cabe lembrar que tal estudo foi realizado durante a pandemia da Covid-19, numa conjuntura muito específica e complexa, podendo – eventualmente – ter passado despercebida alguma iniciativa conjunta de enfrentamento da pandemia naquele território.

Colaboradores

Farias HSL (0000-0002-4437-8668)* e Melo EA (0000-0001-5881-4849)* contribuíram igualmente para concepção e delineamento do estudo, coleta e análise dos dados, redação, revisão final e aprovação do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Alcântara C. A desigualdade no Brasil é um projeto. *Le Monde Diplomatique Brasil*. 2020. [acesso em 2020 jan 29]. Disponível em: <https://diplomatique.org.br/a-desigualdade-no-brasil-e-um-projeto/>.
2. Barbosa SP, Silva AVFG. A Prática da Atenção Primária à Saúde no Combate da COVID-19. *APS em Revista*. 2020 [acesso em 2022 fev 11]; 2(1):17-9. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/62>.
3. Spadacio C, Guimarães M, Alves M. Nos entremeios: o biológico e o social no Brasil no contexto da COVID-19 e o papel da Atenção Primária à Saúde. *APS em Revista*. 2020 [acesso em 2022 fev 11]; 2(1):61-5. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/67>.
4. Facchini LA. Nocaute do neoliberalismo? Será possível fortalecer os princípios históricos do SUS e da APS em meio à pandemia? *APS em Revista*. 2020 [acesso em 2022 fev 11]; 3-10. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/73/53>.
5. Melo EA, Mendonça MHM, Oliveira JR, et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios APS no Brasil. *Saúde debate*. 2018; 42(esp):38-51.
6. Giovanella L, Franco CM, Almeida PF. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Ciênc. Saúde Colet*. 2020 [acesso em 2022 jul 11]; 25(4):1475-82. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csc/a/TGQXJ7ZtSNT4BtZJgxYdjYG/?lang=pt>.
7. Seixas EE CT, Merhy, Feuerwerker LCM, et al. A crise como potência: os cuidados de proximidade e a epidemia pela Covid-19. *Interface (Botocatu)*. 2020 [acesso em 2022 fev 11]; (25):1-15. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/icse/a/vdW9F3qVqrwmbMNTTt mpxth/?lang=pt>.
8. Valla VV. A crise de interpretação é nossa: procurando compreender a fala das classes subalternas. *Educ Real*. 1996; 21(2):177-90.
9. Yin RK. Estudo de Caso: Planejamento e Métodos [trad. Cristian Matheus Herrera]. 5. ed. Porto Alegre: Bookman; 2015.
10. Barbosa M. Brasília Teimosa tem no seu nome a palavra que define a resistência dos moradores. *Brasil de Fato PE*. 2018 set 6. [acesso em 2022 mar 7]. Disponível em: <https://www.brasildefatope.com.br/2018/09/06/brasil-teimosa-tem-no-seu-nome-a-palavra-que-define-a-resistencia-dos-moradores>.
11. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciênc. Saúde Colet*. 2012 [acesso em 2022 fev 11]; 17(3):621-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csc/a/39YW8sMQhNzG5NmpGBtNMFf/?lang=pt>.
12. Freire P. *Pedagogia do Oprimido*. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.
13. Stotz EN. Os desafios para o SUS e a educação popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde. In: *Brasil. Cadernos de texto*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004. p. 284-99.
14. Valla VV. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Cad. Saúde Pública*. 1998; 14(supl2):S07-S18.
15. Escorel S, Moreira MR. *Participação Social*. In: *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.
16. Freire P. *A educação na cidade*. 3. ed. São Paulo: Cortez; 1999.
17. Carvalho GCM. *Participação da Comunidade Na Saúde*. Editora IF. Passo Fundo; 2007. (v. 1).
18. Haesbaert R. *O mito da desterritorialização: do "fim dos territórios" à multi-territorialidade*. 13. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2004.
19. Santos M. *Por uma Geografia Nova: da crítica da Ge-*

- ografia a uma Geografia Crítica. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 1986.
20. Macerata I, Soares JGN, Ramos JFC. Apoio como cuidado de territórios existenciais: Atenção básica e a rua. *Interface (Botucatu)*. 2014; (18):919-30.
 21. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica. [acesso em 2022 abr 18]. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/>.
 22. Aragão HT, Santana JT, Silva GM, et al. Impactos da Covid-19 à luz dos marcadores sociais de diferença: raça, gênero e classe social. *Saúde debate*. 2022 [acesso em 2022 abr 18]; 46(esp):338-47. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/sdeb/a/n5MWHpXTT6mS-qZCLKsmLJqC/>.
 23. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *Panorama Social de América Latina*. 2020. Santiago: CEALC; 2021.
 24. Lima A. Agentes Populares de Saúde recebem certificado de curso de extensão coordenado pela UFPE. *Ascom UFPE*. 2021. [acesso em 2022 maio 8]. Disponível em: https://www.ufpe.br/agencia/noticias/-/asset_publisher/dlhi8nsrz4hK/content/agentes-populares-de-saude-recebem-certificado-de-curso-de-extensao-coordenado-pela-ufpe/40615.
 25. Bezerra L. Nascida no Recife, iniciativa de Agentes Populares de Saúde se espalha pelo Brasil. *Brasil de Fato PE*. 2020 jul 21. [acesso em 2022 maio 8]. Disponível em: <https://www.brasildefatope.com.br/2020/07/21/nascida-no-recife-iniciativa-de-agentes-populares-de-saude-se-espalha-pelo-brasil>.
 26. Lima AWS, Gouveia HC, Cordeiro ES, et al. Agentes Populares de Saúde: ajudando minha comunidade no enfrentamento da pandemia de COVID-19. Recife: Fiocruz; 2020.
 27. Saussure F. *Curso de Linguística Geral*. 27. ed. São Paulo: Cultrix; 2006.
 28. Valla VV. Educação popular e conhecimento: a monitoração civil dos serviços de saúde e educação nas metrópoles brasileiras. In: Valla VV, Stotz EM. *Participação popular, educação e saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1993. p. 108-16.
 29. Sevalho G. Apontamentos críticos para o desenvolvimento da vigilância civil da saúde. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2016 [acesso em 2022 abr 19]; 26(2):611-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/physis/a/bJFLwDGgs5g8XfCf4z4zXxz/abstract/?lang=pt>.
 30. Arjona FBS. O espaço da/na vigilância popular em saúde: construção teórica inicial. *História, Nat e Espaço*. 2017 [acesso em 2022 maio 3]; 6(2). Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/niesbf/article/view/35702>.
 31. Valla VV, Marteleto R. Informação e educação popular - o conhecimento social no campo da saúde. *Perspec. Ciênc. Inf*. 2003 [acesso em 2022 abr 16]; (8):8-21. Disponível em: <http://hdl.handle.net/20.500.11959/brapci/32794>.
 32. Fleury S. Capitalismo, democracia, cidadania - contradições e insurgências. *Saúde debate*. 2018 [acesso em 2022 maio 3]; 42(esp3):108-24. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/sdeb/a/ntGj7pCwDCdsS7s-pgymPMQf/abstract/?lang=pt>.
 33. Emicida. *Principia. Álbum AmarELO*. São Paulo: Gravadora Laboratório Fantasma; 2019. [acesso em 2022 jan 11]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=kjggvv0xM8Q>.
 34. Giovanella L, Medina MG, Aquino R, et al. Negacionismo, desdém e mortes: notas sobre a atuação criminosa do governo federal brasileiro no enfrentamento da Covid-19. *Saúde debate*. 2020 [acesso em 2022 fev 11]; 44(126):895-901. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/sdeb/a/yjzTqB9mNMpxj7hsrqmSmKs/?lang=pt>.
 35. Alves MTG. Reflexões sobre o papel da Atenção Primária à Saúde na pandemia de COVID-19. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2020; 15(42):2496.
 36. Geraldo SM, Farias SJM, Sousa FOS. A atuação da Atenção Primária no contexto da pandemia da CO-

- VID-19 no Brasil. *Res Soc Dev*. 2021 [acesso em 2022 maio 1]; 10(8):e42010817359-e42010817359. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/17359>.
37. Nunes CA, Aquino R, Medina MG, et al. Visitas domiciliares no Brasil: características da atividade basilar dos Agentes Comunitários de Saúde. *Saúde debate*. 2018 [acesso em 2022 abr 19]; 42(esp2):127-44. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/sdeb/a/HL6TRrF7NyvpWjXdVyfhzsH/?lang=pt>.
38. Seixas CT, Baduy RS, Cruz KT, et al. O vínculo como potência para a produção do cuidado em Saúde: o que usuários-guia nos ensinam. *Interface (Botucatu)*. 2019 [acesso em 2022 abr 22]; (23). Disponível em: <http://www.scielo.br/j/icse/a/8ZdCZGwKByR9SjpYStHnJLg/?lang=pt>.
39. Gomes LB, Merhy EE. Compreendendo a Educação Popular em Saúde: um estudo na literatura brasileira. *Cad. Saúde Pública*. 2011; 27(1):7-18.
40. Mélo LMBD, Albuquerque PC, Santos RC, et al. Agentes comunitários de saúde: práticas, legitimidade e formação profissional em tempos de pandemia de Covid-19 no Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2021 [acesso em 2022 abr 27]; (25). Disponível em: <http://www.scielo.br/j/icse/a/F8wfx8yHPyYnQYfcG69zKxf/?lang=pt>.
41. Organização Pan-Americana da Saúde. Entenda a infodemia e a desinformação na luta contra a COVID-19. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2020. [acesso em 2022 abr 27]. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52054/Fact-sheet-Infodemic_por.pdf?sequence=16.
42. Freire NP, Cunha ICKO, Neto FRGX, et al. A infodemia transcende a pandemia. *Ciênc. Saúde Colet*. 2021 [acesso em 2022 abr 18]; 26(9):4065-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csc/a/mzzvzzHPgwF78S8TjD4fQ7C/?lang=pt>.
43. Soares JP, Oliveira NHS, Mendes TMC, et al. Fatores associados ao burnout em profissionais de saúde durante a pandemia de Covid-19: revisão integrativa. *Saúde debate*. 2022 [acesso em 2022 maio 1]; (46):385-98. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/sdeb/a/ZsVfhVZVNhw5c3qrfzDTh4H/>.
44. Gomes JFF, Orfão NH. Desafios para a efetiva participação popular e controle social na gestão do SUS: revisão integrativa. *Saúde debate*. 2021; 45(131):1199-213.
45. Starfield B. Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco; Ministério da Saúde; 2002. p. 726.
46. Fleury S, Menezes P. Pandemia nas favelas: entre carências e potências. *Saúde debate*. 2021 [acesso em 2022 maio 1]; 44(esp4):267-80. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/sdeb/a/xSgrb6jrj3tLnGszjZ4QcWt/?lang=pt>.
47. Wilner A, Santos AL, Alves MA. Paraisópolis pede passagem - O que podemos aprender sobre gestão com a experiência da comunidade no combate à Covid-19. *FGV-executivo*. 2020; 19(4).

Recebido em 18/07/2022

Aprovado em 24/10/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Oferta de leitos exclusivos para Covid-19 no estado do Espírito Santo

Offer of exclusive beds for COVID-19 in the state of Espírito Santo

Lorena Evangelista Santos¹, Francis Sodré¹

DOI: 10.1590/0103-1104202313611

RESUMO A pandemia trouxe vários desafios a toda estrutura social, requisitando a organização e desenvolvimento de políticas públicas para conduzir o quadro sanitário. Com relação à saúde, as ações inicialmente envolveram medidas não farmacológicas e preparação do sistema de saúde. No caso do Brasil, em março de 2020 foram deliberadas portarias específicas sobre a oferta de leitos UTI Covid-19. Em abril de 2020, o estado do Espírito Santo iniciou a estruturação dos hospitais referência para Covid-19 habilitando leitos em hospitais públicos de gestão direta e indireta, e em hospitais privados e filantrópicos. Assim sendo, o objetivo deste estudo é analisar a relação de compra e oferta de leitos exclusivos para Covid-19 pela rede SUS no estado do Espírito Santo. Os dados revelam uma rede com diferentes formatos jurídicos, com forte presença de setor filantrópico, seja por Organizações Sociais de Saúde (OSS) ou hospitais. Por fim, o estudo concluiu que a condução da rede hospitalar para leitos UTI Covid-19 ocorreu pela heterogeneidade de formatos jurídicos, com a participação da gestão pública direta substituída por diferentes tipos de gestão, condicionando o estado a reafirmar as contratualizações conforme lógica do mercado.

PALAVRAS-CHAVE Número de leitos em hospital. Covid-19. Parcerias público-privadas.

ABSTRACT *The pandemic brought several challenges to the entire social structure, demanding the organization and development of public policies to guide the health situation. With regard to health, actions so far have involved non-pharmacological measures and preparation of the health system. In the case of Brazil, in March 2020, specific ordinances were deliberated on the offer of COVID-19 ICU beds. In April 2020, the state of Espírito Santo began structuring reference hospitals for COVID-19, enabling beds in public hospitals under direct and indirect management, and in private and philanthropic hospitals. Therefore, the objective of this study is to analyze the relationship of purchase and supply of exclusive beds for COVID-19 by the SUS network in the State of Espírito Santo. The data reveal a network with different legal formats, with a strong presence of the philanthropic sector, whether by Social Health Organizations (OSS) or hospitals. Finally, the study concluded that the conduction of the hospital network for COVID-19 ICU beds occurred due to the heterogeneity of legal formats, with the participation of direct public management replaced by different types of management, conditioning the state to reaffirm the contractualizations according to market logic.*

KEYWORDS *Hospital bed capacity. COVID-19. Public-private sector partnerships.*

¹Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) – Vitória (ES), Brasil.
lorsantos@hotmail.com

Introdução

Para responder à pandemia, foram necessárias ações de caráter político, econômico e social que impactassem em toda estrutura social, requisitando assim a adaptação do modelo cultural que a população até então estava vivendo¹.

Até mesmo países mais estruturados, no que se refere à disposição de serviços de saúde e sistemas universais, tiveram dificuldade em produzir respostas imediatas. No Brasil, o quadro se agravou por suas características geopolíticas e desigualdades socioeconômicas que atravessam todo território¹.

Sob ponto de vista da saúde, as determinações demandavam uma articulação que rompesse com a disparidade na distribuição de recursos e abertura de leitos, assim como no acesso a insumos e equipamentos². Mas, ao invés disso, as estratégias adotadas não foram consideradas eficazes².

Quando a Covid-19 emergiu, as autoridades sanitárias desconheciam a existência de tratamento medicamentoso e imunizantes comprovados cientificamente, assim as ações consideradas eficazes eram em duas frentes, a saber: não farmacológicas (distanciamento, fechamento de fronteiras, uso obrigatório de máscaras, entre outros) e preparação do sistema de saúde para atendimento adequado e imediato à população³. Todavia, nenhuma das duas foram implementadas de forma eficaz no Brasil, acarretando 305 mil mortes evitáveis de março de 2020 até março de 2021³.

Sobre a preparação do sistema de saúde, essa frente de trabalho buscava reduzir a letalidade da doença mediante ações que envolveriam leitos hospitalares (enfermaria e Unidade de Terapia Intensiva – UTI), recursos humanos, equipamentos, entre outros insumos estratégicos imediatos³. Dentre essas, a oferta de leitos de UTI exclusivos para Covid-19 foi pauta em todo território brasileiro, e até mesmo regiões com maior disponibilidade e preparo foram impactadas pela alta demanda². Se analisadas as diferenças regionais no Brasil, os estudos

vão demonstrar a capacidade hospitalar até então para oferta dos serviços, ou seja, antes da pandemia, e as estratégias adotadas a partir dela.

O sistema de saúde brasileiro, em mais de trinta anos de existência, tem se mantido em funcionamento mesmo diante de um permanente quadro de subfinanciamento, desfinanciamento e reformas pelo Estado que impactam diretamente na oferta e na gestão dos serviços³⁰. As contratualizações surgem dentro desse contexto nos anos 90 para materializar a transferência dos serviços não exclusivos do Estado para a iniciativa privada²⁹.

Na saúde, as contratualizações com o setor privado têm se expandido para oferta dos serviços e desdobrado em diferentes configurações da entrada do setor privado por dentro do setor público, acarretando em conflitos de interesses, imbricados com pilares de sustentação do Sistema Único de Saúde (SUS) e caracterizando-se como formas de terceirização do setor público²⁹. Desse modo, mesmo diante do avanço da pandemia, a oferta de serviços públicos no Brasil já era marcada por forte presença do setor privado. A necessidade de respostas imediatas na pandemia, diante das condições já existentes na gestão dos serviços de saúde, condicionou o Estado brasileiro a dialogar diretamente com o empresariado da saúde que já estava inserido no âmbito organizacional do Estado^{29,30}. Embora estejamos falando de um país, é necessário o aprofundamento sobre as diferentes realidades regionais e os caminhos utilizados para enfrentamento do quadro emergencial de saúde pública.

Sobre o estado do Espírito Santo, um estudo realizado em 2020 pelo Núcleo de GeoSaúde do Departamento de Geografia da Universidade Federal do Espírito Santo mapeou os leitos hospitalares e respiradores, mostrando um cenário preocupante, visto que 30% dos municípios não possuíam leitos de internação, e, os que possuíam, eram em sua maioria concentrados na região central da Grande Vitória⁴. O estudo mostrou ainda a disponibilidade de respiradores no estado por esfera jurídica, sendo: 37% na rede pública,

35% em hospitais filantrópicos e 26% na rede considerada privada⁴.

Diante dos expostos, o objetivo deste estudo é analisar a relação de compra de leitos exclusivos em hospitais privados e filantrópicos, assim como a oferta desses leitos em hospitais públicos de gestão direta e indireta no estado do Espírito Santo, no período de fevereiro de 2020 até fevereiro de 2021.

Alguns dados colocam o estado como destaque nacional, entre eles, em 2020, sete estados do Brasil tiveram a maioria dos leitos de UTI Covid-19 no SUS, um deles o Espírito Santo, o segundo maior na oferta entre os destacados⁵. Além disso, junto com Sergipe, tornou-se destaque nacional pela alta letalidade em estabelecimentos públicos pelos pacientes hospitalizados (73%)³, a maior parte desses leitos em um hospital público com gestão indireta. Por isso é necessário maior aprofundamento sobre a letalidade nesses estados e óbitos por internação e natureza jurídica nos estabelecimentos, o que pode desdobrar em outros estudos. Todavia é possível afirmar que a estratégia de gestão estadual para ofertar leitos foi o investimento em diferentes formatos para administração e organização dos serviços, entre eles, credenciamento em rede filantrópica, hospitais geridos por Organizações Sociais de Saúde (OSS) e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscips), e, também, por meio da criação da Fundação Estatal Pública de Direito Privado⁶.

Tal condução expressa um sistema de parcerias que antecede a pandemia de Covid-19, podendo ser observada pela composição hospitalar do SUS no estado, a qual possuía 113 unidades hospitalares em 2019, sendo somente 31,8% consideradas de esfera estadual, municipal ou federal, as demais eram credenciadas mediante sistema de parcerias⁶. As contratações na saúde no estado do Espírito Santo emergiram no ano de 2007 e a partir de então o avanço deste modelo se preponderou para a expansão dos serviços, atribuindo a essa estratégia o aperfeiçoamento na oferta de serviços públicos³³. Assim, frente a pandemia

que demandou uma ampla disponibilidade de leitos para tratamento pelo quadro ocasionado pelo vírus, é de suma importância entender a organização e cooperação estabelecida pela rede público-privada dentro da realidade deste estado.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa. O recorte temporal estabelecido foi de fevereiro de 2020 até fevereiro de 2021, ou seja, a partir da Portaria nº 188, de 03 de fevereiro de 2020, que declarou a emergência de saúde pública no território nacional em decorrência da Infecção Humana pelo novo coronavírus⁷, e da Lei nº 13.079, de 6 de fevereiro de 2020, que criou medidas para enfrentamento a Covid-19⁸. Mediante essas deliberações, as ações começaram a ser realizadas para conduzir o quadro sanitário.

Amparados por essas legislações e pela Lei Complementar Estadual nº 946, os gastos públicos no Espírito Santo seguiram por meio da possibilidade de dispensação de licitação e flexibilização da Lei Geral de Licitações e Contratos⁹. Além disso, o período estabelecido de análise é marcado pela ausência do processo de vacinação e terapia medicamentosa com eficácia comprovada cientificamente.

Para construção do estudo foi realizada a diferenciação de leitos de acordo com a esfera jurídica. Em hospitais de gestão indireta, foram considerados os hospitais públicos que são geridos por organizações sociais e fundação pública de direito privado que, segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), estão regulamentados por legislações da administração indireta, como: contratação da força de trabalho, regras de compras e contratos e fiscalização da administração pública¹⁰. Já a distinção dentro do setor privado foi por hospitais com fins lucrativos e sem fins lucrativos.

No que se refere às legislações, foram realizadas consultas no 'portal coronavírus' do

estado e da Secretária Estadual da Saúde do Espírito Santo (Sesa), em ambos selecionados a guia 'Legislações', dentro dela analisadas as principais normativas referentes à organização da rede de hospitais para Covid-19.

Os contratos com hospitais privados foram retirados do portal coronavírus do ES, entretanto, só havia registros das contratualizações realizadas no mês de maio, com vigência de 03 meses. Todos os contratos foram baixados e salvos em pastas específicas e posteriormente analisados. Também foram realizadas coletas no portal transparência do estado do Espírito Santo, sendo planilhados (Excel) os gastos de março de 2020 até fevereiro de 2021 exclusivos para Covid-19 e neles foram identificados os recursos para leitos.

Quanto ao número de hospitais credenciados, na parte descritiva da organização, foram consideradas as portarias, mas no que se refere aos dados numéricos, esses foram retirados dos censos para leitos Covid-19 (de junho/20 até fevereiro/21). Os dados de abril e maio foram solicitados via ouvidoria à Sesa, não sendo repassados com o rigor de detalhes quanto aos obtidos a partir de coleta manual. Para o número de leitos disponibilizados por tipo e esfera jurídica, os dados também foram retirados dos censos coletados.

Esses censos eram disponibilizados diariamente, sem criação de série histórica no portal. Desta forma, a coleta foi diária de junho de 2020 até o final de fevereiro de 2021. No entanto, para sistematização dos dados foi considerado o último censo do mês.

Quanto aos leitos habilitados pelo Ministério da Saúde, eles foram obtidos por consultas ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), selecionando as transferências via bloco de custeio e investimento para o Fundo Estadual de Saúde (grupo coronavírus – Covid-19 em ambos blocos). Todo recurso dessa seleção constava como crédito extraordinário. Pelas portarias, foi identificado quais foram para leitos e quais foram destinados para outras ações.

Os termos aditivos realizados com a Organização Social de Saúde (OSS) que realiza a gestão do hospital estabelecido como

referência dentre os demais foram obtidos no portal da própria OSS.

A técnica de análise definida para o material foi a análise temática. O método consiste na contagem de itens ou temas dentro das categorias criadas, conforme colocado por Bardin¹¹. Aqui foi definida a categoria 'leitos Covid-19' e, dentro dela, a identificação por esfera jurídica e/ou gestão, sendo em hospitais privados e filantrópicos, assim como a oferta desses leitos em hospitais públicos de gestão direta e indireta no estado do Espírito Santo. Os leitos também foram diferenciados de acordo com as modalidades enfermaria e UTI.

Resultados

Planejamento e implantação de hospitais e leitos exclusivos para Covid-19 pela gestão estadual do estado do Espírito Santo

A oferta de leitos para Covid-19 no estado do Espírito Santo foi projetada por fases (I-V) e tipos de leitos (UTI, isolamento, enfermaria e enfermaria isolamento). A implantação foi entre março e julho de 2020, estimando gradativamente o alcance de até 1.609 leitos específicos para Covid-19 ao final desse último mês⁶. Para tal, hospitais foram definidos para compor a Rede de Hospitais Referência para Tratamento de Covid-19.

A Portaria nº 038-R, de 20 de março de 2020, credenciou os seis primeiros hospitais¹². Ao longo do mesmo mês, portarias foram publicadas para organização de todas as unidades hospitalares na rede SUS/ES. Mas foi em 26 de abril de 2020, por meio da Portaria nº 071-R, que o Plano de Atenção Hospitalar Covid-19/ES, também denominado 'Programa Leitos para Todos' foi instituído¹³.

O programa traçou como estratégia o credenciamento de leitos em hospitais de rede própria, filantrópica e privada, assim garantindo atendimento a todos os pacientes com

quadro grave de Sars-CoV-2¹³. As Portarias nº 072-R, de 30 de abril de 2020, e nº 082-R, de 13 de maio de 2020, definiram as regras e valores para contratação de leitos em UTI e enfermarias em hospitais privados com fins lucrativos e filantrópicos^{14,15}.

Para os hospitais com fins lucrativos, foi definida a diária de um leito UTI Covid-19 exclusivamente para o SUS em R\$ 1.600,00, independente de ocupação, mas com acréscimo de R\$ 1.500,00 por dia quando o leito estivesse ocupado. No caso de leitos em enfermaria, foi definida a diária no valor de R\$ 715,00 até a alta. Ambas as situações independentes de confirmação para Covid-19¹⁴. Em hospitais filantrópicos, o leito UTI Covid-19 teve a diária definida por R\$ 1.600,00 (conforme estabelecido pela Portaria nº 082-R, de 13 de maio de 2020)¹⁵.

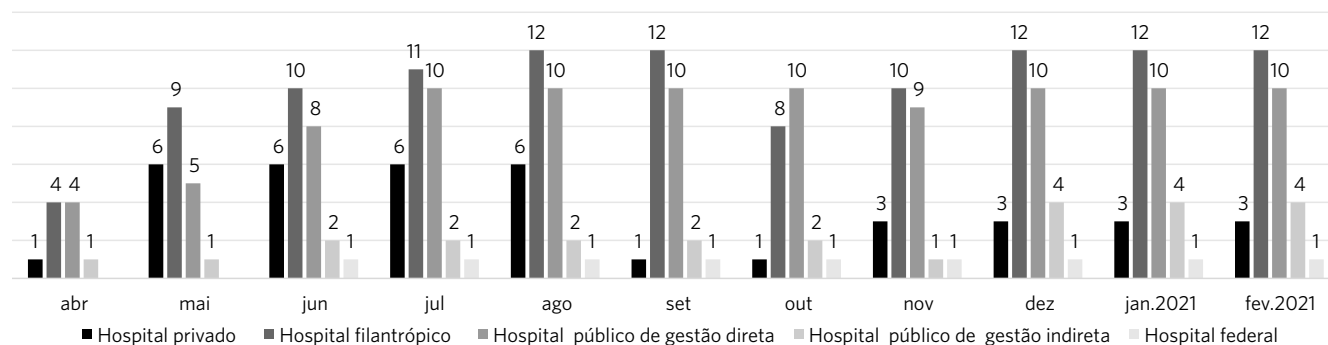
Os contratos de maio de 2020 com essas unidades hospitalares, privada e filantrópica, revelam a antecipação do valor de 90% para

a reserva das vagas por 3 meses, podendo ser prorrogado. Além dos valores previstos com relação a diária, também foram calculados e repassados recursos para sessões de hemodiálise nos casos de leitos de UTI exclusivos para Covid-19⁹.

Em março, abril e agosto, portarias foram publicadas sobre as referências e contrarreferências das Unidades de Atenção Hospitalar. A Portaria nº 160-R, de 10 de agosto de 2020, colocou cerca de 30 hospitais para atendimento a Covid-19, entre eles hospitais privados e filantrópicos¹⁶. O *gráfico 1* abaixo dispõe do número de hospitais estabelecidos como referência para Covid-19 pela Sesa, de acordo com a esfera administrativa e/ou jurídica.

É possível perceber, através do *gráfico 1*, que a maior parte dos hospitais credenciados foram filantrópicos e públicos de gestão direta, mas quando considerada a totalidade, os hospitais com gestão direta perdem espaço para os demais formatos jurídicos.

Gráfico 1. Unidades hospitalares credenciados para leitos SUS Covid-19 de acordo com esfera jurídica de abril de 2020 a fevereiro de 2021



Fonte: Sistematização dos autores de acordo com coletas em censos disponibilizados nos portais coronavírus (considerando último censo mês disponível) e dados solicitados a Sesa⁹.

Conforme dados do Plano Estadual de Saúde – PES (2020-2023), a composição da rede hospitalar SUS-ES até 2019 era, em sua maioria, de hospitais privados (34%), seguidos pelos filantrópicos (33%), hospitais estaduais (16%), municipais (14%) e federal (0,7%)⁶. Já

dados do DataSUS mostram uma rede, nesse mesmo ano, composta por hospitais filantrópicos (44%), estaduais e/ou federal (24%), municipais (24%) e empresariais (5%)¹⁷. Diferença significativa quanto ao setor considerado privado no PES e empresarial pelo

DataSUS. Mas, com relação ao setor considerado filantrópico, esses estabelecimentos têm forte presença na rede, independente da fonte.

Em 2020, quando credenciados os hospitais para rede Covid-19 pela gestão estadual, o gráfico 1 mostra uma priorização pelos hospitais filantrópicos, que já eram significativos dentro da rede, seguidos pelos hospitais públicos de gestão direta que são colocados no PES como elegíveis para administração de fundações e/ou organizações sociais⁶.

Nos casos de hospitais públicos com administração indireta, a gestão estadual fez termos aditivos com organizações que realizavam a administração dos hospitais para atendimento da demanda Covid-19 e criou normativas operacionais sobre cessão de funcionários, criação de gabinete de crise nos estabelecimentos para condução interna, aprovou normas técnicas no ambiente hospitalar e manejo clínico de pacientes com Covid-19¹⁸.

Outra normativa de extrema importância foi a Portaria nº 055-R, de 02 de abril de 2020, a qual dispôs sobre vaga zero para transferência de pacientes com síndrome respiratória grave, segundo a qual os pacientes devem ser encaminhados para a melhor hierarquia disponível de acordo com a referência pelo serviço, sendo de responsabilidade exclusiva dos médicos reguladores da urgência o encaminhamento para a vaga, de preferência que realizasse contato telefônico prévio, bem como, detalhamento de quadro clínico e justificativa do encaminhamento¹⁹.

Contrapartida do Ministério da Saúde na disponibilidade de leitos SUS/ES para Covid-19 no estado do Espírito Santo

O Ministério da Saúde também habilitou leitos UTI na gestão estadual. Os primeiros foram em 15 de abril de 2020, pela Portaria nº 815, a qual habilitou 68 leitos UTI Tipo II – Covid-19 por meio de repasse do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para o Fundo Estadual de Saúde (FES). O repasse compõe a ação orçamentária do Programa de Trabalho – Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional Decorrente do Coronavírus²⁰. Posteriormente, foram identificadas cerca de 15 portarias publicadas com habilitação e prorrogação de leitos UTI no estado do Espírito Santo pelo Ministério da Saúde, as quais seguiram o mesmo fluxo de transferência que a primeira portaria.

O valor definido para um leito de UTI exclusivo para Covid-19, até então, pelo Ministério da Saúde foi de R\$ 1.600,00, conforme Portaria nº 414, de 18 de março de 2020, que autorizou a habilitação de leitos²¹.

A tabela 1 abaixo mostra o número de leitos no Espírito Santo, bem como valores repassados e as unidades hospitalares em que foram habilitados. Todos os recursos estavam classificados como créditos extraordinários, totalizando cerca de R\$ 120.280.000,00 de abril até dezembro de 2020.

Tabela 1. Número de leitos UTI Covid-19 habilitados pelo governo federal no estado do Espírito Santo de acordo com esfera jurídica

Mês	Hospital	Nº de leitos	Nº de leitos mês	R\$	Período	Natureza jurídica e/ou administrativa
Abril	Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim	10	68	R\$ 1.460.000,00	90 dias	Filantrópico
Abril	Hospital Dr. Roberto Arnizaut Silveiras	8		R\$ 1.168.000,00	90 dias	Público gestão direta
Abril	Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves	50		R\$ 7.300.000,00	90 dias	Público gestão indireta
Mai	Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves	20	20	R\$ 2.880.000,00	90 dias	Público gestão indireta
julho	HSM LTDA	20	346	R\$ 2.880.000,00	90 dias	Público gestão indireta
julho	Hospital Dr. Roberto Arnizaut Silveiras	12		R\$ 1.728.000,00	90 dias	Público gestão direta

Mês	Hospital	Nº de leitos	Nº de leitos mês	R\$	Período	Natureza jurídica e/ou administrativa
julho	Hospital Meridional São Mateus	20		R\$ 2.880.000,00	90 dias	Privado
julho	Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves	140		R\$ 20.160.000,00	90 dias	Público gestão indireta
julho	Hospital Doutor Dório Silva	14		R\$ 2.016.000,00	90 dias	Público de gestão direta
julho	Hospital Evangélico de Vila Velha	20		R\$ 2.880.000,00	90 dias	Filantrópico
julho	Vitoria Apart Hospital S/A	20		R\$ 2.880.000,00	90 dias	Privado
julho	Hospital Antônio Bezerra de Farias	15		R\$ 2.160.000,00	90 dias	Público de gestão indireta
julho	Hospital e Maternidade São Francisco de Assis LTDA	9		R\$ 1.296.000,00	90 dias	Privado
julho	Centro Médico Hospitalar Vila Velha S A	40		R\$ 5.760.000,00	90 dias	Privado
julho	Hospital Santa Rita de Cassia Vitoria	5		R\$ 720.000,00	90 dias	Filantrópico
julho	Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim	3		R\$ 432.000,00	90 dias	Filantrópico
julho	Santa Casa de Misericórdia de Guaçuí	8		R\$ 1.152.000,00	90 dias	Filantrópico
julho	HECI Itapemirim	20		R\$ 2.880.000,00	90 dias	Filantrópico
Setembro	Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves	20	30	R\$ 960.000,00	30 dias	Público gestão indireta
Setembro	Hospital Infantil Francisco de Assis	10		R\$ 1.440.000,00	90 dias	Filantrópico
Outubro	Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves	20	213	R\$ 960.000,00	30 dias	Público gestão indireta
Outubro	Santa Casa de Misericórdia de Guaçuí	8		R\$ 384.000,00	30 dias	Filantrópico
Outubro	Hospital Santa Rita de Cassia Vitoria	5		R\$ 240.000,00	30 dias	Filantrópico
Outubro	Centro Médico Hospitalar Vila Velha S A	40		R\$ 1.920.000,00	30 dias	Privado
Outubro	Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves	140		R\$ 6.720.000,00	30 dias	Público gestão indireta
Novembro	Santa Casa de Misericórdia de Guaçuí	8	213	R\$ 384.000,00	30 dias	Filantrópico
Novembro	Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves	140		R\$ 6.720.000,00	30 dias	Público gestão indireta
Novembro	Centro Médico Hospitalar Vila Velha S A	40		R\$ 1.920.000,00	30 dias	Privado
Novembro	Hospital Santa Rita de Cassia Vitoria	5		R\$ 240.000,00	30 dias	Filantrópico
Novembro	Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves	20		R\$ 960.000,00	30 dias	Público gestão indireta
Dezembro	HIFA	10	326	R\$ 1.440.000,00	90 dias	Filantrópico
Dezembro	HSM LTDA	10		R\$ 1.440.000,00	90 dias	Privado
Dezembro	Hospital Santa Casa de Vitoria	5		R\$ 720.000,00	90 dias	Filantrópico
Dezembro	Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves	3		R\$ 432.000,00	90 dias	Público gestão indireta
Dezembro	Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves	50		R\$ 4.800.000,00	60 dias	Público gestão indireta
Dezembro	Hospital Infantil Francisco de Assis	10		R\$ 960.000,00	60 dias	Filantrópico
Dezembro	HELCI Itapemirim	20		R\$ 2.880.000,00	90 dias	Filantrópico
Dezembro	Hospital Dr. Roberto Arnizaut Silveiras	10		R\$ 1.440.000,00	90 dias	Público de gestão direta
Dezembro	Hospital Evangélico de Vila Velha	15		R\$ 2.160.000,00	90 dias	Filantrópico
Dezembro	Santa Casa de Misericórdia de Guaçuí	8		R\$ 768.000,00	60 dias	Filantrópico
Dezembro	Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves	140		R\$ 13.440.000,00	60 dias	Público gestão indireta
Dezembro	Centro Médico Hospitalar Vila Velha S A	40		R\$ 3.840.000,00	60 dias	Privado
Dezembro	Hospital Santa Rita de Cássia Vitória	5		R\$ 480.000,00	60 dias	Filantrópico

Fonte: sistematização dos autores de acordo com dados coletados em portarias e Fundo Nacional de Saúde.

As verbas foram direcionadas para hospitais específicos e corresponderam a pagamentos de leitos por 90, 60 ou 30 dias. Todos os valores repassados correspondem ao descrito nas portarias que originaram os recursos, com exceção de 3 Portarias (nº 1.728 de 17/07/2020, nº 3.142 de 19/11/2020 e nº 3.448 de 17/12/2020), as quais o valor previsto é superior ao repassado, não havendo justificativa sobre o não repasse. A perda equivaleu a R\$ 2.880.000,00 para o estado.

Dos 1.216 leitos que foram habilitados e/ou prorrogados durante o ano de 2020 conforme descritos na *tabela 1*, 758 foram em hospitais públicos com gestão indireta, desses, 743 leitos em um único hospital. Do montante de R\$ 120.280.000,00 repassados,

R\$ 67.492.000,00 foram para a gestão indireta (56% do valor total).

Os demais leitos foram 44 em hospitais públicos de gestão direta (equivale a 5% do montante), 239 em hospitais privados com fins lucrativos (20%) e 175 em hospitais filantrópicos (17% do recurso).

Leitos exclusivos para Covid-19 no estado do Espírito Santo durante o primeiro ano de emergência em saúde pública pelo Sars-CoV-2

Sob o ponto de vista da análise dos contratos, o portal coronavírus do ES divulgou o valor de R\$ 45.493.499,46 em contratos firmados com hospitais privados no mês de maio de 2020⁹. A *tabela 2* mostra a distribuição desse recurso de acordo com especialidades.

Tabela 2. Valores e percentuais de recursos para Covid-19

Especialidade e tipo de leito	Valor	Nº de leitos	%
Ortopedia	R\$ 8.652.545,46	80	19,02%
Covid-19	R\$ 31.378.302,00	359	68,97%
Não Covid-19	R\$ 4.582.344,00	58	10,07%
Enfermarias Covid-19	R\$ 880.308,00	15	1,94%
Total	R\$ 45.493.499,46	512	100,00%

Fonte: elaboração própria com base no portal coronavírus⁹.

Os contratos para 'Covid-19' na *tabela 2* foram com 5 instituições de fins lucrativos (contratos nº 044, nº 061, nº 063, nº 081 e nº 083), todas com leitos para UTI, enfermaria e recursos para hemodiálise, estimando que cerca de 30% dos pacientes em UTI Covid-19 precisavam de sessões. Além disso, todos estipulam os acréscimos em cima dos leitos UTI Covid-19 em caso de ocupação. Dos 359 leitos, 109 foram leitos UTI e 250 de enfermarias. Já os leitos 'Não Covid-19' na *tabela 2* referem-se a 09 leitos em UTI e 49 em enfermarias, os cálculos colocam a diária de UTI em R\$ 1.690,00 e enfermaria de R\$ 715,00. Os leitos na *tabela 2* descritos como Enfermarias Covid-19 tratam-se do pagamento pela reserva de 15 leitos em um hospital privado da região da Grande Vitória.

Todos os contratos tinham como duração três meses e, embora não tenha sido publicado sobre a renovação desses contratos no portal, os censos sobre leitos Covid-19 pela gestão estadual de saúde do ES mostram que mesmo não sendo de forma contínua, após julho de 2020, os hospitais que foram estabelecidos como exclusivos para leitos Covid-19 continuaram participando da rede de hospitais referência⁹.

No portal transparência do Espírito Santo, os recursos para compra de leitos com hospitais privados ocorreram de maio de 2020 até fevereiro de 2021²², totalizando cerca de R\$ 70.500.847,11 distribuídos por 7 hospitais; um hospital específico ficou com 60% desse recurso, o qual ficou responsável pela maior parte dos leitos de enfermaria dentro da rede.

Dentro dos recursos exclusivos para Covid-19 na saúde da gestão estadual do Espírito Santo, foi possível identificar cerca de R\$ 313 milhões pagos de março de 2020 até fevereiro de 2021 a 19 instituições sem fins lucrativos²². É difícil afirmar a empregabilidade dos recursos, pois no portal transparência não constam os contratos, mas um resumo do pagamento. Grande parte desse recurso refere-se a contratos e termos aditivos, seguido por leitos, compra de equipamentos, insumos e indenizações.

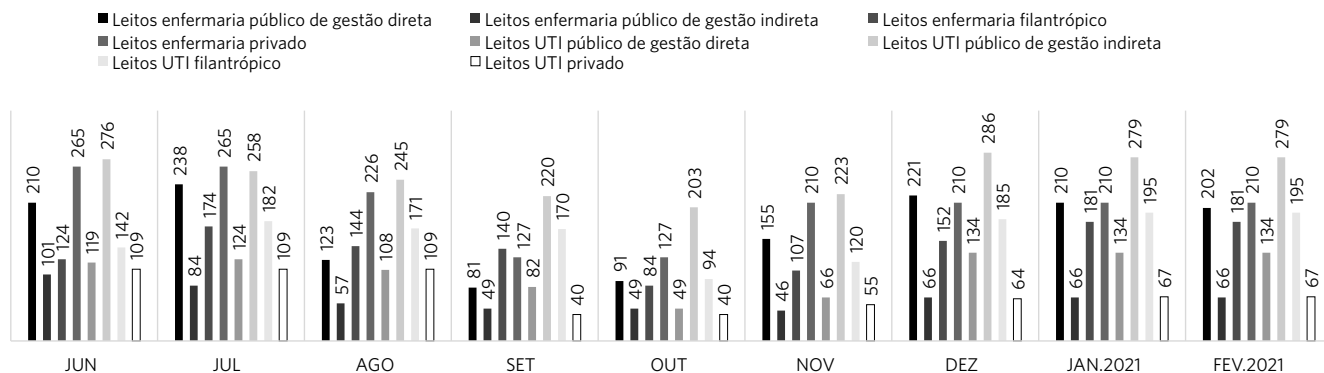
Dessas 19 instituições, uma ficou com aproximadamente 68% desse recurso, a mesma é uma organização social da saúde que faz a gestão de um hospital público no estado, o com maior número de leitos UTI para Covid-19.

Quanto à análise específica por tipos de leitos, UTI e enfermaria, até julho/2020 houve um crescimento gradativo do número de leitos, entre agosto e novembro de 2020

um decréscimo se comparado a julho e em dezembro/2020 uma retomada do crescimento de leitos, conforme consta no *gráfico 1*. Embora se esperasse um número maior de leitos em UTI, a distribuição de leitos por tipo não revela uma diferença significativa na quantidade. Mas há de se considerar que um leito UTI Covid-19 valia mais que o dobro de uma enfermaria, quando ocupado o valor praticamente quadruplicava.

Quando apurado sobre o número total de leitos por esfera jurídica de acordo com o tipo de leito, UTI ou enfermaria, os censos revelaram que a maioria dos leitos UTI ficaram na categoria de hospitais públicos de gestão indireta e em filantrópicos. Já os leitos em enfermaria ficaram no setor privado, seguido de hospitais públicos de gestão direta e/ou hospitais filantrópicos. O *gráfico 2* mostra o número de leitos por tipo e esfera jurídica por mês.

Gráfico 2. Número de leitos hospitalares credenciados para leitos SUS Covid-19 de acordo com esfera jurídica de junho de 2020 a fevereiro de 2021



Fonte: elaboração própria a partir de dados coletados por censos no portal coronavírus⁹.

Os dados no *gráfico 2* mostram uma forte tendência à terceirização, fenômeno pelo qual o serviço é ofertado pelo Estado, mas não necessariamente por meios próprios, manifestando-se por meio de parcerias, gestão de serviços por OSS, entre outros²³. Os leitos UTI e/ou enfermarias, quando considerados em sua totalidade, estão majoritariamente no serviço

filantrópico e/ou em hospitais com gestão por OSS e/ou setor privado (enfermaria).

Discussão

A primeira constatação do estudo é que a estratégia pela abertura de leitos Covid-19

em hospitais, seja público, privado ou filantrópico pela gestão estadual do Espírito Santo favoreceu o crescimento de incentivos ao setor privado.

Os dados apresentados, associados aos do DataSUS, mostram que para essa estratégia foram credenciados apenas 06 novos estabelecimentos para internação (em 2019 eram em 85, 2020 eram em 89 e 2021 em 91)¹⁷. Quanto aos leitos hospitalares, até 2019 a maior parte estava sob responsabilidade da esfera pública (2.822 públicos, 113 empresariais e 2.267 sem fins lucrativos)¹⁷.

Em 2020 e 2021, o número de leitos por esfera jurídica foi alterado, ocorrendo uma redução dos leitos SUS no setor público e aumento nos demais formatos jurídicos (em 2020 eram 2.288 leitos em estabelecimentos públicos, 499 em empresariais e 2.378 com os estabelecimentos sem fins lucrativos. Já em 2021 foram para 2.335 leitos no público, 629 em empresariais e 2.492 sem fins lucrativos)¹⁷. Os dados corroboram com os números encontrados em cenário nacional, no qual o setor privado se fortaleceu durante a pandemia por meio de contratualizações para oferta de serviços públicos³⁴.

Historicamente, embora não idealizado, o empresariado da saúde garantiu sua participação de forma complementar no SUS, entretanto, na prática, o que tem ocorrido é a complementaridade invertida, fenômeno pelo qual o setor privado é responsável por grande parte da oferta de serviços públicos³⁴.

O processo de implantação do SUS mostra que o avanço da opção liberalizante de mercado foi incentivado pelo Estado e tornou-se inerente aos governos dos anos 2000 para o crescimento do capital privado no setor saúde. Logo, estrategicamente, a saúde foi considerada campo permissível entre as principais políticas sociais a serem ofertadas pelo setor privado em nome do SUS, mediante financiamento público direto²⁹. Para tanto, como comprovado por estudos anteriormente mencionados, quando o Estado reduz sua participação direta na oferta de serviços, a

sobrevivência é determinada pela regra mercadológica^{29,30}, tal qual como se confirmou na pandemia de Covid-19.

A opção por contratualizações geralmente decorre por diferentes instrumentos jurídicos, os mais comuns são contratos de gestão e termos de parceria, e podem ocorrer por órgãos públicos ou entidades de direito privado, incluindo OSS²⁹. Se, por um lado, essas iniciativas são defendidas sob discurso de eficiência, facilidade de contratação de funcionários, agilidade e flexibilidade no serviço público, por outro, a alta rotatividade de profissionais, problemas de transparência, falta de instrumentos que comprovem essa eficiência, precarização do serviço público e desresponsabilização do Estado são apontados como desvantagem ao SUS e ataque a princípios como transparência e participação social garantidos na Constituição Federal de 1988^{23,29,30,32}.

Outra constatação é o crescimento da participação de instituições sem fins lucrativos que já respondiam por parte significativa da rede hospitalar¹⁷. O *gráfico 1* mostrou que desde o início a participação das instituições filantrópicas foi priorizada para compor a rede de hospitais referência para Covid-19. A parceria da gestão estadual do Espírito Santo deixou lacunas quanto às regras de contratualização com essas instituições.

Quando o SUS precisar recorrer à iniciativa privada, as instituições sem fins lucrativos devem ser consideradas prioritárias²⁹, o que tem favorecido o crescimento dessas organizações que hoje já se configuram como a maior parte da rede ofertada de serviços. Dados do Ministério da Saúde revelam que, em 2018, 1.627 hospitais filantrópicos prestavam serviços ao SUS no Brasil e correspondiam a 49% dos atendimentos e 41,5% das internações hospitalares, a maior parte desses hospitais nas regiões Sudeste (42%) e Sul (36,1%)²⁷. Em 2020, com a pandemia em curso, o Ministério da Saúde contemplou 1.651 entidades filantrópicas (Santas Casas e outros hospitais) que participavam de forma complementar

ao SUS com R\$ 2,2 bilhões em duas parcelas para adaptação de estruturas físicas, aquisição de equipamentos, compra de medicamentos, insumos e suprimentos para a pandemia²⁸. Aproximadamente 14 instituições foram contempladas no Espírito Santo por estarem contratualizadas ao SUS pela gestão estadual. Assim, as contratualizações da gestão estadual de saúde do estado do Espírito Santo com essas instituições corroboram um movimento em ascensão de âmbito nacional da saúde^{23,31}.

É necessário o aprofundamento sobre a forma de consolidação das instituições sem fins lucrativos que discursam como modelo operante para o SUS (maior parte do atendimento), mas também são associadas à saúde suplementar²⁹. De modo geral, o que se observou foi que os leitos mais caros ficaram, em sua maioria, com o setor filantrópico (organização social e/ou por um hospital). Já os menos onerosos estiveram com a administração direta e com instituições consideradas com fins lucrativos. Além disso, como apontado por estudo^{23,29,30,32}, dificuldade em transparência sobre a aplicabilidade e direcionamento dos recursos públicos para essas instituições se apresentaram no estudo diante das lacunas dos contratos realizados.

Outro apontamento associado às instituições sem fins lucrativos são as OSS, visto que muitas delas possuem dupla qualificação²⁹. O Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves (HEJSN), referência dentro da rede de hospitais para Covid-19, foi responsável pela maior parte dos leitos de UTI. Ele é gerido por uma OSS que pertence a uma rede de hospitais filantrópicos. De acordo com a OSS que administra o hospital, o HEJSN foi o segundo maior hospital do Brasil em atendimento Covid-19, disponibilizando entre 193 a 250 leitos UTI por mês²⁴. Em determinados meses, chegou a disponibilizar entre 279 a 286 leitos (de dezembro de 2020 a fevereiro de 2021)²⁴.

As OSS emergiram no Brasil após a Reforma do Estado de 1995 e visam a gestão e provisão de serviços de saúde^{29,31}. Vinculadas à produção não lucrativa de serviços, algumas

pesquisas colocam as OSS como forma de terceirização e mercantilização da saúde²³. Entre as críticas a esse modelo constam o direcionamento de grandes quantias por meio de termos aditivos^{29,31}.

O repasse financeiro para os leitos do HEJSN foi direcionado para a OSS que realiza a gestão do hospital. Foram identificados cerca de 10 termos aditivos dentro do recorte temporal estudado entre a Sesa com a OSS; os quais alteraram recursos, adicionaram novos recursos financeiros para implantação de medidas sanitárias, alteraram tabelas de metas de acordo com atendimento Covid-19 e não Covid-19, acrescentaram recursos por emenda parlamentar, entre outros. Esses termos aditivos foram para custeio (aproximadamente R\$ 260 milhões) e investimento (cerca de R\$ 18 milhões²⁵).

Nos recursos financeiros para custeio, foram consideradas somatórias por paciente em dias nos leitos Covid-19 (meta mensal de 8.953 saídas hospitalares) e não Covid-19 (285 saídas hospitalares), juntos firmaram cerca de R\$ 24 milhões por mês, de julho de 2020 até fevereiro de 2021²⁴. De acordo com a Sesa o valor fixado foi calculado em 86,28% para manutenção das despesas gerais hospitalares atreladas a Covid-19, e 13,72% às despesas não Covid-19.

A opção da gestão estadual em atribuir hospitais públicos a OSS é preocupante pela complexidade que é o SUS; lacunas de transparência, inserção de termos aditivos no contrato e problemas com fiscalização pela passividade em correções de irregularidades são alguns dos pontos frágeis desse modelo³². As críticas a essas parcerias se estendem aos demais formatos na saúde que devem ocorrer por complementariedade e não substitutiva^{29,30,32,34}.

A associação do setor público com o privado é uma realidade nacional, mas são relações que possuem interesses econômicos claros, pois embora o setor privado se coloque como parceiro e defensor da saúde para todos, em 2020, quando surgiu no Brasil a proposta de unificação de leitos, medida que previa

a utilização de leitos privados pelo SUS por meio de um sistema nacional, representações do setor privado se colocaram contrárias a iniciativa sob diversos argumentos como o valor insatisfatório (a diária de um leito era de R\$ 1.600,00) e a preocupação com falta de leitos para os clientes². Países como Austrália, Espanha, Irlanda e Reino Unido, que unificaram leitos com o setor privado, foram avaliados como experiências exitosas para o atendimento à população².

No Espírito Santo não houve falta de leitos, visto que a estratégia para medidas e credenciamentos de novos leitos era planejada semanalmente de acordo com a matriz de risco³⁵, o que revela a resiliência da política de saúde pública frente a crise pela Covid-19. Entretanto, um leito UTI Covid-19 ocupado possuía uma diária de R\$ 3.100,00, fora os casos em que eram realizadas hemodálises, assim como pagamento para garantia de leitos, Covid-19 e enfermaria, independente de ocupação^{14,15}.

Assim, se analisada a longevidade da aplicação do recurso, embora o estado tenha investido na reforma de hospitais públicos, parte significativa dos recursos do SUS foram para seus parceiros e caso o estado atualmente precisasse enfrentar um pico pandêmico, estaria novamente condicionado a rede existente de serviços do mercado privado.

Se por um lado, a opção da gestão estadual poderia estar condicionada a compra de leitos durante a pandemia, já que se tratava do formato operante até então; por outro, repensar o plano hospitalar nos moldes e investimentos estatais poderia vir a ocupar a pauta do planejamento estratégico da saúde. Ao invés disso, ainda em 2020, o estado investiu em novas parcerias, substituiu algumas OSS de gestão hospitalar por novas instituições, entre elas, a fundação pública de direito privado, criada pelo próprio estado.

Quando o SUS completou 30 anos, Paim³⁶ lançou a pergunta 'o SUS vai acabar?'. Como resposta, foi colocado que, embora todos os empecilhos, o SUS acabou tornando-se funcional ao empresariado da saúde que se alimenta

de seus recursos. De igual forma, no estado no qual focamos nosso estudo, o atendimento pelo SUS tem se expandido, entretanto, por meio do aumento de parcerias com o setor privado.

Considerações finais

No Brasil, os governos que sucederam a implantação do SUS não buscaram banir o direito à saúde, mas torná-la produto de um Estado neoliberal funcional à lógica de mercado. Os diversos ataques aos serviços públicos desencadearam estratégias como a terceirização que se apresenta em diferentes formatos, ou seja, pelas OSS, Oscips, empresas públicas de direito privado, parcerias, empresas privadas, entre outras. Não se trata de um movimento homogêneo, mas composto por um segmento mercadológico.

A região Sudeste é composta por diferentes representações do setor privado inseridas no SUS e atuando por livre iniciativa. No estado do Espírito Santo não é diferente, a pluralidade de formatos jurídicos e contratualizações são postas como plano de modernização hospitalar. Esse plano colocou que condicionar os hospitais a apenas uma transição gerencial (para OSS) não seria a melhor opção. Desta maneira, a estratégia foi manter alguns contratos de gestão com as OSS e ao mesmo tempo criar uma fundação. Com a pandemia e os novos recursos, essas iniciativas foram fortalecidas, acarretando em aumento de leitos hospitalares no setor filantrópico, privado e recursos repassados às OSS.

Essa diversidade dificulta até mesmo o controle da gestão e a condiciona a parcerias conforme um ordenamento mercadológico. Outro ponto a ser considerado é o formato de gestão que acaba não aparecendo dentro do estabelecimento público, ou seja, nem todos os hospitais públicos são de gestão direta e até mesmo o hospital federal que também participou da rede é gerido por uma empresa hospitalar (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH).

Portanto, o trabalho conclui que a relação de compra de leitos exclusivos para Covid-19 em hospitais privados, filantrópicos e oferta em serviços públicos de gestão direta e indireta ocorreu conforme regra mercadológica, ou seja, a opção pela pluralidade de formatos jurídicos no SUS refletiu na pandemia pela necessidade e/ou decisão de reafirmar essas contratualizações.

Os leitos hospitalares no estado já mostravam um crescimento do setor filantrópico, a pandemia fortaleceu um caminho que já estava sendo percorrido. Com isso, o setor filantrópico, seja pela organização social dentro do serviço público ou compra de leitos, era e continua sendo o formato jurídico com forte participação nos leitos SUS. Quanto às instituições com fins lucrativos (privadas), embora não seja a com maior participação, na pandemia houve aumento significativo de credenciamento dos leitos SUS.

Assim sendo, quando analisada a longevidade desse investimento para o SUS, os repasses a esses formatos não reduziram as discrepâncias e tampouco permitiram que este legado de serviços ampliados ou recursos aplicados fossem revertidos de forma definitiva aos serviços públicos. Além disso, entregar a oferta da saúde pública a diferentes formatos jurídicos torna o Estado refém de seus parceiros, desdobrando-se em diversas fragilidades que foram apontadas no estudo e que caminham na contramão do SUS constitucional. E, caso fosse enfrentado um novo pico pandêmico, a gestão estaria condicionada a atender as regras desse mercado.

Colaboradoras

Santos LE (0000-0002-6419-5674)* e Sodré F (0000-0003-4037-9388)* contribuíram igualmente para elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Vieira FS, Servo LM. Covid-19 e coordenação federativa no Brasil: consequências da dissonância federal para a resposta à pandemia. *Saúde debate*. 2020 [acesso em 2023 jan 6]; 44(esp4):100-113. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/44SVpkjDHB6QcR5x4NtTNwvf/?lang=pt#:text=Pondera%20que%20a%20coordena%C3%A7%C3%A3o%20federal,desses%20instrumentos%20pelo%20governo%20federal>.
2. Costa DC, Costa R, Bahia L, et al. Oferta pública e privada de leitos e acesso aos cuidados à saúde na pandemia de COVID-19 no Brasil. *Saúde debate*. 2020 [acesso em 2023 jan 6]; 44(esp4):232-247. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/39jsyjTLxGZHFQXrs4VVMRS/?lang=pt>.
3. Werneck GL, Bahia L, Moreira JP, et al. Mortes evitáveis por Covid-19 no Brasil. 2021. [acesso em 2022 jun 1]. Disponível em: <https://www.oxfam.org.br/especiais/mortes-evitaveis-por-covid-19-no-brasil/#:text=Estima%2Dse%20que%20cerca%20de,acima%20do%20esperado%20no%20per%C3%ADodo>.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

4. Medina J. Pesquisa mapeia número de leitos hospitalares e respiradores no Espírito Santo. 2020. [acesso em 2022 maio 8]. Disponível em: [https://coronavirus.ufes.br/conteudo/pesquisa-mapeia-numero-de-leitos-hospitalares-e-respiradores-no-espírito-santo#:~:text=De%20acordo%20com%20a%20pesquisa,%20e%20Serra%20\(192\).](https://coronavirus.ufes.br/conteudo/pesquisa-mapeia-numero-de-leitos-hospitalares-e-respiradores-no-espírito-santo#:~:text=De%20acordo%20com%20a%20pesquisa,%20e%20Serra%20(192).)
5. Campos FC, Canabrava CM. O Brasil na UTI: atenção hospitalar em tempos de pandemia. *Saúde debate*. 2020 [acesso em 2023 jan 6]; 44(4):146-160. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/bxcgdZJbz3D4tKDztZdXF7b/?lang=pt>.
6. Espírito Santo. Secretária de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde do Estado do Espírito Santo (2020-2023). [acesso em 2022 maio 1]. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/instrumentos-de-planejamento>.
7. Brasil. Ministério da Saúde. 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. *Diário Oficial da União*. 5 Fev 2020.
8. Brasil. Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. *Diário Oficial da União*. 7 Fev 2020.
9. Espírito Santo. Contratos e execução de despesas – Covid-19. [acesso em 2022 abr 28]. Disponível em: <https://coronavirus.es.gov.br/contratos-e-execucao-de-despesas>.
10. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Fundação Pública. 2016. [acesso em 2022 jun 28]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/guiainformacao/fundacao-publica/#:~:text=A%20Fundação%20de%20direito,de%20estado%20na%20%20%20Alreia%20social>.
11. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 4. ed. Lisboa: Edições 70; 2003.
12. Espírito Santo. Secretaria de Estado da Saúde. Portaria nº 038-R, de 20 de março de 2020. Determina as Referências Hospitalares ao tratamento do COVID-19 e reorganizar os fluxos, os atendimentos e os serviços de saúde em virtude da decretação do estado de emergência em Saúde Pública no Espírito Santo em razão do surto de Coronavírus (COVID-19). [acesso em 2022 jun 10]. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/coronavirus/Portarias/PORTARIA%20038-R%20-DEFINIR%20AS%20REFER%20C3%84NCIAS%20HOSPITALARES.pdf>.
13. Espírito Santo. Secretaria de Estado da Saúde. Portaria nº 071-R, de 26 de abril de 2020. Institui no âmbito do Plano de Atenção Hospitalar COVID-19/ES, “Programa Leitos Para Todos”. [acesso em 2022 jun 12]. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/coronavirus/Portarias/PORTARIA%20071-R%20-%20PROGRAMA%20DE%20LEITOS.pdf>.
14. Espírito Santo. Secretaria de Estado da Saúde. Portaria nº 072-R, de 30 de abril de 2020. Define regras e valores para contratação de leitos de UTI e enfermaria para atendimento exclusivo de pacientes COVID-19, na rede privada com fins lucrativos. [acesso em 2022 jun 28]. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/coronavirus/Portarias/POR-TARIA%20072-R%20-%20CONTRATOS%20EMER-GENCIAIS%20LEITOS%20PARA%20TODOS.pdf>.
15. Espírito Santo. Secretaria de Estado da Saúde. Portaria nº 082-R, de 13 de maio de 2020. Define regras e valores para remuneração dos leitos de UTI nos hospitais filantrópicos contratualizados pela SESA para atendimento exclusivo de pacientes suspeitos e/ou confirmados COVID-19. [acesso em 2022 jul 1]. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/coronavirus/Portarias/PORTARIA%20082-R%20-%20VALOR%20UTI%20FILANTR%20C3%93PICOS.pdf>.
16. Espírito Santo. Secretaria de Estado da Saúde. Portaria nº 160-R, de 10 de agosto de 2020. Dispõe sobre referências e contrarreferências das Unidades de Atenção Hospitalar, durante o Estado de Emergência pública pelo Covid-19. [acesso em 2022 jul 27]. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/co>

- ronavirus/Portarias/PORTARIA%20160-R%20-%20REFERE%CC%82NCIAS%20HOSPITALARES%20-%20COVID%20MAIO.pdf.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Estabelecimento por tipo de atendimento prestado - internação - Espírito Santo. [acesso em 2022 jun 22]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/atintes.def>.
 18. Espírito Santo. Secretaria de Estado da Saúde. Legislação. Portarias. [acesso em 2022 jul 27]. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/legislacao-portarias>.
 19. Espírito Santo. Secretaria de Estado da Saúde. Portaria nº 55, de 02 de abril de 2020. Dispõe sobre “vaga zero” para as transferências de pacientes com Síndrome Respiratória Aguda Grave - SRAG, durante o Estado de Emergência Pública pelo COVID-19. [acesso em 2022 jun 25]. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/coronavirus/Portarias/PORTARIA%20055-R%20-%20VAGA%20ZERO.pdf>.
 20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 815, de 15 de abril de 2020. Habilita leitos da Unidade de Terapia Intensiva - UTI Adulto Tipo II - COVID-19, e estabelece recurso do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde, a ser disponibilizado ao Estado do Espírito Santo. Diário Oficial da União. 16 Abr 2020.
 21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 414, de 18 de março de 2020. Autoriza a habilitação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva Adulto e Pediátrico, para atendimento exclusivo dos pacientes COVID-19. Diário Oficial da União. 9 Abr 2020.
 22. Espírito Santo. Portal da Transparência do Poder Executivo do Espírito Santo. [acesso em 2022 jul 10]. Disponível em: <https://transparencia.es.gov.br/Despesa>.
 23. Druck G. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. Trab. Educ. Saúde. 2016 [acesso em 2023 jan 6]; 19(1):1-20. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/ZzrBrfcK75czCS-qYzjjhRgk/>.
 24. Associação Evangélica Beneficente Espírito Santense. Hospital Estadual Dr. Jayme dos Santos Neves. [acesso em 2022 jul 11]. Disponível em: <http://www.evangelicovv.com.br/aebes-unidades/hejsn>.
 25. Associação Evangélica Beneficente Espírito Santense. Contratos e Termos aditivos do Hospital Estadual Dr. Jayme dos Santos Neves. [acesso em 2022 julho 11]. Disponível em: <http://www.evangelicovv.com.br/institucional/627-contratos-e-aditivos>.
 26. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1988.
 27. Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Boas Práticas na Gestão em Parceria com o Terceiro Setor na Saúde (2018). [acesso em 2022 jul 12]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/boas-praticas-na-gestao-de-parceria-com-o-terceiro-setor-na-saude/>.
 28. Brasil. Ministério da Saúde. Fundo Nacional da Saúde. Santas casas e hospitais filantrópicos recebem R\$ 1,6 bi do governo. [acesso em 2022 jul 13]. Disponível em: <https://portalfns.saude.gov.br/santas-casas-e-hospitais-filantropicos-recebem-r-16-bi-do-governo/#::-:text=O%20Governo%20do%20Brasil%2C%20por,da%20pandemia%20da%20COVID%2D19>.
 29. Vaccaro SB, Gomes TS. Terceirização da gestão na Saúde Pública. [Rio de Janeiro]: Editora Fiocruz; 2022.
 30. Cegatti F, Carnut L, Mendes A. Terceirizações na área da saúde no Brasil: reflexos no SUS, nas políticas sociais e nos trabalhadores. J Manag Prim Health Care. 2020 [acesso em 2023 jan 6]; (12):1-41. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/978#::-:text=Foi%20efetuada%20busca%20sistemizada%20no,sobre%20os%20trabalhadores%20do%20sistema>.
 31. Brasil. Presidência da República. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Brasília, DF: Pre-

- sidência da República, Câmara da Reforma do Estado, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado; 1995.
32. Fernandes LEM. Gestão de recursos humanos em hospitais sob contrato com organizações sociais de saúde. [dissertação]. [Vitória]: Universidade Federal do Espírito Santo; 2017. 156 p. [acesso em 2023 jan 6]. Disponível em: <http://repositorio.ufes.br/handle/10/10116>.
33. Espírito Santo. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde do Estado do Espírito Santo (2016-2019). 2016. [acesso em 2022 set 22]. Disponível em: https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Planejamento/PES%20-%20Plano%20Estadual%20de%20Saude_2016-2019-1.pdf.
34. Correia M, Santos V, Alves P. A mercantilização da saúde no enfrentamento da Covid-19: o fortalecimento do setor privado. *Rev. Humanidades e Inovação*. 2021 [acesso em 2023 jan 6]; (8):1-18. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadese-inovacao/article/view/5358#:~:text=Resumo,do%20SUS%20p%C3%ABlico%20e%20estatal>.
35. Espírito Santo. Secretária de Estado da Saúde, Subsecretaria de Vigilância em Saúde, Centro de Operações de Emergências Covid-19. Novo Coronavírus Covid-19, Informe Epidemiológico Consolidado 2020. Vitória: SESA; 2020. [acesso em 2022 out 26]. Disponível em: <https://coronavirus.es.gov.br/Media/Coronavirus/Boletins/CONSOLIDADO%202020-1.pdf>.
36. Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) de 30 anos. *Ciênc. saúde coletiva*. 2018 [acesso em 2023 jan 6]; 23(6):1-6. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Qg7SJFjWPjvdQjvnRzxS6Mg/abstract/?lang=pt>.

Recebido em 18/07/2022

Aprovado em 07/09/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Prevalência e fatores associados à violência no trabalho contra residentes multiprofissionais durante a pandemia

Prevalence and factors associated with workplace violence against Brazilian multiprofessional residents during the pandemic

Eder Samuel Oliveira Dantas¹, Carinne Magnago², Juliano dos Santos³, João de Deus de Araújo Filho¹, Karina Cardoso Meira⁴

DOI: 10.1590/0103-1104202313612

RESUMO Estudo transversal cujo objetivo foi identificar a prevalência e os fatores associados à violência no trabalho (física e/ou verbal) contra residentes multiprofissionais que atuam em um hospital universitário durante a pandemia da Covid-19. Foi desenvolvido um censo, em julho de 2020, com 67 residentes. Dados foram coletados por meio de questionário eletrônico, avaliando-se a violência física e verbal mediante autorrelato. Associações entre a ocorrência de violência vivida durante a pandemia e as variáveis independentes (sociodemográficas, psicoemocionais e atendimento ao paciente com Covid-19) foram analisadas mediante testes estatísticos e Regressão de Poisson (RP) com variância robusta. A prevalência de violência foi de 22,4%. Diferenças entre grupos foram observadas ao comparar as ocupações e o grau de satisfação com a residência, com maior proporção de fisioterapeutas e assistentes sociais, assim como de residentes insatisfeitos entre os que relataram violência ($p \leq 0,005$). Após análise de regressão, a violência esteve associada ao aumento da idade (RP=1,25; IC95% 1,12-1,40) e a níveis de ansiedade moderados/graves (RP =2,87; IC 95% 1,12-1,40). Os achados apontam para a necessidade de implementação de medidas institucionais de prevenção e controle da violência no trabalho, considerando os fatores associados durante a pandemia.

PALAVRAS-CHAVE Violência no trabalho. Internato e residência. Pandemias. Covid-19. Prevalência.

ABSTRACT *Cross-sectional study which objective was to identify the prevalence and factors associated with workplace violence (physical and/or verbal) against multiprofessional residents working at a Brazilian university hospital during the COVID-19 pandemic. A census was developed in July 2020 with 67 residents. Data were collected through an electronic questionnaire, evaluating physical and verbal violence through self-report. Associations between the occurrence of violence experienced during the pandemic and independent variables (sociodemographic, psycho-emotional, and patient care with COVID-19) were analyzed using statistical tests and Poisson Regression (PR) with robust variance. Differences between groups were observed when comparing occupations and the degree of satisfaction with the residence, with a higher proportion of physical therapists and social workers, as well as dissatisfied residents among those who reported violence ($p \leq 0.005$). After regression analysis, violence was associated with increase in age (PR=1.25; 95%CI 1.12-1.40) and moderate/severe anxiety levels (RP=2.87; 95%CI 1.12-1.40). The findings point to the need to implement institutional measures for the prevention and control of workplace violence considering the factors associated with it during the pandemic.*

KEYWORDS *Workplace violence. Internship and residency. Pandemics. COVID-19. Prevalence.*

¹Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Hospital Universitário Onofre Lopes (Huol) - Natal (RN), Brasil.

²Universidade de São Paulo (USP) - São Paulo (SP), Brasil.
carinne.mag@gmail.com

³Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁴Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Escola de Saúde (ESUFRN) - Natal (RN), Brasil.



Introdução

A violência se desenvolve na vida e na sociedade e é influenciada por contextos históricos, culturais e políticos. Ela apresenta-se em relações constituídas por opressão, intimidação e medo, transformando diferenças em desigualdades¹. Quando a violência está relacionada com o trabalho, pode haver privação de direitos fundamentais trabalhistas e previdenciários, omissão em oferecer condições saudáveis de trabalho e naturalização de doenças decorrentes dele. Nesse sentido, manifesta-se por meio de violência física e/ou psicológica, assédio sexual, abuso, *bullying* e discriminação de gênero ou raça, impactando a saúde do trabalhador e a qualidade de seu desempenho²⁻⁴.

A violência no trabalho na área da saúde constitui quase um quarto de todas as violências no trabalho notificadas, sendo um importante problema de saúde pública e um fator de preocupação em vários países⁵. Nos Estados Unidos da América, por exemplo, a incidência de lesões em trabalhadores da saúde relacionadas com a violência aumentou 67% entre 2011 e 2018. Eles têm cinco vezes mais chance de sofrer violência no local de trabalho do que todos os demais trabalhadores. Além disso, embora menos de 20% de todas as lesões no local de trabalho ocorram com profissionais de saúde, eles sofrem 50% de todas as agressões⁶.

Os poucos estudos realizados no Brasil também revelaram índices significativos de violência contra profissionais da área. Um deles, produzido com 267 trabalhadores da enfermagem, revelou que 61,6% relataram ter sido vítimas de abuso verbal, assédio sexual ou violência física no trabalho nos últimos 12 meses⁷. Em outro, cuja amostra foi composta por 269 profissionais, a prevalência de violência física e psicológica foi de 15,2% e 48,7% respectivamente⁸.

O caráter multifacetado e social da violência apresenta novos desafios hoje, quando o mundo vive uma pandemia de

difícil controle. No Brasil, os residentes multiprofissionais de saúde tiveram um papel muito importante no enfrentamento dessa emergência sanitária, lutando pelo bom funcionamento dos serviços públicos de saúde ao lado dos profissionais em exercício, os quais, muitas vezes, reconhecem os residentes como profissionais com autonomia para realizar condutas individuais sem limitações ou supervisão, capazes de suprir a carência imediata de recursos humanos^{3,9}.

Durante a pandemia, os residentes precisaram agir sob maiores níveis de pressão; relações interpessoais enfraquecidas; demandas de profissionais e supervisores; e medo da falta de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), de não ter acesso igualitário às vacinas em relação aos demais profissionais de saúde e de se infectar e morrer. Assim, a pandemia da Covid-19 pode ter tornado essa população mais vulnerável à violência em seus locais de trabalho^{10,11}.

O contexto de violência no trabalho de residentes pode ser desencadeado e agravado por inúmeros fatores: estresse ocupacional devido à alta carga de trabalho semanal, ocorrência da síndrome de burnout e suas características (exaustão emocional, despersonalização e desrealização) e a falta de experiência profissional anterior¹². Esta última dificulta o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento e/ou a naturalização da violência quando apresentada de forma mais sutil¹³.

Diante dessa realidade e da escassez de estudos que analisem a ocorrência de violência no trabalho na área da saúde¹⁰, principalmente entre estudantes e residentes, e dada a importância de verificar esse fenômeno em um cenário de pandemia, este estudo teve como objetivo: identificar a prevalência da violência (física e/ou verbal) e seus fatores associados em residentes multiprofissionais que atuam em um hospital de grande porte brasileiro durante a primeira onda da pandemia da Covid-19.

Material e métodos

Trata-se de estudo transversal realizado em um hospital universitário de grande porte localizado no estado do Rio Grande do Norte, que possui 242 leitos hospitalares. Foi conduzido de acordo com os aspectos éticos a serem observados nas disposições da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sobre ética nas pesquisas com seres humanos, sendo, portanto, submetido e aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (Certificado nº 28003720.7.0000.5292).

A coleta de dados foi realizada entre os dias 12 e 24 de julho de 2020, período em que o hospital já prestava assistência direta aos casos suspeitos e confirmados da Covid-19. O recrutamento dos residentes participantes ocorreu por meio de contato telefônico e abordagem em serviço, e a coleta de dados ocorreu on-line, na plataforma Google Forms®. O *link* do formulário foi enviado por meio do aplicativo WhatsApp® ou por *e-mail*, a critério do participante. Após esclarecimento e conhecimento da participação voluntária, métodos e procedimentos, todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O estudo consistiu em um censo. Isto é, todos os residentes dos programas multiprofissionais de saúde do hospital (Terapia Intensiva Adulto, Saúde da Criança, Cardiologia e Atenção Psicossocial) foram convidados a participar do estudo. Não havendo recusa, a amostra foi composta por todos os convidados (n=67).

Os residentes foram questionados sobre o seu perfil sociodemográfico (idade, sexo, raça/cor da pele, estado civil, profissão, renda familiar); atuação profissional na residência (programa, ano de residência) e o seu grau de satisfação com o programa; histórico de acompanhamento psicológico e psiquiátrico e uso de psicofármacos; enfrentamento da Covid-19 (atuação no setor da Covid-19, treinamento, segurança, uso de EPI e estratégias de enfrentamento psicossocial); e violência no trabalho (física e/ou verbal sofrida durante a pandemia,

independentemente do perpetrador). A variável raça/cor da pele foi discriminada nas seguintes categorias: negra (parda e preta) e não negra (branca).

A ocorrência de violência foi avaliada a partir da pergunta: ‘Você já sofreu agressão física e/ou verbal no trabalho hospitalar durante a pandemia de Covid-19?’, podendo haver resposta dicotômica (sim ou não). A agressão física foi considerada como o uso da força que resulta em dano físico ou psicológico; e a agressão verbal, como o uso de palavras em atitudes ofensivas com o objetivo de humilhar, caluniar ou envergonhar um indivíduo ou um grupo^{4,14}.

Aos residentes, também foi solicitado o preenchimento do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)¹⁵ e o do Inventário de Depressão de Beck (BDI)¹⁶, validados para uso no Brasil e com alta eficácia e confiabilidade. Ambos consistem em uma escala de autoavaliação de 21 itens que identifica a intensidade dos sintomas de ansiedade e depressão em populações psiquiátricas e não psiquiátricas sem intenção psicodiagnóstica. Cada item é avaliado em quatro opções de resposta (0 a 3), e a pontuação total pode variar de 0 a 63. As pontuações de corte para o BAI são 0-7 (ansiedade mínima), 8-15 (ansiedade leve), 16-25 (ansiedade moderada) e 26-63 (ansiedade severa); e para o BDI, são 0-9 (depressão mínima), 10-16 (depressão leve), 17-29 (depressão moderada) e 30-63 (depressão grave)¹⁷.

Os dados foram analisados estatisticamente. A análise descritiva foi realizada por meio de frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas, e médias e Desvios-Padrão (DP) para variáveis quantitativas. Em seguida, avaliou-se a existência de diferenças estatísticas entre grupos em função da ocorrência de violência (residentes que sofreram violência e residentes que não sofreram violência) e as variáveis nominais e ordinais por meio do teste Qui-quadrado de Pearson, razão de verossimilhança ou teste exato de Fisher. O teste U de Mann-Whitney e o teste t de Student foram utilizados para variáveis contínuas,

dependendo da distribuição da variável em estudo. Valores de $p \leq 0,05$ foram considerados significativos.

Foi aplicada a análise múltipla por meio da biblioteca sanduíche do pacote estatístico R versão 4.1.0, utilizando o modelo de regressão de Poisson com variância robusta. Vários modelos foram ajustados usando como preditor os fatores potenciais apontados nas análises univariadas. Variáveis com valor de $p \leq 0,20$ foram as candidatas iniciais para compor o modelo final usando um método *stepwise-forward* não otimizado.

Após inclusão e exclusão das variáveis adicionadas na ordem do mais para o menos significativo com o desfecho, testou-se a significância das interações entre as variáveis que permaneceram ao longo do processo. A comparação do ajuste dos modelos foi realizada por meio do Critério de Informação de

Akaike. A escolha do modelo final considerou plausibilidade epidemiológica e biológica, além de significância estatística ao nível de 5%, com estimativas de associações baseadas em Razão de Prevalência (RP) e Índice de Confiança (IC) ajustados.

Resultados

As características sociodemográficas e profissionais dos residentes está apresentada na *tabela 1*. Destaca-se que a maioria era do sexo feminino (76,1%), solteira (84,4%), não negra (58,2%), residente de 1º ano (52,2%) e vinculada ao programa de Terapia Intensiva Adulto (38,8%). A média de idade foi de 25,1 anos, e 85% relataram grau de satisfação razoável, bom ou excelente com o programa de residência.

Tabela 1. Distribuição dos residentes multiprofissionais segundo características sociodemográficas e variáveis relacionadas com o programa de residência e significância estatística das diferenças entre os residentes que sofreram e os que não sofreram violência verbal ou física durante a pandemia da Covid-19. Rio Grande do Norte, 2020

Variáveis	Sofreu violência verbal/física		Não sofreu violência		valor <i>p</i>	Total	
	n	%	n	%		n	%
Sexo							
Feminino	12	80,0	39	75,0	0,950 ⁽¹⁾	51	76,1
Masculino	3	20,0	13	25,0		16	23,9
Raça/cor da pele							
Negra	5	33,3	23	44,2	0,415 ⁽¹⁾	28	41,8
Não Negra	10	66,7	29	55,8		39	58,2
Idade média (desvio padrão)	26,3 (2,4)		24,8 (2,3)		0,156 ⁽²⁾	25,1 (2,3)	
Estado civil							
Solteiro	13	86,7	43	82,7	0,970 ⁽¹⁾	56	84,8
Casado/morando com companheiro	2	13,3	9	17,3		11	16,7
Renda familiar							
R\$ 3.997,43*	7	46,7	26	50,0	0,742 ⁽³⁾	33	49,3
R\$ 4.180,00 – R\$ 10.450,00	8	53,3	25	48,1		33	49,3
>R\$ 10.450,00	0	0,0	1	1,9		1	1,5

Variáveis	Sofreu violência verbal/física		Não sofreu violência		valor <i>p</i>	Total	
	n	%	n	%		n	%
Ocupação							
Enfermeiro	0	0,0	15	28,8	0,014 ⁽³⁾	15	22,7
Psicólogo	2	13,3	10	19,2		12	17,9
Farmacêutico	2	13,3	9	17,3		11	16,4
Fisioterapeuta	4	26,7	6	11,5		10	14,9
Nutricionista	2	13,3	8	15,4		10	14,9
Assistente social	5	33,3	3	5,8		8	11,9
Cirurgião-dentista	0	0,0	1	1,9		1	1,5
Programa de residência							
Terapia Intensiva Adulta	7	46,7	19	36,5	0,551 ⁽³⁾	26	38,8
Saúde da Criança	3	20,0	20	38,5		23	34,3
Cardiologia	4	26,7	9	17,3		13	19,4
Atenção Psicossocial	1	6,7	4	7,7		5	7,5
Ano de residência							
Primeiro	5	33,3	30	57,7	0,096 ⁽⁴⁾	35	52,2
Segundo	10	66,7	22	42,3		32	47,8
Satisfação com a residência							
Razoável/bom/excelente	10	66,7	47	90,4	0,038 ⁽¹⁾	57	85,1
Ruim/terrível	5	33,3	5	9,6		10	14,9
Fluxo estabelecido de apoio psicológico/psiquiátrico para residentes pelo programa							
Não	14	93,3	51	98,1	0,400 ⁽²⁾	65	97,0
Sim	1	6,7	1	1,9		2	3,0

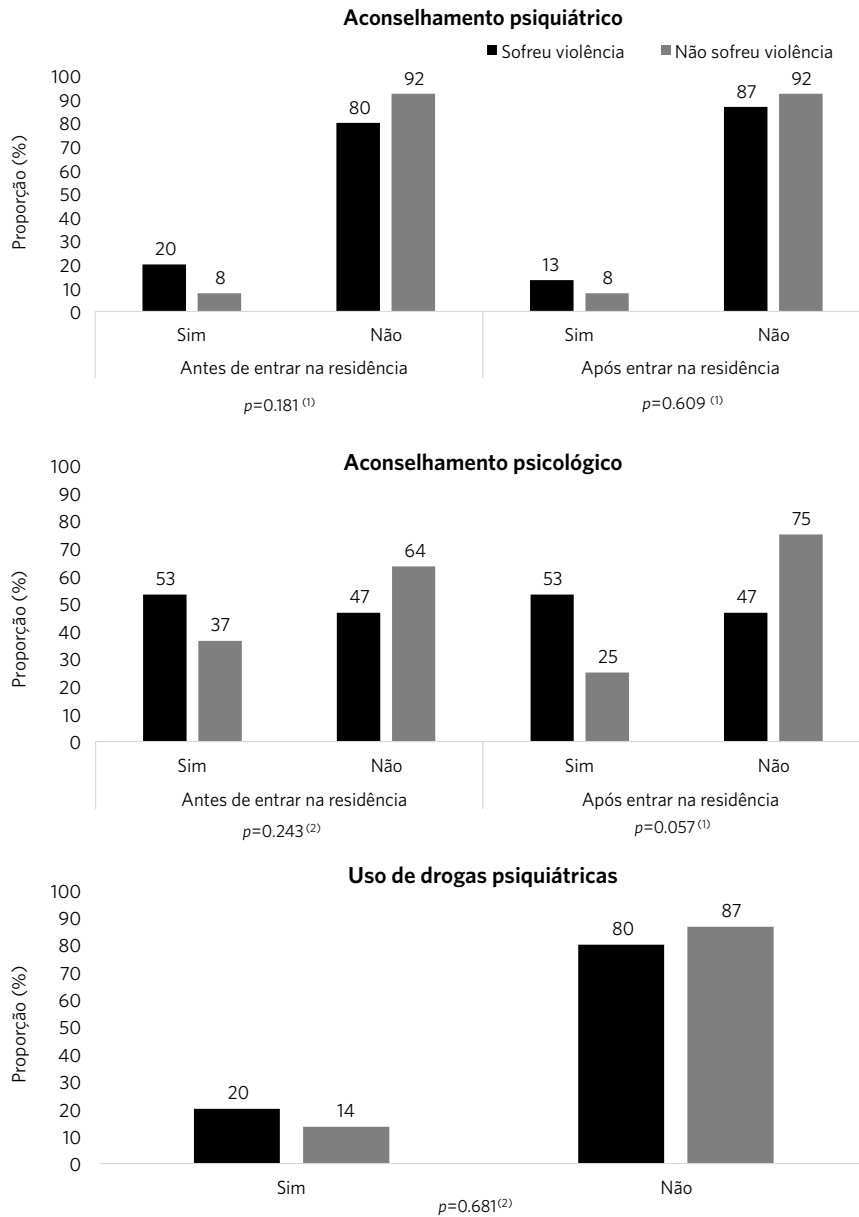
Fonte: elaboração própria.

⁽¹⁾ Teste exato de Fisher; ⁽²⁾ Teste U de Mann-Whitney; ⁽³⁾ Razão de verossimilhança; ⁽⁴⁾ Qui-quadrado de Pearson. * Restrito a bolsa de residência (R\$ 3.330,43) mais bônus (R\$ 667,00) por apoiar a luta contra a pandemia.

Maior proporção de residentes relatou não estar em atendimento psicológico ou psiquiátrico

antes ou após o início da residência e não fazer uso de medicação psicotrópica (*gráfico 1*).

Gráfico 1. Distribuição dos residentes multiprofissionais segundo variáveis relacionadas com o histórico de saúde e significância estatística das diferenças entre os que sofreram e os que não sofreram violência verbal ou física durante a pandemia da Covid-19, Rio Grande do Norte, 2020



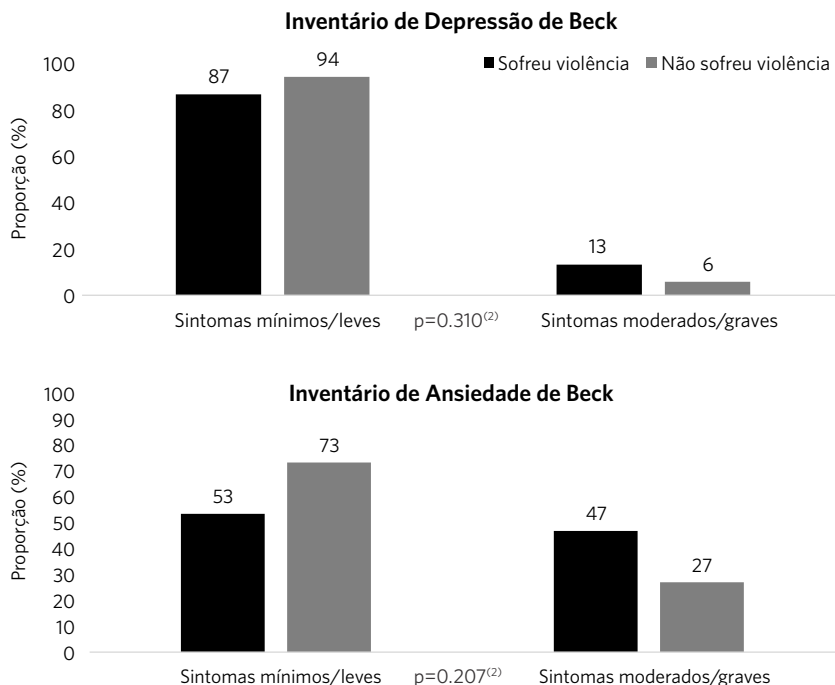
Fonte: elaboração própria.

⁽¹⁾Teste exato de Fisher; ⁽²⁾Qui-quadrado de Pearson.

Sintomas moderados/graves de depressão e ansiedade foram identificados em 7,5% e 31,3% dos residentes respectivamente, a partir da

aplicação do BAI e BDI, cujas confiabilidades testadas pelo alfa de Cronbach resultaram em 0,93 e 0,91 (*gráfico 2*).

Gráfico 2. Distribuição dos residentes multiprofissionais de saúde segundo a classificação dos Inventários de Beck e significância estatística das diferenças entre os que sofreram e os que não sofreram violência verbal ou física durante a pandemia da Covid-19. Rio Grande do Norte, 2020



Fonte: elaboração própria.

⁽¹⁾ Razão de verossimilhança; ⁽²⁾ Teste exato de Fisher; ⁽³⁾ Qui-quadrado de Pearson.

Durante a coleta de dados, 59,7% dos residentes estavam em rodízio não programado em setores hospitalares com atendimento a pacientes suspeitos ou confirmados da Covid-19, mas 67,2% já haviam atendido esse tipo de paciente em algum momento da residência. Mais

de um terço relatou acesso inadequado aos EPI fornecidos pelo setor de trabalho. Além disso, 40,3% relataram não sentir segurança técnica e científica para atender pacientes acometidos por Covid-19 e seus familiares (tabela 2).

Tabela 2. Distribuição dos residentes multiprofissionais de saúde segundo variáveis de trabalho e significância estatística das diferenças entre os que sofreram e os que não sofreram violência verbal ou física durante a pandemia da Covid-19. Rio Grande do Norte, 2020

Trabalho hospitalar durante a pandemia	Sofreu violência verbal/física		Não sofreu violência		valor p
	n	%	n	%	
Rodízio de trabalho					
Rodízio não programado em outros setores, incluindo aqueles que atendem pacientes suspeitos ou confirmados de Covid-19	14	93,3	26	50,0	0,002 ⁽¹⁾
Rodízio agendado, mas não atende pacientes suspeitos ou confirmados para Covid-19	0	0,0	19	36,5	

	Sofreu violência verbal/física		Não sofreu violência		valor <i>p</i>
	n	%	n	%	
Trabalho hospitalar durante a pandemia					
Rodízio não programado, mas não atende pacientes suspeitos ou confirmados para Covid-19	0	0,0	4	7,7	
Outros tipos de rodízio não programado	1	6,7	3	5,8	
Você já trabalhou diretamente com casos suspeitos ou confirmados de Covid-19?					
Sim	13	86,7	32	61,5	0,117 ⁽²⁾
Não	2	13,3	20	38,5	
Você recebeu treinamento em sua área para cuidar de pessoas com Covid-19?					
Sim	9	60,0	43	82,7	0,083 ⁽²⁾
Não	6	40,0	9	17,3	
Você sente segurança técnica e científica para trabalhar com pessoas e familiares afetados pela Covid-19?					
Sim	11	73,3	29	55,8	0,222 ⁽³⁾
Não	4	26,7	23	44,2	
Está recebendo incentivos financeiros além da bolsa de residência para trabalhar na pandemia?					
Sim	15	100,0	50	96,2	1,000 ⁽²⁾
Não	0	0,0	2	3,8	
Existe equipamento de proteção individual acessível no seu setor de trabalho?					
Sempre	7	46,7	33	63,5	0,085 ⁽¹⁾
Às vezes	5	33,3	16	30,8	
Nunca	3	20,0	1	1,9	
Não aplicável	0	0,0	2	3,8	
Você conhece algum fluxograma para triagem e atendimento de residentes multiprofissionais com suspeita de Covid-19?					
Sim	12	80,0	38	73,1	0,743 ⁽²⁾
Não	3	20,0	14	26,9	
Você conhece alguma estratégia de enfrentamento psicossocial para o contexto da Covid-19 disponível no hospital ou setor onde trabalha?					
Sim	13	86,7	36	69,2	0,321 ⁽²⁾
Não	2	13,3	16	30,8	

Fonte: elaboração própria.

⁽¹⁾ Razão de verossimilhança; ⁽²⁾ Teste exato de Fisher; ⁽³⁾ Qui-quadrado de Pearson.

Na primeira onda da pandemia da Covid-19, 22,4% dos residentes relataram exposição à violência verbal ou física. Embora sem significância estatística, a violência foi mais relatada por mulheres, solteiros, residentes de 1º ano e residentes vinculados ao programa de Terapia Intensiva Adulto. Além disso, apresentaram média de idade superior quando comparados aos que não sofreram violência. Diferenças entre os grupos foram observadas ao comparar as ocupações e o grau de satisfação com o programa de residência, com maior proporção de fisioterapeutas e assistentes

sociais ($p=0,014$), bem como de residentes insatisfeitos entre os que relataram violência ($p=0,038$) (tabela 1).

O histórico de acompanhamento psicológico/psiquiátrico, o uso de psicofármacos e os níveis de depressão e ansiedade não produziram diferenças significativas entre os grupos de indivíduos. No entanto, observou-se maior proporção de residentes em acompanhamento psicoterápico e psicofármaco e que apresentavam sintomas moderados/graves de depressão e de ansiedade no grupo de indivíduos que relataram violência (gráficos 1 e 2).

A proporção de residentes que trabalhavam em rodízio não programado em setores hospitalares que atenderam casos suspeitos e confirmados da Covid-19 foi maior no grupo de indivíduos que relataram violência verbal/física (93,3% *versus* 50%, $p=0,002$). Nesse grupo, a proporção de residentes que não recebeu treinamento para lidar com casos da Covid-19 também foi maior (40% *versus* 17,3%),

embora não tenha sido observada diferença estatística entre grupos (*tabela 2*).

Após ajuste do modelo múltiplo, as variáveis 'idade' (RP=1,25, $p<0,001$) e 'ansiedade moderada/grave' (RP=2,87, $p=0,002$) foram associadas ao aumento da prevalência de violência (verbal/física) durante a pandemia da Covid-19 (*tabela 3*).

Tabela 3. Fatores associados à violência verbal/física durante a pandemia da Covid-19 em residentes multiprofissionais que trabalham em um hospital brasileiro (n=67). Rio Grande do Norte, 2020

Variável	RP não ajustada		RP ajustada (IC95%)	
	(IC95%)	valor p		valor p
Inventário de ansiedade de Beck				
Sintomas mínimos/leves			1	
Sintomas moderados/graves	1,92 (0,80-4,59)	0,140	2,87 (1,16-3,40)	0,022
Anos de idade	1,18 (1,05-1,33)	0,003	1,25 (1,12-1,40)	0,000

Fonte: elaboração própria.

RP=Razão de Prevalência; IC= Intervalo de Confiança.

Discussão

As pessoas que trabalham na área da saúde apresentam alto risco de sofrer agressões no local de trabalho e podem estar expostas a outras condições ocupacionais que aumentam esse risco. A relevância social da violência no trabalho no setor saúde está em sua trajetória ascendente e nas graves repercussões para trabalhadores, estudantes, pacientes, organizações e sistemas de saúde. Embora tenha se tornado objeto de estudos e intervenções políticas nos últimos anos, é um problema subnotificado, generalizado, persistente, tolerado e amplamente ignorado por muitos países^{18,19}.

A maioria dos estudos sobre o tema tem se concentrado em médicos e enfermeiros, com menor corpo de evidências sobre populações mistas de trabalhadores de saúde e residentes^{18,19}. Portanto, com este estudo, buscou-se dar visibilidade a esse fenômeno na população de residentes multiprofissionais que, no Brasil, muitas vezes, são incorporados pelos serviços

de saúde para atuar como 'mão de obra barata', principalmente no contexto pandêmico. A atuação do residente possui particularidades pelo fato de estes serem estudantes. Contudo, estas não alteram sua condição de trabalhador.

Na população de residentes deste estudo, a prevalência de violência física e/ou verbal durante a primeira onda da pandemia da Covid-19 foi de 22,4%. Valores semelhantes foram encontrados entre profissionais de saúde ingleses que relataram *bullying* ou assédio por parte de outros profissionais²⁰ e entre enfermeiros de hospitais que sofreram violência física²¹. Taxa comparável também foi identificada por autores brasileiros que realizaram estudo com profissionais de saúde para investigar a prevalência de cinco tipos de violência (física, verbal, assédio sexual, discriminação e danos materiais)²².

Estudos de revisão apontam prevalências que variam de 7% a 85%, dependendo do país, categoria profissional, setor de trabalho, tipo de violência, entre outros fatores^{19,23}. Em

estudo nacional, por exemplo, foi encontrada prevalência de 62% entre os profissionais de enfermagem que atuam na oncologia¹⁴. Na China²⁴ e na Nigéria²⁵, as taxas em amostras multiprofissionais foram de 77% e 88% respectivamente; e na Bósnia-Herzegovina²⁶, foi de 90% entre médicos e enfermeiros da atenção primária.

Estudos realizados durante a pandemia também identificaram diferentes taxas de prevalência. No primeiro semestre de 2020, foram registradas taxas de 20,4% na China e de 11,4% em uma amostra global^{27,28}. Em 2021, as taxas variaram de 42,6% (Egito) a 65,5% (Jordânia)^{29,30}. No Brasil, estudo pioneiro de abrangência nacional também encontrou alta prevalência (47,6%), cujos fatores de risco associados foram: ser profissional de enfermagem, ter menos de 20 anos na atividade laboral, trabalhar mais de 36 horas semanais, ter sido infectado pelo vírus e atuar diretamente na assistência aos pacientes infectados pela Covid-19¹⁰.

Ao contrário de outros estudos que apontam a enfermagem como a categoria mais acometida pela violência no setor saúde^{8,10,11,22,31}, nesta investigação, nenhum dos enfermeiros residentes relatou ter sido vítima. Esse achado deve ser analisado com cautela, pois pode estar relacionado com a naturalização da violência nas experiências acadêmico-profissionais de enfermagem, ou seja, quando já é vista como parte do processo de trabalho^{14,32}. Outros fatores que podem estar relacionados com esse resultado e com a prevalência encontrada são a inexperiência profissional, que pode ter dificultado a identificação da violência durante a prática profissional, principalmente a psicológica; e o fato de este estudo não ter utilizado um instrumento de avaliação que permitisse aos residentes identificar o tipo de violência sofrida.

Apesar disso, neste estudo, a categoria profissional produziu diferenças entre os grupos de indivíduos, com maior proporção de assistentes sociais entre aqueles que relataram violência. Sobre isso, conjectura-se que os

assistentes sociais identificam mais facilmente as situações de violência porque seu trabalho profissional se concentra nas desigualdades sociais e econômicas e, portanto, no enfrentamento e prevenção de situações de violência, abandono, negligência e outras necessidades materiais e existenciais³³.

No presente estudo, as variáveis sexo e raça/cor da pele não se apresentaram estatisticamente associadas a maior prevalência de violência. No entanto, é importante destacar que estudos têm evidenciado maior prevalência de violência relacionada com o trabalho em mulheres e trabalhadores negros, realidade relativa ao machismo e ao racismo estrutural²⁻⁴.

O grau de satisfação com o programa de residência também produziu diferenças entre os grupos, com maior proporção de insatisfeitos entre os que relataram violência, destacando outro elemento importante, a insatisfação com o trabalho. Embora não se pretenda inferir uma relação de causa e efeito, sabe-se que o fato de o trabalhador sofrer violência, principalmente se for um ato frequente, causa insatisfação no trabalho, o que é quase inevitável e abre caminho para diversos problemas de ordem física e mental, como dores no corpo, ansiedade, insônia e medo. Parece haver uma concordância sobre o fato de que as vítimas de violência no trabalho apresentam níveis mais baixos de satisfação no trabalho em comparação com as não vítimas^{34,35}.

Além da insatisfação com o local de trabalho e/ou com o programa de residência, a violência no trabalho gera um sentimento de desvalorização profissional que pode aumentar a irritabilidade dos trabalhadores. Assim, pode haver comprometimento da qualidade do aprendizado e da prestação de cuidados de saúde aos pacientes e familiares, aumentando ainda mais o risco de os residentes sofrerem agressão, retroalimentando o ciclo de violência no trabalho³⁴.

Também foi observada maior prevalência de violência autorreferida entre trabalhadores que realizaram rodízio não programado em setores hospitalares nos quais são atendidos

casos suspeitos e confirmados da Covid-19, tal como relatado por outros autores^{10,27,29}. A disseminação avassaladora de casos da Covid-19 desencadeou uma onda de violência contra os profissionais de saúde, acrescentando um fardo adicional ao ambiente de trabalho em saúde já estressante. Assim, a alta prevalência entre os residentes multiprofissionais da linha de frente revela maior estresse ambiental nos setores hospitalares que lutaram para acompanhar a intensificação das necessidades de cuidado³⁶.

Após o ajuste do modelo múltiplo, que permitiu controlar o efeito de possíveis variáveis de confusão, a ocorrência de violência física e/ou verbal associou-se ao aumento da idade e aos sintomas de ansiedade (moderada/grave), estes últimos identificados por meio da aplicação de inventários que, neste e em outros estudos^{11,15,16}, apresentaram alta consistência interna. A associação com a idade já havia sido relatada em estudos anteriores^{10,14}. É possível que indivíduos mais velhos, por terem mais experiência profissional, tenham maior capacidade de identificar situações de violência, principalmente tipos menos perceptíveis, como violência verbal e *bullying*. Por outro lado, há evidências que indicam que os trabalhadores de saúde mais jovens são mais frequentemente vítimas de eventos violentos³⁷.

Em relação à associação entre violência e sintomas de ansiedade, o desenho metodológico deste estudo (transversal) não permitiu identificar se esses sintomas resultaram de episódios de violência ou se o risco de sofrer violência foi aumentado pela existência prévia desses sintomas. Evidências anteriores já determinaram que esses fatores de risco se alimentam mutuamente^{29,38}. O fato é que aqueles que sofrem violência no trabalho podem sofrer traumas tão graves em sua saúde mental, bem-estar e autoestima que podem nunca se recuperar. As vítimas podem sentir tristeza, vergonha, culpa, ansiedade e depressão, podendo também sofrer de Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT)^{2,18,39}.

Outras respostas à violência incluem reações como raiva, impotência, problemas

de sono, fadiga crônica e aumento do risco de suicídio⁴⁰⁻⁴². Simultaneamente, no caso dos estudantes, afeta o aprendizado e o planejamento de carreira futura, negando a finalidade dos programas de residência, conforme apontado por estudo transversal⁴³ realizado no norte da China com médicos residentes, que identificou uma taxa de prevalência de violência psicológica de 24,8%. Do total de vítimas, 51,9% apresentaram maiores sintomas de ansiedade e 22% consideraram mudar de local de estudo. Em outra pesquisa, estudantes de enfermagem vítimas de violência no trabalho relataram consequências relevantes, incluindo medo, ansiedade, decepção e desamparo. Nesta amostra, a vivência de abuso verbal foi associada a um maior escore de problemas psicológicos, maiores níveis de estresse e menores níveis de suporte⁴⁴.

Os residentes brasileiros não são exatamente iguais aos residentes de outros países, até porque o modelo de residência multiprofissional e o sistema nacional de saúde têm suas particularidades. Logo, as similaridades e as discrepâncias entre os resultados deste e de outros estudos internacionais, como os que aqui foram citados, devem ser vistas com cautela. Sob outro ponto de vista, a escassez de estudos nacionais sobre o tema limitou a discussão dos dados encontrados. Fato é que a violência no trabalho não pode ser considerada um evento isolado ou um infortúnio, mas um fenômeno estruturalmente vinculado a questões socioeconômicas, culturais e ambientais associadas a fatores institucionais.

No caso do Brasil, o notório aumento do número de eventos de violência contra profissionais de saúde durante a pandemia pode estar relacionado com a resistência às medidas protetivas da Covid-19 e à desconfiança em relação aos serviços de saúde devido a teorias conspiratórias generalizadas, instigadas pelo próprio Presidente da República, que chegou a convocar a população a invadir hospitais para averiguar se as taxas de internação divulgadas pelas autoridades locais de saúde refletiam a realidade⁴⁵.

O presente estudo tem caráter situacional e apresenta limitações, como a ausência do uso de uma escala padronizada para avaliação da violência e o fato de não discriminar os agressores e os tipos de violência sofrida, cujas classificações e conceitos podem divergir entre diferentes autores, contextos e países^{4,46}. Considerado isso, autores deste manuscrito estão desenvolvendo um estudo com o propósito de mapear diferentes instrumentos e conceitos relacionados com o fenômeno para, posteriormente, propor um conceito central e um instrumento robusto para a sua avaliação.

A importância deste trabalho está voltada para dar visibilidade à violência vivenciada por residentes multiprofissionais, destacando a alta prevalência desse complexo fenômeno. Nessa seara, importa ressaltar que os residentes brasileiros não têm um papel social bem definido e aprovado, uma remuneração digna e um vínculo estável. Por essa razão, a violência no trabalho pode facilmente minar sua autoestima e moral e afetar a maneira como abordarão seu trabalho no futuro. Além disso, a violência repercute nas condutas profissionais e nas relações interpessoais, tornando o trabalhador mais propenso a prestar uma assistência em saúde insegura e a cometer erros^{34,47}, o que pode levar a consequências potencialmente catastróficas para estudantes, trabalhadores, pacientes e seus familiares.

Relatos de pesquisa apontam associação entre a violência no local de trabalho em saúde e o aumento de eventos adversos, como erros de medicação e quedas⁴⁸; redução na quantidade de tempo com os pacientes e na execução de tarefas, bem como piora na qualidade do atendimento prestado³⁴. A violência também muda as condutas individuais em situações de erros e incidentes: as vítimas consideram que suas falhas durante o cuidado podem ser usadas contra elas e, por isso, tendem a não as notificar⁴⁷.

Conclusões

Este estudo identificou uma alta prevalência de violência relacionada com o trabalho autorreferida em residentes multidisciplinares que trabalharam durante a primeira onda da pandemia da Covid-19. As análises revelaram associação entre o aumento da idade e os sintomas de ansiedade (moderada/grave) à ocorrência de violência nessa população.

Os achados deste estudo apontam para a urgência de estratégias institucionais voltadas à proteção de residentes, e mais extensivamente aos profissionais de saúde, nos ambientes de trabalho. Para isso, a violência nos ambientes de saúde deve ser abordada de forma proativa e precisa ser altamente valorizada pelos gestores relevantes, principalmente no atual contexto de pandemia, ainda que essa tarefa seja espinhosa e crítica.

Colaboradores

Dantas ESO (0000-0002-6595-6105)* participou da concepção e do planejamento, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e aprovação final da versão a ser submetida à publicação. Magnago C (0000-0001-8799-3225)* participou da análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e aprovação final da versão a ser submetida à publicação. Santos J (0000-0001-9961-3576)* participou da análise e interpretação dos dados, e aprovação final da versão a ser submetida à publicação. Araújo Filho JD (0000-0002-3873-4048)* participou da concepção e do planejamento, redação do artigo e aprovação final da versão a ser submetida à publicação. Meira KC (0000-0002-1722-5703)* participou da análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e aprovação final da versão a ser submetida à publicação. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Abdelnour S, Abu Moghli M. Researching violent contexts: A call for political reflexivity. Organization. 2021 [acesso em 2022 mar 15]; 135050842110306. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/13505084211030646>.
2. International Labour Organization. Safe and healthy working environments free from violence and harassment. Geneva: International Labour Organization; 2020.
3. Fnais N, Soobiah C, Chen MH, et al. Harassment and discrimination in medical training: a systematic review and meta-analysis. Acad. Med. 2014 [acesso em 2022 mar 15]; 89(5):817-827. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000200>.
4. Oliveira RP, Nunes MO. Violência relacionada ao trabalho: uma proposta conceitual. Saúde Soc. 2008 [acesso em 2022 mar 19]; 17(4):22-34. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000400004>.
5. Di Martino V. Workplace violence in the health sector. Relationship between work stress and workplace violence in the health sector. Geneva: International Labour Office; 2003.
6. United States Bureau of Labor Statistics. Fact sheet: Workplace Violence in Healthcare, 2018. Washington, DC: Bureau of Labor Statistics; 2020.
7. Bordignon M, Monteiro MI. Analysis of workplace violence against nursing professionals and possibilities for prevention. Rev. Gaúcha Enferm. 2021 [acesso em 2022 mar 16]; (42):e20190406. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20190406>.
8. Pai DD, Sturbele ICS, Santos C, et al. Physical and psychological violence in the workplace of healthcare professionals. Texto Contexto – Enferm. 2018 [acesso em 2022 mar 16]; 27(1):e2420016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018002420016>.
9. Rodrigues TF. Residências Multiprofissionais em Saúde: Formação ou trabalho? Serv. Soc. Saúde. 2016 [acesso em 2022 mar 15]; 15(1):71-82. Disponível em: <https://doi.org/10.20396/sss.v15i1.8647309>.
10. Bitencourt MR, Alarcão ACJ, Silva LL, et al. Predictors of violence against health professionals during the COVID-19 pandemic in Brazil: a cross-sectional study. Plos One. 2021 [acesso em 2022 mar 18]; 16(6):e0253398. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253398>.
11. Dantas ESO, Araújo Filho JD, Silva GWS, et al. Factors associated with anxiety in multiprofessional health care residents during the COVID-19 pandemic. Rev. Bras. Enferm. 2021 [acesso em 2022 mar 15]; 74(supl1):e20200961. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0961>.
12. Silva RMB, Moreira SNT. Estresse e Residência Multiprofissional em Saúde: compreendendo significados no processo de formação. Rev. Bras. Educ. Med. 2019 [acesso em 2022 mar 15]; 43(4):157-166. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n4RB20190031>.
13. Abreu-Reis P, Oldoni C, de-Souza GAL, et al. Psychological aspects and quality of life in Medical Residency. Rev. Col. Bras. Cir. 2019 [acesso em 2022 mar 15]; 46(1):e2050. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20192050>.
14. Santos J, Meira KC, Coelho JC, et al. Work-related violences and associated variables in oncology nursing professionals. Ciênc. saúde coletiva. 2021 [acesso em 2022 mar 15]; 26(12):5955-5966. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212612.14942021>.
15. Beck AT, Epstein N, Brown G, et al. An inventory for measuring clinical anxiety. J Consult Clin Psychol. 1988 [acesso em 2020 mar 26]; 56(6):893-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1037//0022-006x.56.6.893>.
16. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, et al. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry. 1961 [acesso em 2020 mar 26]; (4):561-71. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>.

17. Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2016.
18. Geoffrion S, Hills DJ, Ross HM, et al. Education and training for preventing and minimizing workplace aggression directed toward healthcare workers. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2020 [acesso em 2022 mar 15]; 9(9):CD011860. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011860.pub2>.
19. Palma A, Ansoleaga E, Ahumada M. Workplace violence among health care workers. *Rev. Méd. Chile.* 2018 [acesso em 2022 mar 15]; 146(2):213-222. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018000200213>.
20. Carter M, Thompson N, Crampton P, et al. Workplace bullying in the UK NHS: a questionnaire and interview study on prevalence, impact and barriers to reporting. *BMJ Open.* 2013 [acesso em 2022 mar 15]; 3(6):e002628. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2013-002628>.
21. Gacki-Smith J, Juarez AM, Boyett L, et al. Violence against nurses working in US emergency departments. *J. Nurs. Adm.* 2009 [acesso em 2022 mar 15]; 39(7/8):340-349. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/nna.0b013e3181ae97db>.
22. Silva IV, Pinto EML, Matos IC. Violência no trabalho em saúde: a experiência de servidores estaduais da saúde no Estado da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2014 [acesso em 2022 mar 15]; 30(10):2112-2122. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00146713>.
23. Piquero NL, Piquero AR, Craig JM, et al. Assessing research on workplace violence, 2000–2012. *Aggress. Violent. Behav.* 2013 [acesso em 2022 mar 15]; 18(3):383-394. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.avb.2013.03.001>.
24. Sun X, Qiao M, Deng J, et al. Mediating Effect of Work Stress on the Associations Between Psychological Job Demands, Social Approval, and Workplace Violence Among Health Care Workers in Sichuan Province of China. *Front. Public Health.* 2021 [acesso em 2022 mar 15]; (9):743626. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.743626>.
25. Ogbonnaya GU, Ukegbu AU, Aguwa EN, et al. A study on workplace violence against health workers in a Nigerian tertiary hospital. *Niger. J. Med.* 2012 [acesso em 2022 mar 15]; 21(2):174-179. Disponível em: <https://www.ajol.info/index.php/njm/article/view/98998>.
26. Jatic Z, Erkocevic H, Trifunovic N, et al. Frequency and Forms of Workplace Violence in Primary Health Care. *Med Arch.* 2019 [acesso em 2022 mar 15]; 73(1):6-10. Disponível em: <https://doi.org/10.5455/medarh.2019.73.6-10>.
27. Dye TD, Alcantara L, Siddiqi S, et al. Risk of COVID-19-related bullying, harassment and stigma among healthcare workers: an analytical cross-sectional global study. *BMJ Open.* 2020 [acesso em 2022 mar 15]; 10(12):e046620. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046620>.
28. Wang W, Lu L, Kelifa MM, et al. Mental health problems in Chinese healthcare workers exposed to workplace violence during the COVID-19 outbreak: a cross-sectional study using propensity score matching analysis. *Risk Manag. Healthc. Policy.* 2020 [acesso em 2022 mar 15]; (13):2827-2833. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/RMHP.S279170>.
29. Arafa A, Shehata A, Youssef M, et al. Violence against healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study from Egypt. *Arch. Environ. Occup. Health.* 2021 [acesso em 2022 mar 15]; 28(5). Disponível em: <https://doi.org/10.1080/19338244.2021.1982854>.
30. Ghareeb NS, El-Shafei DA, Eladl AM. Workplace violence among healthcare workers during COVID-19 pandemic in a Jordanian governmental hospital: the tip of the iceberg. *Environ. Sci. Pollut. Res. Int.* 2021 [acesso em 2022 mar 15]; (28):61441-61449. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11356-021-15112-w>.

31. Freitas RJM, Pereira MFA, Lima CHP, et al. Violence against nursing professionals in the embracement sector with risk classification. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2017 [acesso em 2022 mar 15]; 38(3):e62119. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.62119>.
32. Cezar ES, Marziale MHP. Problemas de violência ocupacional em um serviço de urgência hospitalar da Cidade de Londrina, Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2006 [acesso em 2022 mar 15]; 22(1):217-221. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000100024>.
33. Silva JFS. Violência e Serviço Social: notas críticas. *Rev. Katálysis* 2008 [acesso em 2022 mar 15]; 11(2):265-273. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-49802008000200012>.
34. Lancôt N, Guay S. The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences. *Agress Violent Behav.* 2014 [acesso em 2022 mar 15]; 19(5):492-501. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.07.010>.
35. Rai R, El-Zaemey S, Dorji N, et al. Exposure to Occupational Hazards among Health Care Workers in Low- and Middle-Income Countries: A Scoping Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2021 [acesso em 2022 mar 15]; 18(5):2603. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph18052603>.
36. Said RM, El-Shafei DA. Occupational stress, job satisfaction, and intent to leave: nurses working on front lines during COVID-19 pandemic in Zagazig City, Egypt. *Environ. Sci. Pollut. Res. Int.* 2021 [acesso em 2022 mar 15]; 28(7):8791-8801. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11356-020-11235-8>.
37. Gillespie GL, Gates DM, Miller M, et al. Workplace violence in healthcare settings: risk factors and protective strategies. *Rehabil. Nurs.* 2010 [acesso em 2022 mar 15]; 35(5):177-184. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/j.2048-7940.2010.tb00045.x>.
38. Zhao S, Xie F, Wang J, et al. Prevalence of Workplace Violence Against Chinese Nurses and Its Association with Mental Health: A Cross-sectional Survey. *Arch. Psychiatr. Nurs.* 2018 [acesso em 2022 mar 15]; 32(2):242-247. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.11.009>.
39. Dement JM, Lipscomb HJ, Schoenfisch AL, et al. Impact of hospital type II violent events: use of psychotropic drugs and mental health services. *Am. J. Ind. Med.* 2014 [acesso em 2022 mar 15]; 57(6):627-639. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ajim.22306>.
40. Leach LS, Poyser C, Butterworth P. Workplace bullying and the association with suicidal ideation/thoughts and behaviour: a systematic review. *Occup Environ Med.* 2017 [acesso em 2022 jun 5]; 74(1):72-79. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/oemed-2016-103726>.
41. Parker KA. The workplace bully: the ultimate silencer. *J. Organiz. Cult. Communic. Conflict.* 2014 [acesso em 2022 mar 15]; 18(1):169-185.
42. Sachdeva S, Jamshed N, Aggarwal P, et al. Perception of Workplace Violence in the Emergency Department. *J. Emerg. Trauma Shock.* 2019 [acesso em 2022 mar 15]; 12(3):179-184. Disponível em: https://doi.org/10.4103/JETS.JETS_81_18.
43. Fang H, Wei L, Mao J, et al. Extent and risk factors of psychological violence towards physicians and Standardised Residency Training physicians: a Northern China experience. *Health Qual. Life Outcomes.* 2020 [acesso em 2022 mar 15]; 18(1):330. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01574-y>.
44. Magnavita N, Heponiemi T. Workplace violence against nursing students and nurses: an Italian experience. *J. Nurs. Scholarsh.* 2011 [acesso em 2022 mar 15]; 43(2):203-210. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2011.01392.x>.
45. Ferrante L, Duczmal L, Steinmetz WA, et al. How Brazil's President turned the country into a global epicenter of COVID-19. *J. Public Health Policy.* 2021 [acesso em 2022 mar 15]; 42(3):439-451. Disponível em: <https://doi.org/10.1057/s41271-021-00302-0>.

46. International Labour Organization, International Council of Nurses, World Health Organization, Public Services International. Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector. Geneva: World Health Organization; 2005.
47. Busnello GF, Trindade LL, Dal Pai D, et al. Violence against nursing workers: repercussions on patient access and safety. *Rev Bras Enferm.* 2022 [acesso em 2022 nov 7]; 75(4):e20210765. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0765>.
48. Roche M, Diers D, Duffield C, et al. Violence toward nurses, the work environment, and patient outcomes. *J Nurs Scholarsh.* 2010 [acesso em 2022 nov 7]; 42(1):13-22. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01321.x>.

Recebido em 05/07/2022

Aprovado em 20/12/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Análise da oferta de hospitais e leitos hospitalares no estado do Amazonas ante a pandemia da Covid-19

Analysis of the offer of hospitals and hospital beds in the state of Amazonas in the face of the COVID-19 pandemic

Alessandra Valle Salino¹, Gláucia Maria de Araújo Ribeiro¹

DOI: 10.1590/0103-1104202313613

RESUMO Na dinâmica da gestão pública da saúde do estado do Amazonas durante a pandemia da Covid-19, o cenário que se descortina é a concentração de renda focada em Manaus imposta pela busca de melhor qualidade de vida na capital, exibindo um panorama de prestação precária de saúde pública por falta e sucateamento de equipamentos, insuficiência de leitos, ausência de hospitais e Unidades de Terapia Intensiva no interior do estado. Desta feita, o objetivo da pesquisa teve como proposta a análise da oferta de hospitais e leitos hospitalares diante do momento pandêmico que se abateu na região, utilizando abordagem descritiva a partir de levantamento bibliográfico e de dados secundários, cujo recorte temporal obedeceu a três momentos: antes da pandemia no Brasil (janeiro de 2020); segunda onda (janeiro de 2021) e terceira onda da Covid-19 no Amazonas (janeiro de 2022), visando possibilitar uma observação da situação pandêmica. Desse modo, o estado do Amazonas apresentou dados acima da média nacional referentes à pandemia da Covid-19. No tocante à oferta de hospitais e leitos hospitalares, conclui-se que não houve mudanças expressivas no quantitativo, além da ausência de assistência hospitalar especializada no interior do estado, cuja atenção terciária do Amazonas encontra-se concentrada em Manaus.

PALAVRAS-CHAVE Covid-19. Atenção terciária à saúde. Amazônia.

ABSTRACT *In the dynamics of public health management of the state of Amazonas during the COVID-19 pandemic, the scenario that unfolds is the concentration of income focused on Manaus imposed by the search for a better quality of life in the capital, showing a scenery of precarious provision of health public due to the lack and scrapping of equipment, insufficient beds, absence of hospitals and Intensive Care Units in the interior of the state. The research aimed to analyze the supply of hospitals and hospital beds in the face of the pandemic moment that hit the region, using a descriptive approach based on a bibliographic survey and secondary data, whose temporal cut followed three moments: before the pandemic in Brazil (January 2020); second wave (January 2021); and third wave of COVID-19 in Amazonas (January 2022), to better observe the pandemic situation. Thus, the state of Amazonas presented data above the national average, regarding the COVID-19 pandemic. Regarding the supply of hospitals and hospital beds, it was concluded that there were no significant changes in the quantity, in addition to the absence of specialized hospital care in the interior of the state, whose tertiary care in the Amazon is concentrated in Manaus.*

KEYWORDS COVID-19. Tertiary healthcare. Amazon.

¹Universidade do Estado do Amazonas (UEA) – Manaus (AM), Brasil. asalino@uea.edu.br

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS), no final de 2019, foi informada pela China sobre casos de pneumonia de origem não identificada na cidade de Wuhan. Em poucas semanas, o agente etiológico foi reconhecido pelos chineses como um novo coronavírus denominado Sars-CoV-2 e responsável pela doença Covid-19¹. No início de 2020, vários países identificaram a doença que foi declarada como pandemia pela OMS em 11 de março desse ano².

No Brasil, o primeiro caso foi reportado em São Paulo no final de fevereiro de 2020, seguido por Bahia, Brasília e Rio Grande do Sul³. O Ministério da Saúde (MS), no início de abril do referido ano, considerou os estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Ceará, Distrito Federal e Amazonas como os mais preocupantes, pois concentravam 70% dos casos confirmados e quase 80% das mortes ocorridas no País por Covid-19⁴.

O Amazonas notificou, em 13 de março de 2020, o primeiro caso confirmado do novo coronavírus na capital, Manaus, em um viajante retornando da Inglaterra⁵. Dias após, foi expedido o Decreto nº 42.061 que instituiu o Comitê Intersetorial de Enfrentamento e Combate ao Covid-19⁶. O Estado de Calamidade Pública, em razão da grave crise de saúde pública decorrente da pandemia, foi declarado em todo o Amazonas por meio do Decreto nº 42.100, de 23 de março de 2020, no mesmo mês, quando a Fundação de Vigilância Sanitária do Amazonas (FVS/AM) anunciou a transmissão comunitária da doença⁷.

No início de abril de 2020, o MS declarou à imprensa em entrevista coletiva que trabalhava com a possibilidade de o Amazonas ser o primeiro estado a ter a rede de saúde pública entrando em colapso em razão do novo coronavírus. Reforçado pela comunicação da Secretaria de Saúde do Estado (SES/AM), foi informada a situação de Manaus e as reais chances do colapso no sistema de saúde nos dias vindouros – além da constatação de que

os números de leitos hospitalares estavam aquém da demanda, pois, no hospital público referência para assistência a pacientes com Covid-19, Delphina Aziz, dos 50 leitos, 45 deles estavam ocupados com pacientes entubados devido ao novo coronavírus⁸. Assim, no dia 8 de abril de 2020, Manaus atingiu a pior marca do País em número de contaminados pela Covid-19 a cada 100 mil habitantes (hab.)⁹; e, no mesmo mês, entre os dias 19 e 25, alcançou um aumento de 360% no número de mortes após a disseminação descontrolada do vírus¹⁰.

Dessa forma, o sistema de saúde de Manaus entrou em colapso em abril de 2020, o que representou uma crise no sistema de saúde do estado, visto que praticamente todas as Unidades de Terapia Intensiva (UTI) estão localizadas na capital. Outrossim, Manaus vivenciou o pior cenário pandêmico do Brasil, expondo o caos na saúde pública do estado, assim como o caos funerário, exibindo cenas chocantes de mortos sendo enterrados em valas coletivas, ganhando visibilidade e repercussão nos noticiários nacionais e internacionais^{11,12}.

Segundo os dados epidemiológicos de vigilância da Covid-19 e enterros realizados, infere-se que a

primeira onda da epidemia começou em março de 2020 e atingiu o pico por volta do início de maio de 2020, quando o número de casos diminuiu, permanecendo estável de junho a novembro de 2020¹³.

No entanto, em meados de dezembro de 2020, o número de casos voltou a crescer exponencialmente, demonstrando a segunda onda da pandemia¹³.

O surgimento da variante P.1 foi apontado como uma das possíveis causas da segunda onda de Covid-19 em Manaus, quando “o menor distanciamento social observado nos municípios do interior do estado do Amazonas em relação a Manaus foi o provável impulsor”¹³⁽¹²³⁴⁾.

Com o crescimento exponencial dos casos de Covid-19, esse panorama se agravou com

a crise de abastecimento de medicamentos e oxigênio. Foi noticiado pela mídia que a cidade de Manaus, na madrugada do dia 14 de janeiro de 2021, sofreu pela falta de oxigênio passando por momentos de horror, vivenciando um dos piores dramas no sistema de saúde, devido à crise de desabastecimento de oxigênio nas unidades de saúde, levando a óbito por asfixia muitos pacientes acometidos pela Covid-19. Segundo o MS, a taxa de mortos pelo novo coronavírus no Amazonas (2 mil pessoas/milhão hab.) superou a taxa da Bélgica (1.818 vítimas), país com maior número de mortes por Covid-19 em relação ao tamanho da população, tornando-se o epicentro mundial da maior crise sanitária secular¹⁴.

Inúmeras irregularidades, no Amazonas, foram relatadas – na distribuição de doses de vacina, na ausência de estrutura mínima para atendimento aos beneficiários do auxílio emergencial, em dificuldades para assegurar direitos de indígenas e populações tradicionais, e estas se constituíram algumas das situações enfrentadas pelo Ministério Público Federal (MPF) diante da pandemia da Covid-19¹⁵.

Bega e Souza¹⁶ apontaram que a pandemia atingiu o País todo, mas não da mesma forma. A configuração da expansão da pandemia, no Brasil, escancarou a perversa desigualdade social e econômica entre as classes sociais, assim como entre as regiões brasileiras.

A Amazônia brasileira apresenta indicadores sociais, econômicos e de saúde muito desiguais e condições de vida amplamente desfavoráveis para a maioria da população. Baixa renda e escolaridade, condições de trabalho precárias, altas taxas de violência, exposição maior a doenças infecciosas, ausência de saneamento básico e acesso limitado aos serviços de saúde são alguns dos problemas enfrentados nessa região¹⁷.

Costa Silva¹⁸ discorreu sobre como as vulnerabilidades socioeconômicas se acentuaram e tornaram grupos sociais mais suscetíveis aos impactos da pandemia. O que parecia global e distante alcançou expressão social concreta quando atingiu os lugares, o cotidiano

compartido e, principalmente, a população mais pobre, que não tem acesso à saúde de qualidade e não pôde se permitir ao luxo da quarentena, pois precisava trabalhar diariamente para garantir a renda familiar. Além das condições precárias de moradia e de saneamento básico, os domicílios superlotados e com dificuldades de acesso à água potável prejudicam a adoção das medidas preventivas preconizadas para evitar o contágio do novo coronavírus.

Orellana et al.¹⁹ relataram que há evidências de que a pandemia da Covid-19 esteja expondo e ampliando as iniquidades em saúde, principalmente nas regiões mais pobres.

Diante de todas as diferenças regionais do Brasil, sabendo que, devido às características clínicas da Covid-19, os sistemas de saúde no País ficaram sobrecarregados, houve falta de leitos nos hospitais, sendo necessária a expansão da oferta hospitalar, inclusive, com a criação de hospitais de campanha para assistir os milhares de pacientes doentes.

Esta pesquisa se propôs descrever as peculiaridades do Amazonas, além de analisar a oferta de hospitais e leitos hospitalares no sistema de saúde público do estado ante a pandemia de Covid-19 – isso com o intuito de contribuir de maneira significativa para o entendimento dos problemas que existem no âmbito da atenção terciária no Amazonas.

Material e métodos

O presente estudo se trata de uma pesquisa de abordagem descritiva a partir de levantamento bibliográfico e de dados secundários. A busca do referencial teórico e de dados se deu em torno dos seguintes temas: pandemia da Covid-19; Amazonas; oferta de hospitais e leitos hospitalares no Amazonas, por meio da análise de documentos governamentais, artigos publicados em periódicos especializados, textos acadêmicos, publicações nacionais, bem como de dados disponibilizados em pesquisas censitárias, pela Secretaria do Estado

do Amazonas e em banco de dados oficiais do governo federal – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). O trabalho em questão se propôs a analisar o cenário da oferta de hospitais e leitos hospitalares ante a pandemia da Covid-19. Portanto, o período de recorte do estudo para o levantamento desses dados foi dividido em três momentos: janeiro de 2020 – anterior ao início da pandemia no Brasil; janeiro de 2021 – segunda onda de Covid-19 no Amazonas; janeiro de 2022 – terceira onda de Covid-19 no Amazonas, a fim de permitir uma observação ampliada da situação pandêmica. Como foram utilizados somente dados secundários, de domínio público, não foi necessário submeter o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Resultados e discussão

Caracterização do local de estudo

AMAZONAS

Localizado no bioma da Amazônia e sendo parte da Amazônia Legal, o estado do Amazonas é o maior em extensão territorial no Brasil (1.559.167,878 km²), equivalente a 18,3% do total do território brasileiro (8.510.345.540 km²), 40,5% da região Norte (3.850.561,275 km²) e a nona maior subdivisão mundial²⁰⁻²². Detém o maior manancial de água doce mundial com cobertura florestal bastante preservada²³. Possui comunidades predominantemente florestais, de vegetação bastante densa e estratificada²⁰. Exibe uma estrutura político-administrativa dividida em 62 municípios; e, por se encontrar inserido na Floresta Amazônica, grande parte dos seus municípios apresentam-se com extensas dimensões territoriais, baixa densidade demográfica (à exceção da capital, que exibe um grande contingente populacional) e isolados (pela distância e tempo de deslocamento) entre eles

e de outras localidades brasileiras²⁴. O acesso ao estado é feito principalmente por via fluvial e/ou aérea, e suas cidades são interligadas pelos inúmeros afluentes da extensa bacia hidrográfica amazônica, cujo transporte em 43 municípios amazonenses é exclusivamente fluvial²⁵.

No âmbito econômico, a Secretaria de Estado de Desenvolvimento Econômico, Ciência, Tecnologia e Inovação do Amazonas (Sedecti) informa que a economia local possui três segmentos: Primário – agricultura, pecuária, silvicultura e exploração florestal e pesca; Secundário – indústria extrativa mineral, indústria de transformação, indústria de construção civil, Serviços Industriais de Utilidade Pública (Siup); e Terciário – comércios e serviços diversos, administração, saúde e educação públicas, entre outros²⁶. Em 2021, o Produto Interno Bruto (PIB) estadual foi de R\$ 126,318 bilhões, tendo apresentado um crescimento de 16,8% em relação ao PIB de 2020²⁷. Em 2019, o PIB do Amazonas foi de R\$ 108,181 bilhões, sendo que a Região Metropolitana (composta por 13 municípios – Autazes, Careiro, Careiro da Várzea, Iranduba, Itacoatiara, Itapiranga, Manacapuru, Manaquiri, Manaus, Novo Airão, Presidente Figueiredo, Rio Preto da Eva e Silves) representou 85,1% da composição do PIB amazonense, totalizando R\$ 92,089 bilhões; enquanto o interior do estado, R\$ 16,091 bilhões (14,9%), ressaltando uma enorme diferença econômica estadual. Os cinco municípios que exibiram os maiores PIB per capita, em 2019, foram Manaus (R\$ 84,867 bilhões), que detém a participação de 78,4% do PIB estadual, seguido por Coari (R\$ 2,212 bilhões), Itacoatiara (R\$ 2,34 bilhões), Manacapuru (R\$ 1,451 bilhão) e Parintins (R\$ 1,177 bilhão)²⁸.

Desse modo, a ocupação dos espaços geográficos no Amazonas é complexa e heterogênea, resultando em segregação social, em que as desigualdades socioeconômicas são proporcionais ao seu tamanho continental.

Manaus é a capital do estado e o principal centro financeiro e econômico da região Norte, com população estimada em 2.255.903 hab.

em 2021, representando 53% da população do estado (4.269.995 pessoas)²⁹. Localizada no centro da maior floresta tropical do mundo, mais precisamente, na confluência dos rios Negro e Solimões, é a cidade mais influente da Amazônia Ocidental, sétima cidade mais populosa do Brasil, com o sexto maior PIB do País (2019)^{30,31}.

A existência do Polo Industrial de Manaus (PIM), política de desenvolvimento da Zona Franca de Manaus (ZFM), trouxe emprego e renda para o estado, mas, em contrapartida, foi um importante fator para o esvaziamento 'demográfico devido à migração do interior para a capital, causando o crescimento desordenado de Manaus e o esvaziamento da zona rural do estado'³², ocasionando um aumento populacional significativo na periferia da capital.

De acordo com Seabra et al.³³, um dos fatores que geraram consequências expressivas para os municípios do interior do Amazonas foi:

[...] o grande êxodo rural, decorrente da falta de incentivo à agricultura, à pesca, ao manejo florestal, aos produtos oriundos da floresta, aos fitofármacos e aos cosméticos, tudo isso associado a uma estrutura fundiária desorganizada e desestruturada, que não gerou empregos suficientes no setor rural³³⁽⁴¹⁾.

Esse panorama socioeconômico e geográfico acarretou um fenômeno de desorganização social, conforme demonstrou o levantamento do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2020, sobre aglomerados subnormais, em que Manaus era a capital do País com a maior proporção (53,3%) de domicílios localizados em invasões, palafitas, loteamentos e favelas³⁴.

Outro problema que representa um ponto fraco para o desenvolvimento do estado e risco à saúde da população amazonense é a infraestrutura precária de saneamento básico. Segundo o Instituto Trata Brasil, a coleta de esgoto no estado apresenta índice alarmante de 4,12% (índice de atendimento total de esgoto referido aos municípios atendidos com água), e o tratamento de esgoto de 5,63% (índice de esgoto tratado referido à água consumida), enquanto Manaus é a 11ª cidade com pior saneamento, entre as 100 cidades pesquisadas, e a 6ª pior situação dentre as 27 capitais brasileiras³⁵.

Por conseguinte, em relação à saúde, a concentração populacional e de renda na capital e a geografia peculiar do estado influenciam diretamente na dinâmica da gestão pública da saúde, sendo que a geografia desponta como fator determinante da logística de atendimento de saúde pública. Para os deslocamentos no estado, é preciso o uso de carro, barco, rabeta, avião e até helicóptero em áreas remotas ribeirinhas e indígenas.

Conforme exhibe o *quadro 1* a seguir, o Amazonas encontra-se entre os três estados do País com as maiores médias de deslocamento (462 km) para serviços de saúde de alta complexidade, enquanto a média do Brasil é de 155 km. Já Manaus ocupa a primeira posição, sendo a cidade brasileira que atrai deslocamentos mais distantes para buscar serviços de saúde de baixa e média complexidade – 418 km –, quando a média no País é de 72 km³⁶. Isso demonstra que o estado do Amazonas possui um problema gravíssimo de oferta e acesso aos serviços de saúde nos três níveis de assistência.

Quadro 1. Deslocamentos para busca de serviços de saúde no Brasil

Serviços de saúde de baixa e média complexidade		Serviços de saúde de alta complexidade	
Média de deslocamentos no País	72 km	Média de deslocamentos no País	155 km
Cidade que atrai maiores deslocamentos	Manaus (AM) 418 km – em média	Estados com maiores deslocamentos	Roraima – 471 km Amazonas – 462 km
Cidade que atrai o maior número de outras cidades	Goiânia (GO) 155 cidades		Mato Grosso – 370 km
Único estado cujos deslocamentos médios são inferiores a 40 km	Santa Catarina	Estado com menor deslocamento	Rio de Janeiro – 67 km

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do estudo 'Regiões de influência das cidades: 2018³⁶.

A configuração do estado em relação à saúde é dividida em nove Regiões de Saúde (RS), segundo o Plano Estadual de Saúde do Amazonas (PES/AM) 2020/2023³⁷ e a *tabela 1*.

Tabela 1. Regiões de Saúde do Amazonas – PES/AM 2020/2023

Região de Saúde	Área (km ²)	População 2019 (hab.)	Densidade (pop/km ²)
Alto Solimões	213.281	254.355	1,19
Baixo Amazonas	68.383	253.955	3,71
Manaus, Entorno e Alto Rio Negro	365.264	2.620.255	7,17
Médio Amazonas	58.424	175.228	3,00
Rio Juruá	102.714	139.788	1,36
Rio Purus	252.985	133.861	0,53
Rio Madeira	221.036	202.808	0,92
Rio Negro e Solimões	156.690	302.317	1,93
Triângulo	131.964	125.075	0,95
TOTAL	1.570.741	4.207.714	2,63

Fonte: PES/AM 2020/2023³⁷.

A *tabela 1* evidencia o grande contingente populacional do estado, concentrado na RS Manaus, Entorno e Alto Rio Negro, representando 62,3% da população amazonense, enquanto a segunda proporção é de 7,2% – RS Rio Negro e Solimões. Isso confirma a dispersão populacional e o isolamento de grande parte dos municípios do Amazonas, sem mencionar o subsistema de Saúde Indígena.

Garnelo³⁸ ressaltou, em entrevista, a grande concentração de equipamentos e serviços de saúde em Manaus em comparação ao restante do estado. Na capital,

encontram-se mais de 300 estabelecimentos públicos de saúde, 89% dos serviços de média complexidade disponíveis no estado e 100% dos serviços públicos e privados de alta complexidade. Assim, os amazonenses do interior do estado são obrigados a se deslocar em busca de atenção à saúde especializada – deixando claro que a gestão tripartite do Sistema Único de Saúde (SUS) determina que a responsabilidade com a assistência especializada (média e alta complexidade) é de âmbito estadual, enquanto os municípios se encarregam da atenção básica.

A pandemia da Covid-19 evidenciou a precariedade dos serviços de saúde do Amazonas, demonstrada durante o período em que Manaus vivenciou o pior cenário pandêmico do Brasil, atingindo a maior marca do País em número de contaminados a cada 100 mil hab.⁹ e em excesso de mortes (112%), seguida por Fortaleza (72%), Rio de Janeiro (42%) e São Paulo (34%)¹⁰. Essa alta representatividade permite avaliar, além da mortalidade, também a carga indireta, resultante de interrupções no acesso, uso e prestação de serviços de saúde, sobretudo para respostas rápidas e efetivas, essenciais em cenários de emergência sanitária¹⁰, destacando a importância de pesquisas científicas sobre as questões referentes à saúde no Amazonas.

Atenção terciária no Amazonas

OFERTA DE HOSPITAIS E LEITOS HOSPITALARES PÚBLICOS NA PANDEMIA

A crise sanitária caótica instalada no Amazonas durante a primeira e a segunda onda da pandemia da Covid-19, não “*surgiu do nada*” – como mencionou a ilustre pesquisadora Luiza Garnelo (Fiocruz Amazônia), durante o painel virtual da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) – ‘Pandemia na Amazônia’ –, em 27 de janeiro de 2021. Como visto, existem grandes diferenças entre os seus municípios, além da carência de recursos humanos e de infraestrutura hospitalar. Em abril de 2020, não havia um só leito de UTI ou centros para o diagnóstico de Covid-19 fora da capital³⁹.

A Ação Civil Pública conjunta entre MPF, Defensoria Pública da União (DPU), Defensoria Pública do Estado do Amazonas (DPE/AM) e Ministério Público do Estado do Amazonas (MPAM) menciona em seu texto a negligência do Estado no enfrentamento da pandemia quando cita que:

A estratégia do Estado perante a pandemia de Covid-19, no Amazonas, optou por não

equipar os municípios do interior do estado com a infraestrutura adequada para o enfrentamento da crise, adotando a estratégia de ‘robustecer’ a rede hospitalar de Manaus para recepcionar os pacientes da capital e os advindos do interior⁴⁰⁽²⁾.

Cotrim Junior e Cabral⁴¹ demonstraram a distribuição/alocação de leitos de UTI (públicos e privados), nas macrorregiões do Brasil. O Norte, com 5,2%, apresentou menor proporção, pois não alcançava 10% dos leitos totais do País. O Sudeste concentrava 51,9% dos leitos de UTI nacional, enquanto o Nordeste, 20,7%; o Sul, 13,7%; e o Centro-Oeste, 8,5%, comprovando as desigualdades regionais brasileiras.

Esse mesmo estudo observou que a população dependente do SUS da região Norte possui as piores taxas de oferta de leitos por número de hab. do País. Em abril de 2020, possuía um contingente populacional de 18,43 milhões de pessoas (8,7% da população nacional), em que 90,7% eram dependentes exclusivos do SUS, e que disputam de 1.793 leitos UTI/SUS, sendo, aproximadamente, 1 leito SUS a cada 9.325 pessoas⁴¹. Isso apontava para uma possível explicação para o colapso no sistema sanitário do Norte na pandemia, sem contar a distância dos centros produtores de insumos e a tabela do SUS, em alguns casos, defasada por critério per capita.

Outros dados expressam as diferenças regionais, mostrando que, enquanto no Brasil, 6 pessoas morreram a cada 10 internadas na UTI com Covid-19, na região Norte, o número de mortes foi de 8 pessoas. O tempo de dar entrada no hospital até a morte chegou a 12 dias nas outras regiões do País, enquanto, no Norte, foi de apenas 7 dias¹⁰. Enquanto, no Brasil, a incidência de Covid-19 era de 25,3 casos/100 mil hab., no Amazonas, era quase três vezes maior – 69,7 casos/100 mil hab., além de a taxa de letalidade no estado (7,9%) ser superior à média nacional (6,9%)⁴².

Desse modo, o estado do Amazonas apresentou dados acima da média nacional referentes à pandemia de Covid-19. Logo, faz-se necessário apresentar o panorama da atenção

terciária no estado no que tange à oferta de hospitais e leitos hospitalares no intuito de esclarecer os problemas existentes. Para isso, pesquisaram-se no CNES as competências de janeiro de 2020; janeiro de 2021; e janeiro de

2022. As nomenclaturas adotadas seguem os termos do CNES.

No tocante à estrutura hospitalar do sistema público de saúde do Amazonas, a *tabela 2* exibe a conformação no período estudado.

Tabela 2. Estabelecimento de saúde, tipo de gestão e quantitativo da rede hospitalar, Amazonas - jan./2020; jan./2021; jan./2022

Estabelecimento de Saúde	Competência jan. 2020			Competência jan. 2021			Competência jan. 2022			TOTAL jan. 22
	Tipo de Gestão			Tipo de Gestão			Tipo de Gestão			
	Dupla	Estadual	Municipal	Dupla	Estadual	Municipal	Dupla	Estadual	Municipal	
Hospitais Gerais	13	23	42	13	23	43	13	23	47	84
Hospitais Especializados	1	18	2	1	18	3	1	18	2	21
Hospital Dia	1	3	0	1	9	0	1	14	0	15
TOTAL	15	44	44	15	50	46	15	55	49	119

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do CNES⁴³.

Verificou-se que não houve mudanças expressivas no quantitativo de hospitais entre os períodos investigados: jan./2020 – 103 hospitais; jan./2021 – 111; jan. 2022 – 119, exibindo um aumento de 16 estabelecimentos de saúde. Porém, desses, 11 são hospitais/dia e somente 5 são hospitais gerais, representando um aumento de 4,8% nos hospitais gerais no período estudado, sendo que todos os 15 hospitais/dia estão localizados na capital e são, em sua maioria, hospitais oftalmológicos. Na competência de jan./2021, observou-se a presença de dois hospitais voltados para o atendimento de pacientes com Covid-19: Hospital de Campanha Covid em Caapiranga (cadastrado em 27/06/2020 – gestão municipal) e Hospital de Combate à Covid em Manaus (cadastrado em 05/05/2020 – gestão estadual), além do acréscimo de um hospital geral – Hospital de Maués D. Mundiquinha em Maués (gestão municipal). Quanto à competência de jan./2022, os dois hospitais de atendimento à Covid não estavam mais cadastrados no CNES (a última competência em que eles aparecem foi em 10/2021), mas houve o acréscimo de 2 hospitais e de 2 unidades hospitalares: Hospital D. Edith

Mendes Weckner – em Novo Aripuanã (gestão municipal); Hospital Raimundo Rodrigues Irmão – em Manaquiri (gestão municipal); Unidade Hospitalar Barreirinha (gestão municipal); e Unidade Hospitalar Careiro da Várzea (gestão municipal).

No que se refere aos hospitais especializados, são 21 em todo o estado, sendo 19 (90,5%) na capital, 1 em Tefé e 1 em Tabatinga. Dessa maneira, 95,2% dos municípios amazonenses (59 municípios) não dispõem desse tipo unidade hospitalar.

Manaus possui a maior rede hospitalar do estado, com o total de 23 hospitais, e conforme o PES/AM 2020/2023, é dividida da seguinte maneira: Hospital Infantil – dois; Hospital Adulto – dois; Maternidade – cinco; Maternidade/Unidade ginecológica – um; Serviço de Pronto Atendimento/Maternidade/Hospital – um; Hospital e Pronto-Socorro da Criança – três; Hospital e Pronto-Socorro – quatro; Hospital Universitário – um; e Hospital/Fundação de Saúde – quatro³⁷.

No que diz respeito à formação da rede assistencial do interior do estado, constata-se a seguinte configuração: 17 (27,4%) municípios

possuem hospital geral (Santo Antônio do Iça, Borba, São Gabriel da Cachoeira, Tabatinga, Maués, Novo Aripuanã, Humaitá, Benjamim Constant, Manacapuru, Presidente Figueiredo, Parintins, Manaquiri, Coari, Fonte Boa, Itacoatiara, Tefé e Urucurituba), sendo que Parintins é o único município que possui 2 hospitais gerais, Tabatinga e Santo Antônio do Iça possuem 1 hospital geral e 1 unidade hospitalar e Urucurituba, 2 unidades hospitalares. O restante dos 43 (69,3%) municípios do Amazonas possuem apenas 1 unidade hospitalar.

Quanto aos dois hospitais de campanha criados para o combate à Covid-19, em Manaus e Caapiranga, eles foram cadastrados no CNS

em maio e junho de 2020, respectivamente, permanecendo até a competência de 10/2021.

Em síntese, a atenção terciária do estado do Amazonas encontra-se totalmente concentrada em Manaus, além da ausência de assistência hospitalar especializada no interior do estado. Esse panorama sombrio é reconhecido pelo estado no PES/AM 2020/2023³⁷, quando estabelece entre os seus objetivos o fortalecimento dos serviços de média e alta complexidade nas macrorregiões de saúde. Porém, de fato, a realidade encontrada reflete o descaso estadual com essa conjuntura.

Com relação aos leitos hospitalares, a *tabela 3* a seguir expõe a conformação no estado.

Tabela 3. Descrição da oferta de leitos SUS - tipo, gestão e quantitativo, Amazonas (AM) e Manaus (MAO) jan./2020; jan./2021; jan./2022

Tipos de leitos	Competência jan. 2020		Competência jan. 2021		Competência jan. 2022	
	AM (100%)	MAO	AM (100%)	MAO	AM (100%)	MAO
Cirúrgicos	1240	852 (69%)	1088	706 (65%)	1.207	802 (66%)
Clínicos	1708	911 (53%)	2210	1251 (57%)	2.163	1.162 (54%)
Obstétricos	1020	415 (41%)	998	405 (40%)	1.085	464 (43%)
Pediátricos	958	460 (48%)	870	415 (48%)	891	437 (49%)
Outras especialidades	75	50 (67%)	82	53 (65%)	86	60 (70%)
Hospital/dia	47	37 (79%)	49	39 (79%)	76	60 (79%)
Complementar	547	498 (91%)	755	668 (88%)	769	661 (86%)
TOTAL	5.595 (100%)	3.223 (58%)	6.052 (100%)	3.537 (58%)	6.277 (100%)	3646 (58%)

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do CNES⁴³.

No período anterior à pandemia (jan./2020), o Amazonas tinha um total de 5.595 leitos, sendo 547 (9,8%) leitos de UTI e cuidados intermediários, enquanto Manaus detinha 58% (3.223) do total de leitos do estado e 91% (498) dos leitos de UTI e cuidados intermediários.

Na competência de jan./2021, foram acrescentados três códigos novos para o tipo de leito complementar: 51 – UTI II ADULTO-SÍNDROME RESP. AGUDA GRAVE (SRAG) – Covid-19; 52 – UTI II PEDIÁTRICA-SÍNDROME RESP. AGUDA GRAVE (SRAG) – Covid-19; 96 – SUPORTE VENTILATÓRIO

PULMONAR – Covid-19. Notaram-se os respectivos quantitativos para Amazonas e Manaus: 51 – 157 leitos (todos na capital); 52 – 5 leitos (todos na capital); 96 – 3 leitos (1 em Barreirinha e 2 em Apuí), Manaus não habilitou nenhum leito complementar com este código. Os mesmos códigos em jan./2022 apresentaram os seguintes quantitativos para o Amazonas e Manaus: 51 – 177 leitos (todos na capital); 52 – nenhum leito; 96 – nenhum leito. Conferiu-se uma diminuição no quantitativo de leitos – cirúrgicos, obstétricos, pediátricos – que pode ser explicado pelo aumento dos

leitos complementares. Foi comum, durante os períodos críticos da pandemia, ver os hospitais transformando os leitos clínicos, cirúrgicos, entre outros, em leitos de UTI para o atendimento exclusivo de doentes com Covid-19. Na capital, houve um aumento de 34% nos leitos complementares. No interior do estado, antes da pandemia, havia 49 leitos de UTI e cuidados intermediários. Em jan./2021, esse quantitativo aumentou para 87 leitos, sendo 12% do total do estado; e no último período estudado, jan./2022, aumentou para 108 leitos, continuando muito baixo, correspondendo a 14% do total do estado, enquanto Manaus teve um decréscimo de 7 leitos deste mesmo tipo, passando de 668 (88%) para 661 (86%) do total do estado. Nos três períodos analisados, a capital concentrou 58% dos leitos hospitalares do estado. Além disso, no período pandêmico estudado, o aumento da oferta de leitos para Covid-19 também se concentrou em Manaus.

Seabra et al.³³ corroboram esses dados ao informar que Manaus já apresentava um sistema de saúde com insuficiência da capacidade de leitos do SUS antes da pandemia, com 5.622 de leitos clínicos e 466 de leitos de UTI, para uma população de 2.219.580²² hab., sem contar os residentes do interior do estado (1.988.134 hab.) que não possuem esse tipo de assistência.

Considerando o indicador número de leitos x mil hab., na competência de jan./2020, o estado do Amazonas tinha o quantitativo de 1,34 leito/mil hab. Visualizou-se um aumento, em jan./2021, para 1,43 leito/mil hab. que pode ser explicado pelos dois hospitais de combate à Covid-19 e o hospital de Maués. Na competência de jan./2022, houve um acréscimo para 1,47 leito/mil hab., apesar dos hospitais de Covid-19 não constarem mais no CNES, houve a inclusão de 2 hospitais e de 2 unidades hospitalares no interior do estado. No que se refere a Manaus, também se observaram os seguintes acréscimos para o mesmo indicador: jan./2020 – 1,47 leito/mil hab.; jan./2021 – 1,59 leito/mil hab.; jan./2022 – 1,61 leito/mil hab.

Isso comprova que, no âmbito da atenção terciária do Amazonas, além do quantitativo

de hospitais, a oferta de leitos hospitalares também está concentrada na capital.

Apesar do indicador do número de leitos, no período pesquisado, ter aumentado tanto no estado (1,47 leito/mil hab.) quanto na capital (1,61 leito/mil hab.), ainda se encontram abaixo da média do Brasil – 2,1 leitos/mil hab. e da recomendação da OMS – 3 a 5 leitos/mil hab.⁴⁴.

Cotrim Junior e Cabral⁴¹ destacaram que não se percebe um crescimento significativo do ponto de vista concreto de melhorias no sistema público de saúde; assim como se verificou no Amazonas, onde houve um discreto aumento no âmbito da atenção terciária, contrastando com os desejos e discursos dos sanitaristas de que o SUS está se fortalecendo na pandemia, o que também é a percepção de parte da sociedade.

O cenário encontrado no Amazonas, nesse locus assistencial, dificulta o acesso da população que reside fora da capital amazonense devido às grandes distâncias territoriais, às dificuldades de deslocamento e transporte peculiares à região amazônica e aos altos custos referentes a esse deslocamento. Nesse sentido, esta pesquisa revela um problema gravíssimo de oferta e acesso à saúde na atenção terciária, corroborando o estudo ‘Regiões de influência das cidades: 2018’ realizado pelo IBGE³⁶.

Outro fator agravante nesse quadro do Amazonas, na pandemia, diz respeito à letalidade da Covid-19 “magnificada pelo acesso limitado aos serviços de saúde, pela dinâmica política e pela maior incidência da doença nos grupos com menor nível socioeconômico”¹⁹⁽²⁾, por falta de efetivo isolamento, moradias em áreas densamente ocupadas e com precárias condições sanitárias.

Considerações finais

A fragilidade da rede de atenção à saúde no Amazonas e o grave problema de logística do estado retratados pelo colapso do sistema de saúde e pela falta de oxigênio, somados à marcante desigualdade social e econômica, ajudam

a entender a crítica situação da pandemia da Covid-19 no estado, visto que ela evidenciou e aprofundou as desigualdades sociais que já existiam e onde as populações vulnerabilizadas são, comprovadamente, afetadas de forma negativa.

A elevada taxa de mortalidade em Manaus expôs a gravidade da pandemia em contextos de grande desigualdade social, fraca efetividade de políticas públicas e fragilidade dos serviços de saúde¹⁰, ratificando o fenômeno de desorganização social existente no Amazonas.

De tal modo, a pandemia da Covid-19 escancarou o cenário de adversidades locais e desigualdade social no Amazonas, demonstrando que esse estado demanda atenção diferenciada com necessidade de investimentos em diversos setores, incluindo a saúde.

Em publicação divulgada pelo governo estadual, concluiu-se que

o processo de vulnerabilização [...] [social] pode ser transformado por uma lógica de produção do espaço mais inclusiva, por meio de políticas públicas de saneamento público, emprego, habitação, infraestrutura, que possibilitem o direito à cidade e à saúde com a redução de iniquidades em prol da vida⁴⁵.

Vale ressaltar que os entes federativos são responsáveis pela reversão dessa conjuntura alarmante e, conseqüentemente, devem

adotar medidas urgentes e efetivas para o seu enfrentamento.

Constatou-se que a oferta de hospitais e de leitos hospitalares se mostrou insuficiente para o atendimento da população do estado, uma vez que se apresenta concentrada na capital, além de estar abaixo da média do Brasil e da recomendação da OMS. Assim, os municípios do interior ficam desassistidos devido às grandes distâncias geográficas, às dificuldades de deslocamento e à existência de diversas comunidades ribeirinhas em situação de isolamento.

Posto isso, tanto a oferta quanto o acesso à assistência à saúde no âmbito da atenção terciária no Amazonas precisam ser ampliados a fim de contemplar toda a população do estado.

Ademais, a gestão estadual demonstrou incapacidade técnica e administrativa para planejar, organizar e garantir suficiência de oferta de leitos, insumos e, inclusive, oxigênio durante o período estudado.

Em suma, o estado do Amazonas desrespeitou todos os princípios do SUS – universalidade, integralidade e equidade.

Colaboradoras

Salino AV (0000-0002-1824-5685)* e Ribeiro GMA (0000-0003-0695-5257)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Histórico da Pandemia de COVID-19. Washington, DC.: OPAS; 2020. [acesso em 2022 fev 2]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19#:~:text=A%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Pan%2DAmericana%20da,infetados%20com%20o%20novo%20coronav%C3%ADrus>.
2. World Health Organization. Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020. Genebra: WHO; 2020. [acesso em 2022 fev 2]. Disponível: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-openingremarks-at-the-media-briefing-on-covid-19--11-march-2020>.
3. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico nº 7. Especial: doença pelo coronavírus 2019. Semana epidemiológica 15 (05-10/04), 6 de abril de 2020. Brasília, DF: MS; 2020. [acesso em 2022 fev 2]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/covid-19/2020/boletim-epidemiologico-no-7-boletim-coe-coronavirus.pdf/view>.
4. Aguiar S. COVID-19: A doença dos espaços de fluxos. *GEOgraphia*. 2020; 22(48):52-72.
5. Amazonas. Secretaria de Saúde do Amazonas; Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas. Situação epidemiológica de COVID-19 e da síndrome respiratória aguda grave no Estado do Amazonas, Ano 01, Número 1, 27 de março de 2020. Manaus: SES; 2020. [acesso em 2022 fev 2]. Disponível em: https://www.fvs.am.gov.br/media/publicacao/Boletim_Situa%C3%A7%C3%A3o_Epidemiol%C3%B3gica_de_COVID-19_e_da_S%C3%ADndrome_Respirat%C3%B3ria_Aguda_g9E6Skz.pdf.
6. Amazonas. Decreto nº 42.061, de 16 de março de 2020. Dispõe sobre a declaração de emergência na saúde pública do Estado do Amazonas, em razão da disseminação do novo coronavírus (2019-nCoV), e institui o Comitê Intersecretorial de Enfrentamento e Combate ao COVID-19. Diário Oficial do Estado do Amazonas. 16 Mar 2020.
7. Amazonas. Decreto nº 42.100, de 23 de março de 2020. Declara Estado de Calamidade Pública, para os fins do artigo 65 da Lei Complementar Federal nº 101, de 4 de maio de 2000, em razão da grave crise de saúde pública decorrente da pandemia da COVID-19 (novo coronavírus), e suas repercussões nas finanças públicas do Estado do Amazonas, e dá outras providências. Diário Oficial do Estado do Amazonas. 23 Mar 2020.
8. CNN Brasil. Saúde prevê que hospitais do Amazonas entrem em colapso nos próximos dias. Portal de notícias. Coletiva de imprensa Ministério da Saúde (TV Brasil). 2020 abr 3. [acesso em 2022 fev 2]. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/ministerio-da-saude-teme-que-amazonas-seja-primeiro-estado-a-entrar-em-colapso/>.
9. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico nº 9. Situação epidemiológica de COVID-19. Doença pelo Coronavírus 2019. Semana epidemiológica 15 (05-10/04), 11 de abril de 2020. Brasília, DF: MS; 2020. [acesso em 2022 fev 2]. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2020/06/2020-04-11-BE9-Boletim-do-COE.pdf>.
10. Orellana JDY, Cunha GM, Marrero L, et al. Explosão da mortalidade no epicentro amazônico da epidemia de COVID-19. *Cad. Saúde Pública*. 2020 [acesso em 2023 fev 1]; 36(7):e00120020. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static/arquivo/1678-4464-csp-36-07-e00120020.pdf>.
11. Ferrante L, Steinmetz WA, Almeida ACL, et al. Brazil's policies condemn Amazonia to a second wave of COVID-19. *Nat. Med*. 2020; 26:1315.
12. Machado BA, Silva G, Melo GZS, et al. Planejamento e execuções de mutirões de vacinação contra COVID-19 no município de Manaus: relato de caso. *Research Society and Development*. 2021; 10(14):e374101422291.
13. Naveca FG, Nascimento V, Souza VC, et al. COVID-19 in Amazonas, Brazil, was driven by the persistence of

- endemic lineages and P.1 emergence. *Nat. Med.* 2021 [acesso em 2023 fev 1]; (27):1230-38. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41591-021-01378-7>.
14. Homero V. Coronavírus mata mais por milhão no Amazonas que em qualquer país do mundo. *Poder360*. 2021 fev 3. [acesso em 2022 fev 2]. Disponível em: <https://www.poder360.com.br/coronavirus/coronavirus-mata-mais-por-milhao-no-amazonas-que-em-qualquer-pais-do-mundo/>.
 15. Amazonas. Assembleia Legislativa do Estado do Amazonas. Comissão Parlamentar de Inquérito. CPI da Saúde Amazonas: Relatório Final. Manaus: ALEAM; 2020. [acesso em 2023 fev 1]. Disponível em: https://sapl.al.am.leg.br/media/sapl/public/documentoacessorio/2020/41175/relatorio_cpi_saude.pdf.
 16. Bega MTS, Souza MN. Pandemia e efeito-território: a desigualdade social como catalisadora da Covid-19. *Rev. Bras. Sociol.* 2021; 9(21):25-54.
 17. Garnelo L. Specificities and challenges of public health policies in the Brazilian Amazon. *Cad. Saúde Pública.* 2019; 35(12):e00220519.
 18. Costa Silva RG. Pandemia e Desigualdades Socioespaciais no Brasil – O Caso de Manaus, Amazônia. *Fisioterapia.* 2020; 155:69-74.
 19. Orellana JDY, Cunha GM, Marrero L, et al. Excesso de mortes durante a pandemia de COVID-19: subnotificação e desigualdades regionais no Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2020 [acesso em 2023 fev 1]; 36(1):e00259120. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1292/excesso-de-mortes-durante-a-pandemia-de-covid-19-subnotificacao-e-desigualdades-regionais-no-brasil>.
 20. Amazonas. Secretaria Estadual de Saúde. Plano Estadual de Saúde 2016-2019. Manaus: SUSAM; 2016. [acesso em 2023 fev 1]. Disponível em: http://www.saude.am.gov.br/docs/pes/pes_2016-2019.pdf.
 21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Brasília, DF: IBGE; 2010.
 22. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Organização do território. 2021. Brasília, DF: IBGE; 2021.
 23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasil em síntese. [Brasília]: IBGE; [data desconhecida]. [acesso em 2022 mar 7]. Disponível em: <https://brasilensintese.ibge.gov.br/territorio.html>
 24. Becker B. A urbe amazônica: a floresta e a cidade. Rio de Janeiro: Garamond Universitária; 2013.
 25. Instituto de Pesquisas Econômica Aplicada. Desenvolvimento regional no Brasil: políticas, estratégias e perspectivas. Organizadores: Aristides Monteiro Neto, César Nunes de Castro e Carlos Antônio Brandão. Rio de Janeiro: IPEA; 2017.
 26. Amazonas. Secretaria de Estado de Desenvolvimento Econômico, Ciência, Tecnologia e Inovação. [Manaus]: SEDECTI; [data desconhecida]. [acesso em 2022 fev 2]. Disponível em: <https://www.selecti.am.gov.br/indicadores-e-mapas/>.
 27. Amazonas. Secretaria de Estado de Desenvolvimento Econômico, Ciência, Tecnologia e Inovação. PIB 4º Trimestral 2021. 2022. Manaus: SEDECTI; 2022. [acesso em 2022 fev 2]. Disponível em: https://www.selecti.am.gov.br/wp-content/uploads/2022/03/PIB_4o_Trimestral_2021.pdf.
 28. Amazonas. Secretaria de Estado de Desenvolvimento Econômico, Ciência, Tecnologia e Inovação. Anuário Estatístico do Amazonas 2020. Manaus: SEDECTI; 2022. [acesso em 2022 fev 2]; 33:477-478. Disponível em: <https://www.selecti.am.gov.br/wp-content/uploads/2022/04/Anuario-Estatistico-do-Estado-do-Amazonas-Base-2020.pdf>.
 29. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades. [Brasília]: IBGE; [data desconhecida]. [acesso em 2022 fev 2]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/manaus/panorama>.

30. Brasil. Ministério da Justiça. Diário Oficial da União de 27 de agosto de 2021. Brasília, DF: MJ; 2021. [acesso em 2022 fev 2]. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/DOU/2021/08/27>.
31. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ranking do IBGE, 2019. IBGE; 2019. [acesso em 2022 fev 2]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/manaus/pesquisa/38/47001?ano=2019&tipo=ranking>.
32. Brasil. Tribunal de Contas da União - TCU 013.329/2015-4. Levantamento de Auditoria. Abordagem específica da situação geográfica e econômico-social do estado do Amazonas. Mapeamento dos desafios locais para o seu desenvolvimento. Subsídio ao Relatório Sistemático da Região Norte (FISC NORTE). Recomendações. Apensamento. Brasília, DF: Secom, TCU; 2015. [acesso em 2022 fev 2]. Disponível em: https://portal.tcu.gov.br/data/files/EE/A0/48/44/43F935108BFDC6351A2818A8/013.329%20Fisc%20Nordeste%20-%20Regi_o%20Norte.pdf.
33. Seabra V, Karnopp E, Steyer MR. O paradoxo do biopoder e a pandemia da COVID-19 na Amazônia: o caso de Manaus. *Rev. de Ciênc. Polít.* 2021; 59(1):35-57.
34. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Aglomerados subnormais 2019: classificação preliminar e informações de saúde para o enfrentamento à covid-19. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.
35. Instituto Trata Brasil. Ranking do Saneamento 2018. São Paulo: Trata Brasil; 2018. [acesso em 2022 fev 2]. Disponível em: <https://tratabrasil.org.br/ranking-do-saneamento-2018/#:~:text=O%20Instituto%20Trata%20Brasil%2C%20em,pelo%20Minist%C3%A9rio%20das%20Cidades%2C%20e>.
36. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Regiões de influência das cidades: 2018. Coordenação de Geografia. IBGE. Rio de Janeiro: IBGE; 2020. [acesso em 2022 fev 2]. Disponível em: <https://dadosgeociencias.ibge.gov.br/portal/apps/sites/#/deslocamentos-para-busca-a-servicos-de-saudec>.
37. Amazonas. Secretaria Estadual de Saúde. 1ª Revisão do Plano Estadual de Saúde 2020-2023. Manaus: SES; 2021.
38. De Lavor A. Covid-19: Amazônia sem respirar. *RA-DIS: Comunicação e Saúde.* 2021; 221:20-23.
39. Atlas ODS Amazonas – UFAM. Pesquisador destaca falta de estrutura no Amazonas para enfrentamento da pandemia. *Últimas Notícias.* 2020 abr 30. [acesso em 2022 fev 2]. Disponível em: <https://www.atlasodsamazonas.ufam.edu.br/ultimas-noticias/108-pesquisador-destaca-falta-de-estrutura-no-amazonas-para-enfrentamento-da-pandemia.html>
40. Amazonas. Ministério Público Federal; Procuradoria da República em Tabatinga; Defensoria Pública da União; Defensoria Pública do Estado do Amazonas; Ministério Público do Estado do Amazonas. Ação Civil Pública conjunta PRM-TAB-AM-00002503/2020. Tabatinga: MPF/DPU/DPE-AM/MPA-AM; 2020. [acesso em 2022 fev 2]. Disponível em: <https://www.mpf.mp.br/am/sala-de-imprensa/docs/acp-conjunta-mpf-dpu-mpe-dpe-saude-no-alto-solimoes-e-covid-19>.
41. Cotrim Junior DF, Cabral LMS. Crescimento dos leitos de UTI no país durante a pandemia de Covid-19: desigualdades entre o público x privado e iniquidades regionais. *Physis: Revista de saúde coletiva.* 2020; 30(3):e300317.
42. Amazonas. Secretaria de Saúde do Estado, Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas. Boletim Epidemiológico de monitoramento diário de casos de COVID-19 no Amazonas do dia 25 de abril de 2020. Manaus: SES; 2020. [acesso em 2022 fev 2]. Disponível em: https://www.fvs.am.gov.br/media/publicacao/BOLETIM_DI%C3%81RIO_DE_CASOS_COVID-19_25-04-2020.pdf.
43. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES. [Brasília]: MS; [data desconhecida]. [acesso em 2022 fev 2]. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/>.

44. Brasil. Confederação Nacional dos Municípios. Brasil perdeu 23.091 leitos hospitalares em dez anos. 2018. Brasília, DF: CNM; 2018. [acesso em 2022 fev 2]. Disponível em: <https://www.cnm.org.br/biblioteca/exibe/3622>.
45. Aleixo NCR, Silva Neto JCA, Almeida RB, et al. Vulnerabilidade social e Covid-19 na cidade de Manaus-AM. Nota Técnica COVID-19 nº 006, de 20 de maio

de 2020. Manaus: Governo do Estado do Amazonas/SEDECTI; SBPC; 2020. [acesso em 2022 fev 2]. Disponível em: https://www.selecti.am.gov.br/wp-content/uploads/2020/05/notacovid19_006.pdf.

Recebido em 01/06/2022
Aprovado em 07/11/2022
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

A complexidade do trabalho precário na Atenção Psicossocial Territorial: reflexão crítica sobre o contexto brasileiro

The complexity of precarious work in Territorial Psychosocial Care: critical reflection on the Brazilian context

Israel Coutinho Sampaio Lima¹, José Jackson Coelho Sampaio¹, Karlla Christine Araújo Souza²

DOI: 10.1590/0103-1104202313614

RESUMO Este artigo propõe compreender, na perspectiva da Teoria da Complexidade, e por meio da reflexão teórica crítica, a precarização do trabalho enquanto realidade no mercado brasileiro do trabalho público da saúde e sua influência nos resultados de uma política pública baseada no paradigma teórico/prático da Atenção Psicossocial Territorial. Traça uma possibilidade de problematização sobre o tema central, por meio dos princípios: sistêmico, hologramático, círculo retroativo, recursivo, autonomia/independência, dialógico e o da reintrodução do conhecimento em todo conhecimento, propostos por Edgar Morin, diante das discussões e dos estudos realizados pelo Grupo de Pesquisa Vida e Trabalho sobre a precarização do trabalho e a saúde mental em campo concreto. Essa reflexão propõe-se a ser fonte de reconhecimento para os atores, sobre as causas reais da precarização, que derivam do modo de exploração do trabalho em saúde em estreitamente próprio da aplicação do receituário neoliberal em estados burocráticos autoritários situados na periferia do capitalismo dependente. A reflexão permitiu a compreensão do todo e das partes que constituem o problema, reconhecendo as causas reais da precarização, ao contrário da culpabilização dos trabalhadores da saúde mental, diante das condições insalubres, da jornada de trabalho e da insegurança sobre os direitos sociais e direitos trabalhistas.

PALAVRAS-CHAVE Precarização do trabalho. Centros de Atenção Psicossocial. Saúde mental.

ABSTRACT *This article proposes to understand, from the perspective of Complexity Theory, and through critical theoretical reflection, the precarization of work as a reality in the Brazilian public health work market, and its influence on the results of a public policy based on the theoretical/practical paradigm of Territorial Psychosocial Care. It outlines a possibility of problematizing the central theme, through the principles: systemic, hologrammatic, retroactive circle, recursive, autonomy/independence, dialogic, and the reintroduction of knowledge in all knowledge, proposed by Edgar Morin, in view of the discussions and studies carried out by the Life and Work Research Group on the precariousness of work and mental health in a concrete field. This reflection is intended to be a source of recognition for actors on the real causes of precariousness, which derive from the way in which health work is exploited, which is closely related to the application of neoliberal prescriptions in authoritarian bureaucratic states located on the periphery of dependent capitalism. The reflection allowed the understanding of the whole and the parts that constitute the problem, recognizing the real causes of precariousness, which blame mental health workers, in the face of unhealthy conditions, working hours, and insecurity about social rights and labor rights.*

KEYWORDS *Employment. Mental health services. Mental health.*

¹ Universidade Estadual do Ceará (Uece) – Fortaleza (CE), Brasil.
isracoutinho@hotmail.com

² Universidade Estadual do Rio Grande do Norte (UERN) – Natal (RN), Brasil.



Introdução

O campo epistemológico da Atenção Psicossocial Territorial (APT) foi construído por meio das lutas do Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica (MBRP), sendo este a base política e social para a aprovação da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001¹, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas que vivem com algum tipo de sofrimento e/ou transtorno mental. Essa lei promoveu o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental para a produção do trabalho interdisciplinar humanizado, do respeito à subjetividade e da valorização do trabalhador da saúde².

O campo emerge da necessidade de superação do então modelo psiquiátrico clássico, hospitalocêntrico, que enfocava o cuidado no combate aos sintomas da doença mental, sob a lógica biológica da causa-efeito positivista. Em trajetória de superação, esse último modelo, por sua vez, buscou avançar, em seu tempo, sobre as formas como o cuidado à doença mental era materializado entre o final do século XVII e o começo do século XIX, caracterizadas pelo modelo asilar, que excluía da sociedade os considerados perigosos, incuráveis e contagiosos, por meio de violência praticada pelo isolamento social recluso sobre os que não se enquadravam nos modelos sociais tidos como ideais³.

Nesse processo evolutivo, não linear e não homogêneo, a APT vem promovendo mudanças tanto na atenção quanto na prática da produção do trabalho, sobretudo pelos avanços promovidos na substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por Centros de Atenção Psicossocial (Caps). Tais serviços produzem atenção à saúde mental, por meio do cuidado integral e humanizado, considerando a história e o papel das pessoas que vivem com transtornos mentais, além do reconhecimento da individualidade e da autonomia destes, enquanto seres, em um território vivo, em que a APT precisa estar articulada com os demais pontos da rede de atenção social e de saúde, a fim de favorecer atenção integral e cidadã⁴.

No entanto, o trabalhador, apesar de ser tido como um dos elementos-chave para a concretização da reforma psiquiátrica, vem sofrendo com as condições precárias do trabalho em saúde mental. Essa situação torna o cenário, por si só, complexo diante da contradição e da dualidade do desenvolvimento da Política Nacional de Saúde Mental, do ponto de vista da seguridade social e trabalhista⁵ – em uma crise que se aprofunda no último quinquênio, a partir da reforma do aparelho do Estado brasileiro efetuada por meio da Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017⁶, a qual incorpora nos serviços públicos as principais tendências do capitalismo flexível global, respaldadas em teoria justificadora denominado de neoliberalismo, que reduz o poder do Estado sobre a regulação e a garantia dos direitos trabalhistas⁷.

São ações que repercutem diretamente não só na saúde destes como também na produção individual e coletiva de cuidados prestados aos usuários por toda a Rede de Atenção Psicossocial (Raps), principalmente entre os serviços que mais cresceram numericamente em todo território nacional, os Caps, que tensionam o modelo hospitalocêntrico em psiquiatria⁸.

É nessa conformação complexa de mundo, com contraposições, contradições e deslizamentos não lineares, que se pretende discutir uma política de Estado, no campo da saúde mental, que valoriza os trabalhadores e que não se rende a uma lógica produtivista do capital sobre a produção do trabalho, que, paradoxalmente, materializa a precarização do trabalho. Nessa conjuntura, coloca-se como possibilidade o desenvolvimento do pensar e do dialogar, para que o tema seja problematizado e compreendido em relação aos reais interesses das forças envolvidas, visando enfrentar a alienação dos seres em um mundo real disruptivo⁹⁻¹¹.

A complexidade do mundo exige pensamento profundo para compreendê-lo e que parta da interpretação do pesquisador, sobre os princípios sistêmico, hologramático, circular retroativo, circular recursivo, autônomico

e dialógico⁹⁻¹¹ ante as categorias ‘vida’, ‘trabalho’, ‘precariado’, ‘subjetividade’, ‘saúde mental’, ‘stress’ e ‘alienação’. Essas categorias são problematizadas e estudadas pelo Grupo de Pesquisa Vida e Trabalho (GPVT), sediado no Laboratório de Humanização e Atenção em Saúde (Lhuas) da Universidade Estadual do Ceará (Uece).

As pesquisas desenvolvidas pelo GPVT têm como guia os problemas oriundos dessas temáticas, com o apoio de pesquisadores de universidades do Brasil, da Argentina, do México e da Espanha. Esses cientistas sociais trazem para o grupo a divulgação de suas produções, troca de experiências e discussões necessárias para que a compreensão dos fenômenos psicossociais, os quais tendem a afetar a vida e o trabalho, seja repensada por diversos ângulos.

O presente artigo se propõe a compreender, na perspectiva da Teoria da Complexidade, e por meio da reflexão teórica crítica, a precarização do trabalho enquanto realidade no mercado brasileiro do trabalho público da saúde e sua influência nos resultados de uma política pública baseada no paradigma teórico/prático da APT.

Precarização do trabalho, trabalho precário e precariado

A compreensão sobre as diversas formas de conceituar precarização do trabalho e/ou trabalho precário, que será problematizada a diante, surge a partir dos teóricos postos em debates no GPVT. Ademais, a interpretação e a compreensão que faremos aqui se produzem sob a perspectiva da construção de um pensamento complexo, ancorado nos princípios sistêmico e hologramático propostos por Morin¹¹, o que torna tal interpretação única.

Pensando-se inicialmente de acordo com o princípio sistêmico, o indivíduo atravessa a sociedade e se encontra atravessado, direta

ou indiretamente, por ela. Há, portanto, interligação, interdeterminação e interdependência contínuas, nas quais coexistem forças que influenciam e são influenciadas por outros sistemas. Nessa lógica, a ideia sistêmica se contrapõe às alternativas reducionistas que buscam compreender o todo como simples soma das partes, desconsiderando o inter e o trans.

Pelo princípio hologramático, percebe-se a força de evidência de cada unidade, uma vez que tanto os organismos biológicos como as sociedades podem ser representados pelas partes constituintes, seja por informações genéticas, linguagens, normas e ritos^{9,11}. Enquanto perspectiva teórica, a determinação de um problema pode representar-se fora do lugar no qual o problema esteja expresso.

Partindo dessa perspectiva, a precarização do trabalho não constitui conceito preestabelecido e homogêneo, que permita a representação das partes constituintes do todo. O que temos é uma grande diversificação diante da heterogeneidade das partes que a constituem, nos campos político, social e cultural concretos, atravessados por contraditoriedades e superposições, que influenciam as configurações sobre como as sociedades se organizam, diante das perspectivas sobre democracia, direitos sociais e direitos trabalhistas, fundamentais para a identificação e a compreensão da problemática.

No mundo ocidental, embora em posição periférica, portanto, mais vulnerável, o Brasil partilha, desde a década de 1970, uma crise internacional do capital, política, social e econômica, caracterizada no específico mundo do trabalho por contratações do tipo *part time*, sem benefícios sociais, com baixos salários, além da informalidade, em que os riscos ocupacionais passam a ser assumidos pelo trabalhador, e não pelo empregador ou pelo poder público. Os trabalhadores, atomizados, despolitizados, encontram-se por sua única conta, diante do capital oligopolista, financeirizado e sem pátria^{12,13}.

No Brasil, desde a década de 1950, a implantação do Fordismo, de modo heterogêneo e truncado, apesar de proteger alguns setores mais avançados, criou uma cadeia de condições precárias do trabalho, representada por insegurança salarial, insegurança ocupacional, ausência de qualificação profissional e insegurança habitacional. As novas lógicas de trabalho ficaram restritas aos grandes centros urbanos, em meio à ausência de direitos trabalhistas, diante da sociedade rural que migrou para as metrópoles em busca de melhores condições de vida – sendo a precarização do trabalho, efetivamente o trabalho precário, vivenciada por grande fração da classe trabalhadora, a despeito de grandes conquistas de direitos terem ocorrido sob o signo do Fordismo¹⁴.

No século XXI, a precarização do trabalho passou, no Brasil, a ser relacionada com a terceirização do trabalho promovida pela Lei nº 13.467/2017⁶, a qual amplia a possibilidade da existência do trabalho terceirizado com contratos precários e provisórios, apresentando baixo padrão salarial, antes restrito às empresas privadas, agora fortemente incorporados em instituições públicas. Isso passa a afetar os trabalhadores de nível superior e técnico, principalmente nos serviços de saúde, como médicos, enfermeiros, odontólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas e técnicos de enfermagem¹⁵.

Nesse mesmo contexto, Casulo¹⁶ amplia a concepção sobre a precarização do trabalho, somando o termo flexível ou flexibilidade à forma de contratação, envolvendo os contratos vulneráveis, a remuneração e a jornada de trabalho conversíveis, sob o ponto de gestão idealizada como toyotista; com base na produção neoliberal do capital para toda a classe trabalhadora, independentemente do nível de formação e qualificação, agora em um modo de vida *just-in-time* e *work office*.

É sobre esse novo modo de vida laboral que a precarização do trabalho, aquele que assim se tornou, e o trabalho precário,

aquele que já surge assim, vão envolver e afetar psicossocialmente a identidade profissional, devido à ausência de carreira e de constituição de uma memória social, pertencente a uma classe ocupacional, envolta em práticas estáveis, sob aspectos éticos de comportamento, reciprocidade e fraternidade¹⁷.

Apesar de a precarização do trabalho envolver características heterogêneas, dentro de uma classe ou grupo social, o precariado, conjunto dos precarizados e dos precários, ainda está se formando, sem identidade construída. Compreende-se que esses profissionais compartilham anseios, que poderiam ser a liga definidora dessa nova classe, ou subclasse, pois a precarização atinge todos os profissionais, independentemente da qualificação, do tipo de trabalho exercido e do tipo de vínculo empregatício⁸.

Para além do período cronológico, a precarização do trabalho vem se tornando um padrão sobre o modo de produção laboral, em que cada característica se interliga, produzindo uma nova forma evolutiva e retrógrada sobre as condições alienadas do trabalho, característica de uma lógica produtiva concreta. Não parece possível separar características passadas, do presente e de um possível futuro, pela indeterminação do fenômeno discutido. As políticas trabalhistas tendem a criar sistemas interligados em todo o mundo ou parte dele, em um curso de produção de alienação que envolve a autodestruição e a recriação da produção e da reprodução do trabalho, com preceitos antigos, porém, de modo heterogêneo e não linear, reduzindo a potência das organizações de massa.

Logo, a precarização do trabalho projeta-se como condição generalista, em sua desigualdade, e constante, em sua não linearidade, fazendo parte constituinte das classes sociais trabalhadoras, independentemente do nível educacional, as quais estão sob condições de trabalho penosos, com vínculos de trabalho flexível e/ou provisórios, regulamentados ou não por lei.

Construção e reconstrução da Atenção Psicossocial Territorial

A reflexão proposta por este tópico tem por base as inferências de Morin¹¹ sobre os princípios do círculo recursivo e da autonomia/independência. Elas exigem a clareza necessária para que construção e reconstrução dos fatos do passado e do presente possam ser contextualizadas sob ponto de vista dinâmico e amplo, considerando os cenários, as situações e os atores envolvidos no processo.

Nesta etapa da discussão, propomos retornar aos fatos pelo processo produtivo e contínuo sobre a relação intrínseca produtor-produtor, na qual as ações e os efeitos de um evento se retroalimentam na produção dos fenômenos, em uma cadeia de enlaces históricos pelo Estado que é ator das políticas públicas e a sociedade à qual estas políticas se destinam, como são exemplos, no Brasil, a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Reforma Psiquiátrica, consequência de três movimentos-chave: o da redemocratização, pós-ditadura militar, o da reforma sanitária e o da luta antimanicomial.

O princípio do círculo recursivo rompe com a noção de regulação da autoprodução e autorregulação, pois tanto a ação quanto o processo e o produto, quer único ou múltiplo, são necessários para a sua própria determinação e produção^{10,11}.

Autonomia e independência expressam a capacidade que organizações, estruturas e sociedade possuem para se organizar, dependendo, para tanto, de suas necessidades em relação ao meio geográfico, cultural e político-econômico em que estão inseridas. Portanto, a autonomia, ou o grau de autonomia, é construída em relação às características de cada cultura e ambiente físico; logo, cada sociedade ou cada indivíduo são auto-organizadores, continuamente se autoproduzindo, na dependência de muitos outros sistemas, como, por exemplo, o meio ambiente¹¹.

Assim, os novos lugares propostos pela APT, construídos ao longo das últimas três décadas, devido ao MBRP, em uma proposta política que se desenvolve desde a década de 1970, só foram possíveis devido ao amparo, à fortificação e ao impulso dados pela remodelação das políticas públicas de saúde, promovidas a partir da luta do Movimento Brasileiro de Reforma Sanitária (MBRS) e do processo de redemocratização do País, disparadores de uma nova consciência social que envolve democracia, humanização, inclusão social, trabalho coletivo, colaborativo, multiprofissional e interdisciplinar, com planejamento participativo intersetorial¹⁸.

Esse trajeto de mudanças, oriundo do anseio popular e dos movimentos sociais, de base comunitária, contou com forte apoio sindical, de instituições de ensino superior e de uma parcela da classe política progressista; resultou na inclusão de seção própria na Constituição Brasileira de 1988, na aprovação da Lei Orgânica da Saúde (LOS), nos 8.080 e 8.142, ambas de 1990, e na criação do SUS¹⁹, efetivamente implantado em 1992, após a devida inclusão na Lei Orçamentaria da União (LOU) aprovada em 1991. Por meio da realização de conferências municipais, estaduais e nacional, possibilitou-se a realização das Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSM), das quais a primeira ocorreu em 1987, como consequência de indicação da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), de 1986 – além da discussão de espaços colegiados para a promoção da atenção à saúde mental, que rompesse com o modelo asilar e o psiquiátrico hospitalar clássico: o primeiro, centrado na exclusão e na tutela plena dos ‘loucos’; o segundo, centrado na doença, na assistência, no combate aos sintomas, com base na visão positivista biológica³.

Em constante oposição, o modelo da APT, construído a partir do MBRP e implementado nacionalmente até os dias atuais, vem ampliando os conceitos de saúde, de saúde mental e de saúde integral, enfrentando a visão nosológica e fragmentada das partes que constituem o todo, neste caso, o indivíduo e a relação indivíduo/meio/indivíduo, além da utopia sobre

a compreensão da saúde como a ausência de doença e completo bem-estar biopsicossocial. Esse paradigma é construído sob perspectiva política, histórica, socioeconômica e cultural, que não pode ser reduzida, diante das possíveis compreensões isoladas do fenômeno doença mental, diante da complexidade dos processos saúde-doença em meio ao território de produção de cuidados em rede^{3,20}.

Foi nos embates promovidos nos espaços colegiados, entre forças conservadoras e progressistas, que a Lei nº 10.216/2001¹ surgiu como novo marco para o MBRP, sendo, portanto, uma conquista para as coletividades. Ela incorpora, em seus preceitos, o reconhecimento das características e necessidades sociais diante das particularidades dos sujeitos e do território em que habitam, resultando no redirecionamento do modelo assistencial até então vigente, para o modelo da APT, intercentrado no sujeito, na família, no cuidador, na comunidade, na produção do trabalho coletivo e criativo, em um dado território, onde estas relações e vivências se originam, se reinventam e se adaptam, em uma nova proposição de serviços de saúde, agora voltados para a atenção psicossocial, em território vivo.

Nessa nova conjuntura política e social, os primeiros Caps foram criados e disseminados por todo o Brasil, conseguindo levar atenção à saúde mental para municípios de pequeno porte populacional, com até 20 mil habitantes, por meio da Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002²¹. Tais serviços passaram a ganhar destaque no processo de reconstrução dos cuidados de saúde mental, adiante da substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos, em todo o território nacional. Os serviços passam a ser organizados por porte populacional, características dos usuários e do território, sendo classificados em Caps I, Caps II, Caps III, Capsi (infantojuvenil) e Caps ad (álcool e outras drogas). Foi devido ao seu sucesso e à sua aproximação com os territórios que a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, passou a compreendê-los como pontos de articulação de uma rede, a Raps²².

Desse modo, pratica-se um conjunto de ações em saúde mental no SUS, cujos objetivos centrais buscam ampliar o acesso à APT, pela articulação dos serviços primários, secundários e terciários de saúde, além da intersectorialidade com os demais dispositivos existentes no território. Ademais, abrem-se novos espaços para a produção de saúde mental, com reflexões sobre a gestão, o trabalho e o cuidado, entre outros núcleos temáticos^{3,18,23}.

O sucesso da implantação dos Caps pode ser dimensionado pela expansão em termos numéricos. O Ministério da Saúde (MS) informa que o quantitativo de Caps, era de 148 em 1998, passando para 2.209 em 2014²⁴, e para 2.661 em 2019²⁵. A cobertura foi de 0,21 serviço por 100 mil habitantes em 2002, passando para 0,86 em 2014²⁵. Porém, em 2017, os rumos da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) mudaram diante de uma agenda implantada pelo governo federal, o qual publicou a Resolução nº 32, favorecendo e ampliando o financiamento por meio do SUS da rede hospitalar psiquiátrica privada, em oposição aos preceitos reformistas republicanos da APT, paralisando o surgimento de novos Caps.

Atualmente, apesar dos avanços alcançados pelo MBRP, que sensibilizou vários governos federais da redemocratização a discutirem o lugar social do transtorno mental e o trabalho no campo coletivo da saúde mental, estes temas foram paulatinamente sendo deixados de lado na agenda governamental: o modelo hospitalar psiquiátrico clássico foi retomado na prática e nas normas; os tratamentos individuais fármaco-biológicos foram incrementados; e o financiamento a serviços privados foi revalorizado.

Demonstra-se, assim, que o processo de mudança sofreu inflexões negativas que desafiaram a implantação plena do campo epistemológico da APT, exatamente pela forma como os usuários dos Caps, familiares e cuidadores, trabalhadores e gestores de saúde mental se ‘adaptaram ou se conformaram’ com as melhorias alcançadas em um processo de auto-organização de núcleos divergentes de

interesses, passando a conviver com as limitações político-orçamentária de desfinanciamento dos Caps impostas pelo governo federal desde pelo menos 2016.

Essa relação contraditória, dual e ambígua torna a conjuntura sociopolítica da APT confusa e conflituosa diante dos princípios do SUS e da própria proposta desse modelo de atenção. São correntes entrelaçadas que permanecem em constante tensão diante do que se deseja enquanto política social e trabalhista, ante o modelo de gestão neoliberal que se implanta a cada dia com maior vigor na administração pública, disfarçada de oportunidade ou de novas possibilidades de trabalho nessa área. Outrossim, há uma relação necessária para sua condição de existência, causação e produção, pois os modelos convivem em crise, avanços e resistência, o da APT e o do retrocesso, por meio da precarização da Raps e do SUS.

Precarização do trabalho na Atenção Psicossocial Territorial: em qual ponto estamos?

Em um processo retroativo, dialógico, reintroduzindo cada conhecimento em todo o conhecimento, em que os efeitos de um evento se repercutem continuamente, pode-se afirmar que as condições atuais da precarização do trabalho na APT vêm se delineando desde a implantação do SUS. Foi afetada por forças reacionárias, reforçadas exponencialmente a partir de 2016, incluindo de forma paralela os princípios do neoliberalismo, sobre a oferta e as parcerias público-privadas para a constituição da rede de saúde, uma vez que a reforma sanitária não se dobrou completamente diante da forte imposição dos empresários para que a rede de saúde fosse totalmente privada, o que expressaria a plena realização do capitalismo na saúde.

Elementos teóricos da vida e do trabalho em saúde mental, que discorreremos, a partir de Morin^{10,11}, colocam como sendo o princípio do

círculo retroativo, o qual busca romper com a causalidade linear, que sempre haverá uma causa-efeito, unidirecionada, permitindo o conhecimento da relação oposta e não linear, na qual é possível refletir sobre os diversos processos retroativos indivíduos/organizações/organizações/indivíduos.

Como o processo de mudanças de paradigmas em saúde mental é complexo por si só, devido a estigmas, em momentos históricos, sociais e políticos sempre heterogêneos é que o princípio dialógico busca evidenciar o antagonismo de ideias, situações, ambientes e/ou características que, ao mesmo tempo, são interdependentes, excludentes e ou complementares. O dialógico busca evidenciar as dificuldades e o antagonismo entre fenômenos, pois são partes fundamentais para que o todo seja compreendido, por meio da inseparabilidade do que é complementar, distanciando-se assim do que é dual, dúbio ou que possa tornar o pensamento confuso¹¹.

Para tanto, a reintrodução do conhecimento em todo conhecimento se faz necessária pela construção e reconstrução dos fatos, dos contextos, dos fenômenos, a partir das distintas formas, meios, situações ou sujeitos envolvidos no processo. Assim, o observador deve permanecer consciente de seu lugar no devir histórico e de suas particularidades antropológicas que o constituem, para que possa reconhecer outras formas de ver e compreender os fenômenos, em um processo de restauração do ser que desconhece das particularidades e das interações daquele meio.

Partindo das perspectivas acima citadas, a lógica privatista na saúde vem subvertendo e ganhando força sobre a racionalidade pública, apesar de a primeira reconhecer a necessidade da existência do SUS para a sua própria existência, considerando as condições socioeconômicas da população brasileira. Nessa relação parasitária, a entrada de entidades privadas na gestão da rede de saúde ganha espaço e força, as quais introduzem novas formas de gestão do trabalho diante do modo de contratação e domínio dos trabalhadores. Essa relação vem

precarizando o trabalho em diversos serviços do SUS, incluindo os Caps⁵.

Tal interface está construída e solidificada sob o ponto de vista privatista da morosidade das contratações via concursos públicos e da má gestão do SUS, a qual impacta diretamente nos custos com recursos humanos conforme os limites estabelecidos pela Lei de Responsabilidade Fiscal nº 101, de 4 de maio de 2020, sendo, portanto, necessária a incorporação da terceirização e da flexibilidade dos contratos de trabalho por toda a rede SUS⁵.

A expansão da terceirização e dos contratos temporários pelos serviços estatais evidencia uma nova forma de precarização do trabalho, em que as empresas privadas, as Organizações Sociais (OS) e o Estado buscam reduzir os custos do trabalho, pelo rebaixamento de salários, aumento da jornada laboral e intensificação do trabalho. Sendo assim, os trabalhadores se tornam totalmente reféns do capital devido ao vínculo frágil de emprego, com o valor de uso do trabalho totalmente dominado pelo valor de troca^{16,17,26,27}.

O caminho da precarização do trabalho está legitimado desde 2017, a partir da reforma do aparelho do Estado brasileiro, ocorrida por meio da Lei nº 13.467/2017⁶, a qual incorpora nos serviços públicos as principais tendências do capitalismo flexível global, que reduz o poder do Estado sobre a regulação e a garantia dos direitos dos trabalhadores. Assim, a reforma trabalhista, concretizada pelo Presidente Michel Temer, atingiu agudamente a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), aprofundando a lógica de exploração do trabalho flexível⁷.

As políticas neoliberais têm se voltado contra a forma estável dos vínculos empregatícios devido à força que esse grupo possui diante da organização de seus pares, em um possível confronto com seus empregadores, na busca por garantia e melhoria dos aspectos que valorizam o trabalho; da mesma forma que a garantia de vínculo acompanha o direito de representação do todo, por uma liderança, a qual possui o direito de voz em prol da

valorização de sua categoria ou comunidade profissional^{7,16,17}.

Este fato age diretamente no trabalho do serviço público, geralmente desconhecido pela população, afetando o desempenho dos servidores devido ao sucateamento da infraestrutura de trabalho, segmentação das atividades, modelos ambíguos de gestão, conflitos de interesse, ausência de planos de cargos, carreiras e de salários que equalizem rendimentos, promoções, nomeações ou exonerações – além de desencontros entre a extensão dos vínculos trabalhistas com as demandas dos projetos terapêuticos individuais e coletivos^{26,27}.

Apesar de existir a manifestação do sentimento e da sensação de abandono, instrumentalidade da prática e universalização da alienação, pelos trabalhadores¹⁷, o que se observa é a existência de uma anomia coletiva, paralisante do MBRP, diante das condições precárias do trabalho, pela própria naturalização e conformismo do fenômeno enquanto necessários para a existência do emprego e das condições mínimas do existir, provavelmente associado com o privilégio por não estarem excluídos pelo mercado de trabalho, comparado com outra parcela de trabalhadores, principalmente em um momento de crise política e econômica que o Brasil passa na atualidade²⁸.

Contudo, é antagônico com os princípios do MBRP e da APT, que buscam o redirecionamento das práticas de cuidados para uma atenção humanizada, interdisciplinar, sob o ponto de vista da gestão colegiada em espaços coletivos, os quais valorizem os trabalhadores, os usuários e os gestores da saúde mental. Porém, esse conflito passa a ser percebido apenas sobre os efeitos da causa, diante do número insuficiente de profissionais⁵, atenção centrada em terapêuticas individualistas e medicalizante¹⁸, sobrecarga de trabalho²⁹, ausência de espaços colegiados²⁷, diversos vínculos empregatícios em uma mesma equipe²⁶, insalubridade e inadequação do espaço físico dos Caps³⁰.

Dessa forma, os trabalhadores dos Caps se tornam sujeitos e tomam para si os efeitos

da causa privatista neoliberal incorporada na gestão de tais serviços, assumindo um perfil de ressignificação da culpa por tais problemas diante de uma responsabilidade exclusiva e particular associada à equipe, valendo-se da compreensão das relações causa/efeito e efeito/causa, por meio do processo de alienação que envolve a culpabilização de si e da equipe pelas falhas e condições precárias do trabalho oriundas da política pública estraçalhada.

Considerações finais

Como ponto de compreensão, pode-se inferir que o reconhecimento sobre a forma como o fenômeno precarização do trabalho vem sendo constituído se dá em campos de forças que se interinfluenciam, nos quais sua representação é diversa, sobretudo nos campos político, social e cultural concretos. O contraditório sobre a garantia ou a perda regulamentada em lei dos direitos sociais e dos direitos trabalhistas é um fato observado e real, inerente ao processo de alienação promovido pelo sistema econômico e político. Nesse sentido, torna-se fundamental a problematização da precarização do trabalho, por meio da consideração de seu caráter multifatorial das representações das desigualdades, em seus diferentes modos de produção, alienação e afetação diante da complexidade existente que é o trabalho em saúde mental em um dado recorte histórico.

Apesar dos avanços alcançados pelo MBRP, o quadro político apresenta-se como desfavorável ao processo reformista e progressista, pela implantação contundente de uma agenda governamental de extrema direita, a qual privilegia o modelo psiquiátrico clássico, com ênfase em tratamentos individuais fármaco-biológicos e a revalorização sobre o financiamento de serviços privados em oposição aos Caps.

A reflexão sobre o tema-problema pode ser realizada de modo que considere os princípios: sistêmico, hologramático, círculo retroativo, recursivo, autonomia/independência, dialógico e o da reintrodução do conhecimento em todo conhecimento, resultante de um olhar complexo e crítico, ou por outras formas que promovam a compreensão do todo e das partes que a constituem em interdependência e interdeterminação.

Tal possibilidade discursiva permitirá que os fatos presentes na linha do tempo sejam refletidos e debatidos coletivamente, em tentativas que promovam a retomada das lutas sociais-trabalhista, proposta pelo MBRS e pelo MBRP, nas dinâmicas resultantes do SUS e da APT, para que os processos de alienação que culpabilizam os trabalhadores da saúde mental, diante das condições insalubres, da jornada de trabalho extensificada/intensificada e da insegurança sobre os direitos sociais e direitos trabalhistas, em suas diversas formas, sejam quebrados. Isso pode beneficiar atores principais, fonte de reconhecimento das causas reais da precarização, que derivam do modo de exploração do trabalho em saúde em estreitamente próprio da aplicação do receituário neoliberal em estados burocráticos autoritários situados na periferia do capitalismo dependente.

Colaboradores

Lima ICS (0000-0002-1929-6142)* contribuiu para elaboração, concepção e desenho da obra; e aquisição, análise de informações para o trabalho. Sampaio JJC (0000-0003-4364-524X)* contribuiu para concepção do trabalho, revisá-lo criticamente quanto ao conteúdo intelectual importante e aprovação final da versão a ser publicada. Souza KCA (0000-0002-3992-2163)* contribuiu para revisá-lo criticamente quanto ao conteúdo intelectual importante. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União. 6 Abr 2001. [acesso em 2020 out 10]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm.
2. Aboud-Yd M. Por uma clínica antimanicomial: a ousadia de um projeto. In: Campos FB, Lancetti A, organizadores. Saúde Loucura: experiências da Reforma Psiquiátrica. São Paulo: Editora Hucitec; 2010. p. 91-100.
3. Nunes JMS, Guimaraes JMX, Sampaio JJC. A produção do cuidado em saúde mental: avanços e desafios à implantação do modelo de atenção psicossocial territorial. Physis. 2016 [acesso em 2020 nov 2]; 26(4):1213-32. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312016000401213&lng=en&nrm=is.
4. Bleicher T, Sampaio JJC, Gomes VB. O auxiliar em saúde mental: da concepção à prática do serviço. Trab educ saúde. 2015 [acesso em 2022 jun 21]; 13(supl1):61-76. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00043>.
5. Barros ACF, Bernardo MH. A lógica neoliberal na saúde pública e suas repercussões para a saúde mental de trabalhadores de CAPS. Rev Psicol UNESP. 2017 [acesso em 2020 nov 2]; 16(1):60-74. Disponível em: <https://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/845/826>.
6. Brasil. Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. Diário Oficial da União. 13 Jul 2017. [acesso em 2020 out 10]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13467.htm.
7. Alves G. A nova precariedade salarial e o socio-metabolismo do trabalho no século XXI; Reforma trabalhista: a nova ofensiva neoliberal no Brasil. In: Casulo AC, Silveira C, Alves G, et al. organizadores. Precarização do trabalho e saúde mental: o Brasil da era neoliberal. Bauru: Canal 6; 2018. p. 14-62.
8. Araújo-dos-Santos T, Nunes DO, Pereira RB, et al. Associação entre variáveis relacionadas à precarização e afastamento do trabalho no campo da enfermagem. Ciênc. saúde coletiva. 2020 [acesso em 2020 nov 2]; 25(1):123-33. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/S89Xqvmcdg3rP7gGz7BKqfD/?lang=pt>.
9. Morin E. A cabeça bem-feita: repensar a reforma e reformar o pensamento. 20. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2000.
10. Morin E. Ciência com consciência. 6. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2002.
11. Morin E. Introdução ao pensamento complexo. 5. ed. Porto Alegre: Sulina; 2015.
12. Kalleberg AL. O crescimento do trabalho precário: um desafio global. Rev bras ciênc soc. 2009 [acesso em 2022 jun 21]; 24(69):21-30. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-69092009000100002>.
13. Fink L. The First Precariat? Int Labor Work Class Hist. 2017 [acesso em 2022 jun 21]; 91:99-108. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S014754791600034X>.
14. Braga R. A política do precariado: do populismo à hegemonia lulista. São Paulo: Boi Tempo; 2012.
15. Druck G, Dutra R, Silva SC. A contrarreforma neoliberal e a terceirização: a precarização como regra. Cad CRH. 2019 [acesso em 2022 jun 21]; 41(1):1-12.

- 21]; 32(86):289-306. Disponível em: <https://doi.org/10.9771/ccrh.v32i86.30518>.
16. Casulo AC. O Brasil e a nova ordem neoliberal: impactos na saúde mental da classe trabalhadora. In: Casulo AC, Silveira C, Alves G, et al. organizadores. Precarização do trabalho e saúde mental: o Brasil da era neoliberal. Bauru: Canal 6; 2018. p. 63-81.
17. Standing G. O precariado: a nova classe perigosa. 1. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora; 2019.
18. Amarante P, Nunes MO. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciênc. saúde coletiva*. 2018 [acesso em 2022 jun 21]; 23(6):2067-74. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>.
19. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 19 Set 1990. [acesso em 2020 out 2]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm.
20. Sampaio JJC, Guimarães JMX, Abreu LM. Supervisão clínico-institucional e a organização da atenção psicossocial no Ceará. 2. ed. Fortaleza: EdUECE; 2019.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*. 19 Fev 2002. [acesso em 2020 out 10]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 23 Dez 2011. [acesso em 2020 nov 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.
23. Moreira MIB, Onocko-Campos RT. Ações de saúde mental na rede de atenção psicossocial pela perspectiva dos usuários. *Saude soc*. 2017 [acesso em 2020 nov 2]; 26(2):462-74. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/PkZqTgktdvt6R4wJT6PqTqR/abstract/?lang=pt>.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados 12, Ano 10, nº 12. 2015 out. [acesso em 2020 nov 10]. Disponível em: https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf.
25. Oliveira T, Boldrini TV. Atenção psicossocial: Investimento em Saúde Mental cresceu quase 200%. Brasil. Ministério da Saúde. 2020 jan 9. [acesso em 2020 nov 10]. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilanciasanitaria/2020/01/investimento-em-saude-mental-cresceu-quase-200>.
26. Campos GWS. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2007 [acesso 2022 abr 20]; 12(supl):1865-74. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000700009>.
27. Campos AG. Efeitos da Terceirização sobre a saúde e segurança no trabalho: estimativas com base nos afastamentos. In: Campos AG, organizador. Terceirização do trabalho no Brasil: novas e distintas perspectivas para o debate. Brasília, DF: Ipea; 2018. p. 187-203.
28. Lee CK. Precarization or Empowerment: reflections on recent labor unrest in China. *J. Asian*

- Studies. 2016 [acesso 2022 abr 20]; 75(2):317-33. Disponível em: <https://repository.ust.hk/ir/Record/1783.1-99464>.
29. Clementino FS, Miranda FAN, Martiniano CS, et al. Avaliação da satisfação e sobrecarga de trabalho dos trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial. *Rev Fund Care Online*. 2018 [acesso 2022 abr 20]; 10(1):153-9. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/322364513_Avaliacao_da_satisfacao_e_sobrecarga_de_trabalho_dos_trabalhadores_dos_Centros_de_Atencao_Psicossocial.
30. Lima ICS, Nascimento CEM, Brandão CB, et al. Precarious work in health and mental suffering in Brazil within the context of COVID-19. *Research, Soc. Develop*. 2021 [acesso 2022 mar 30]; 10(4):e27510414141. Disponível em: <https://rsd-journal.org/index.php/rsd/article/view/14141>.

Recebido em 27/06/2022
Aprovado em 20/12/2022
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Utopia interdita: APS como antídoto contra a desdemocratização e a necropolítica neoliberal

Interdicted utopia: PHC as an antidote against de-democratization and neoliberal necropolitics

Rafael Agostini¹, Adriana Miranda de Castro²

DOI: 10.1590/0103-1104202313615

RESUMO Este ensaio reflete sobre o desmonte de uma Atenção Primária à Saúde (APS) abrangente como etapa fundamental à desdemocratização que avança a passos largos no Brasil e no mundo nos últimos anos, sendo condição de possibilidade da consolidação de uma necropolítica neoliberal que busca se institucionalizar e silenciar quaisquer potências de vida. Ao mesmo tempo, este texto reafirma também que é por meio mesmo da APS que se pode inflexionar o timão – alterando a rota da barbárie para a qual se navega – em direção à utopia inspiradora do Sistema Único de Saúde e ao seu projeto civilizatório solidário e cidadão. Considerados os atributos e as diretrizes que fundam e organizam a APS brasileira e a concertação de vozes que enseja, esta reflexão propõe, por fim, que seja ali uma trincheira estratégica na luta para investir em uma sociedade efetivamente democrática, em que todos se reconheçam e afirmem como sujeitos políticos e de direitos em defesa da vida.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Política. Capitalismo. Democracia. Participação da comunidade.

ABSTRACT *This essay reflects on the dismantling of a comprehensive Primary Health Care (PHC) as a fundamental step in the de-democratization that has advanced in large steps both in Brazil and in the world in recent years. It asserts that this process is one of the conditions for the consolidation of a neoliberal necropolitics that seeks to institutionalize and silence any life potencies. At the same time, this text also reaffirms that it is through PHC itself that the helm can be inflected – altering the barbarism route to which we navigate – towards the inspiring utopia of the Unified Health System (SUS) and its solidary and citizen civilization project. Considering the attributes and guidelines that found and organize the Brazilian PHC and the concertation of voices that it entails, this reflection proposes, lastly, that PHC can be a strategic trench in the struggle to invest in an effectively democratic society, in which everyone recognizes and affirms themselves as political subjects, subjects who have rights, in defense of life.*

KEYWORDS *Primary Health Care. Politics. Capitalism. Democracy. Community participation.*

¹Universidade Cidade de São Paulo, Faculdade de Medicina – São Paulo (SP), Brasil.
rafael.agostini.vbg@gmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Vice-presidência de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde (VPAAPS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

Apesar da associação à sua obra, Eduardo Galeano apenas reproduzia as palavras de Fernando Birri ao responder a um jovem sobre o valor da utopia, declarando ciência da impossibilidade de alcançá-la; para o cineasta argentino, não importa o quanto se caminhe, em justa proporção, a utopia se afasta. Antes de torná-la inútil, é exatamente este seu propósito: garantir que nunca cesse o caminhar rumo ao delírio. Afinal, como sustenta o próprio Galeano, não podemos antever o que virá, mas merecemos, na esteira dos direitos humanos, sonhar com outro mundo possível, no qual “cada noite será vivida como se fosse a última e cada dia como se fosse o primeiro”¹.

Esse movimento fez com que, por exemplo, mesmo em um contexto internacional altamente desfavorável às mulheres e aos homens trabalhadores, no Brasil, tenhamos uma conquista civilizatória como o Sistema Único de Saúde (SUS). Operador da proteção social, o SUS foi responsável por garantir, nas últimas décadas, as políticas de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) que, entre seus fluxos e refluxos, vem sendo espaço privilegiado para a implantação mais intensiva de seus princípios e diretrizes a partir da produção de inflexões importantes no modelo de atenção e de gestão do trabalho em saúde^{2,3}.

A consolidação de um sistema universal de saúde público, gratuito, de qualidade e que seja parte do processo mais geral de desenvolvimento do povo brasileiro tem sido uma das grandes utopias do movimento sanitário. Como construção participativa que transtorna interesses neoliberais, o SUS é um eficaz contraveneno aos avanços da necropolítica neoliberal e à distribuição desigual da oportunidade de viver e morrer implementados por suas agendas, representando perigo a ela⁴.

Ecoando desde a Conferência de Alma-Ata, a função central que a APS precisa desempenhar nesse sistema de saúde tem feito caminhar nossa sociedade. Aponta-se aqui para sua versão abrangente, em que se constitui como

o primeiro contato do cidadão com o SUS e a coordenadora de seus percursos de cuidado integral no ciclo vida, garantindo a promoção e a atenção à saúde em uma matriz familiar e comunitária; organizada a partir da atuação multiprofissional e em equipes, em que se destacam as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), centrais nos processos de territorialização e incorporação da participação social e dos saberes tradicionais⁵.

Os avanços paulatinos – mas consistentes – em direção à reorientação do SUS a partir da APS, que ganharam fôlego desde meados dos anos de 1990, convivem com obstáculos importantes e crescentes na perspectiva da compreensão do cuidado integral e nos arranjos financeiro-organizacionais^{2,3,6-8}. Assim, persistem lacunas na integração efetiva entre prevenção, atenção e promoção, gargalos no acesso a procedimentos e profissionais especializados eventualmente necessários, dificuldades na qualificação dos trabalhadores da APS e fragilidades na organização de processos de trabalho mais democráticos e participativos. Isso tudo em um contexto no qual urge a regularização dos vínculos trabalhistas, o aprimoramento da gestão pública do trabalho e dos serviços e respostas a necessidades de saúde da população crescentemente complexas.

Não obstante, os resultados desses avanços foram tão alvissareiros que, inclusive, ampliaram sobremaneira o número de investigações nacionais e internacionais sobre serviços e modelos em saúde no Brasil, especialmente com ênfase na Estratégia Saúde da Família (ESF) e nos efeitos de sua adoção. Tal produção, como destaca a Associação Brasileira de Saúde Coletiva⁹, converge para o fato de que, organizada no País a partir da ESF, a APS vinha sendo investida do papel não apenas de reorganizadora do SUS e meio de expansão do acesso, mas também de elemento fundamental e indissociável da realização do próprio direito humano fundamental à saúde.

O compromisso com um sistema universal, público e de qualidade desenhado um dos últimos avanços brasileiros no âmbito da APS.

Durante as fatídicas jornadas de junho de 2013, a Presidenta Dilma Rousseff antecipou um projeto em elaboração, instituindo o Programa Mais Médicos e, entre outras coisas, levando 18 mil profissionais a quase 70 milhões de brasileiros alijados historicamente do direito de acessá-los¹⁰. Desde então, na esteira do golpe de 2016, há o aprofundamento da mercantilização da vida do povo brasileiro por meio da implementação da agenda derrotada nas eleições gerais de 2014 e que tem entre seus epítetos a Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016.

Ao registrar na Constituição, de modo explícito, a precedência do rentismo que se locupleta do Estado brasileiro em detrimento dos investimentos públicos em saúde, educação, habitação e assistência social, a ‘emenda do fim do mundo’ abriu a caixa de Pandora da erosão dos direitos sociais no País. No caso do SUS, que já padecia pelo subfinanciamento crônico, a EC 95 promoveu um franco desfinanciamento¹¹, e o dirige para um cenário de terra arrasada em um futuro bem próximo caso não seja sustada pela soberania popular já nas próximas eleições gerais, em 2022.

No campo da saúde particularmente, a ‘nova’ Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)^{2,3}, publicada em 2017, revogou o compromisso prioritário com a expansão da ESF, lançando as bases para fertilizar o mercado privado de modo doloso, a partir do enxugamento e da perda de qualidade e potência de um SUS que vinha se aprimorando e aproximando da população na e pela consolidação da APS. Esse movimento acontece^{2,3} pela flexibilização da cobertura universal e pela admissão e financiamento de uma APS seletiva, restrita e fragmentada que sabidamente entrega piores indicadores. Além disso, a descaracterização do trabalho das ACS e a fragilização do papel de indutor e regulador desempenhado pelo Ministério da Saúde (MS) ferem de morte os dois principais propulsores de avanços na superação de uma APS de matriz exclusivamente biomédica, curativa, centrada nos riscos individuais e ancorada no binômio queixa-conduta^{2,3}.

Nesse sentido, o objetivo deste ensaio é refletir acerca do movimento de consolidação de uma necropolítica neoliberal despuerada que se institucionaliza na máquina estatal, promovendo no campo da saúde pública o desmonte ativo de uma APS abrangente e criando espaço para a desdemocratização, que avança a passos largos no Brasil nos últimos anos. Ao mesmo tempo, fugindo ao fatalismo esperado nesta conjuntura adoecedora e buscando (re)encontrar a utopia inspiradora do SUS, o texto se alinha àqueles que reclamam a APS como trincheira de uma democracia popular e solidária, na qual a concertação de vozes de trabalhadores, usuários e sociedade civil produz ações transformadoras, críticas e criativas que são potentes e debelam sinistros, atuando como antídoto aos venenos neoliberais e indicando caminhos para outros projetos civilizatórios.

Proteção social, cidadania e projeto civilizatório: a ESF como tática e estratégia

É consenso na saúde coletiva que uma APS abrangente, integral e resolutive produz evolução dos indicadores sanitários, maior efetividade clínica, mais satisfação dos usuários e redução das iniquidades. Os países que nela fizeram investimentos robustos e planejados obtiveram melhor relação custo-efetividade em seus sistemas nacionais de saúde, logrando resultados auspiciosos com relação à expectativa e às condições de vida, também garantindo a redução da necessidade de recursos em saúde mais custosos, menos eficientes e muitas vezes iatrogênicos¹²⁻¹⁵.

Nessa direção, a Organização Pan-Americana da Saúde¹⁶ tem reconhecido que a consolidação de Redes de Atenção à Saúde (RAS) coordenadas pela APS é condição *sine qua non* para aprimorar os sistemas nacionais de saúde. Em especial, considerado o complexo cenário contemporâneo das

necessidades em saúde das populações que, apesar das particularidades locais, passam por um processo global de transição demográfica e epidemiológica.

No caso brasileiro, apesar das heterogeneidades entre os municípios, os estudos apontam que a consolidação da ESF produziu mais impactos na melhora da atenção às pessoas vivendo com doenças crônicas que o modelo anterior, fazendo com que o SUS tenha resultados semelhantes ao setor privado e aos países ricos¹⁷. Nesse sentido, o aumento da cobertura da ESF é proporcional à redução da mortalidade por várias causas, tais como doenças infecciosas, cardiovasculares e diabetes, especialmente entre populações não brancas¹⁸. Além disso, contribui para a redução da necessidade de internações e da mortalidade por acidente vascular cerebral, ocasionando, ainda, melhora nos indicadores de reabilitação após esses agravos^{19,20}.

Há informações também que permitem sustentar o seu papel na redução da mortalidade infantil no Brasil na última década, sobretudo quando associado a políticas de transferência de renda, das quais a ESF é uma das artífices²¹. Outros estudos apontam a franca associação entre a expansão da ESF e a maior redução das internações por causas sensíveis à atenção primária em relação às internações em geral²². Percebe-se que, apesar de desafios no acesso e coordenação do cuidado em uma RAS ainda incipiente, são crescentes a atuação e o reconhecimento da ESF como porta de entrada do SUS, dando conta de toda sorte de demandas e organizando o acesso à atenção especializada²³.

Não é possível desconhecer, por fim, toda uma literatura acerca do papel da APS na resposta brasileira aos processos contemporâneos de vulnerabilização que se impõem às populações específicas, como, por exemplo, pessoas em situação de rua, refugiadas ou vivendo com HIV²⁴⁻²⁷. Todas as pesquisas citadas jogam luz ao fato de que o Estado brasileiro vinha – mormente no contexto dos governos pós-neoliberais – investindo em garantir a

mitigação dos efeitos deletérios das iniquidades estruturais por meio da capilarização da ESF nos mais diversos territórios do País, com alcance a quem mais precisa. Portanto, a despeito dos desafios e das fragilidades que se perpetuavam, eram visíveis o avanço no número de equipes, a melhora na ambiência das unidades, o aumento dos investimentos na formação de profissionais e, consequentemente, a melhora nos indicadores.

À luz do acúmulo de conhecimento, a desconstituição atual da APS abrangente que vinha se constituindo no Brasil é, portanto, um completo desvario até para aqueles que insistem na cantilena do enxugamento de gastos com políticas públicas. Mesmo no contexto da ‘privataria tucana’²⁸, houve gestos, ainda que modestos, em direção à sua consolidação. Contudo, diante das sucessivas derrotas eleitorais para as forças populares que o domesticaram na América Latina na primeira quinzena do século XXI, o capitalismo neoliberal decidiu renunciar ao seu antigo simulacro, patrocinando abertamente a desdemocratização e a necropolítica a fim de manter a homeostase de seu sistema de exploração^{7,8,29}.

No meio desse caminho, no entanto, eclodiu uma pandemia que recolocou o SUS e a APS no centro do debate e da cena social, provando mais uma vez sua necessidade, importância e efetividade na defesa da vida. No cenário pandêmico, ficaram óbvios os desafios do SUS e os ataques político-econômicos que sofre, ao mesmo tempo que se impôs o seu reconhecimento como essencial à garantia do direito à saúde e ao próprio funcionamento social e econômico da sociedade³⁰⁻³². A Covid-19 também ratificou que qualquer crise, sanitária e humanitária, exige uma produção de saúde articulada entre a atenção individual e o cuidado comunitário, o que faz sobressair que a APS integral, intersetorial, territorializada e de qualidade é imprescindível³².

O Sars-CoV-2 teria sido mais mortífero no Brasil se não fossem a organização federativa do SUS e a força de conceitos e práticas da APS

e sua capilaridade³³, o que majora a necessidade de mobilização das forças sociais e políticas para resistir ao seu desmonte e financeirização privatista que segue de modo sub-reptício. Além disso, torna-se compulsório enfrentar especialmente o desencanto e a apatia que ainda parecem hegemônicos na população brasileira ante a (não)garantia de direitos que lhe é (ou deveria ser) assegurada constitucionalmente.

Nessa direção, a ESF e as suas ACS são absolutamente decisivas uma vez que sua capacidade de associação orgânica e dialógica às comunidades e seus movimentos organizados possibilitam – a partir dos equipamentos intersetoriais existentes nos territórios – inovar nos processos de trabalho e produção de saúde, seja no acompanhamento longitudinal de situações de cronicidade, seja na vigilância popular em saúde^{32,34}. Ademais, considerando que a efetiva conquista da saúde em sua concepção ampliada implica o vínculo e a mobilização comunitária em prol de políticas garantidoras de cidadania³⁵, seu trabalho envolve processos de educação em saúde que sejam menos prescritivos e mais propiciadores de reflexão desejante e ação política. Portanto, ambas são tático-estratégicas para subverter os movimentos necropolíticos e de desdemocratização; não à toa, observa-se a “disputa do existir ou não existir ACS no SUS, que se insere em uma tensão de interesses do Estado, mercado e sociedade”³⁵⁽³⁾.

Desdemocratização, necropolítica e conservadorismo: distopia à brasileira

Boaventura de Souza Santos³⁶ caracteriza as democracias como “regimes em movimento” entre processos de (re)democratização e (des)democratização, a depender dos vínculos políticos que unem os cidadãos ao Estado e entre si. Nessa direção, ele insta a sociedade a se organizar sob pena de a democracia perecer

em favor não de uma ditadura, mas de “uma ditamole ou uma democradura”. Em sua interpretação, a desdemocratização no Estado é imbricada naquela que verte na sociedade, em que as redes de confiança e solidariedade se tornam rarefeitas.

Olhando especificamente para o caso brasileiro, Ballestrin³⁷ enfatiza como o golpe de 2016 é a expressão máxima da desdemocratização que já se anunciava há um par de anos, sendo um dos mais significativos pontos de inflexão nos regimes pós-neoliberais do Sul global. Perante o esgotamento dos métodos sorrateiros, atualizou-se o enredo clássico de golpear a democracia sempre que forem gestadas condições para o seu aprofundamento. A autora lembra ainda que a condição pós-colonial na América Latina e nos demais países da periferia do capitalismo evidencia a autofagia entre os princípios liberais na política e na economia de modo que, por muito tempo, o liberalismo adotou como par indispensável não a democracia, mas o autoritarismo.

Entende-se, pois, que o aumento do protagonismo internacional brasileiro fez recrudescer o *modus operandi* do capital colonialista, no qual o poder político nacional se associa aos interesses do capital internacional, patrocinando o apagamento da ideia de povo e desconstituindo a soberania popular sem que sejam formalmente extintos os mecanismos democráticos. Tal processo envolve movimentos simultâneos, entre os quais, a “radicalização do anti-humanismo contra a vida dos outros”³⁷⁽¹⁶⁰⁾ e a equiparação necessária entre política e corrupção, o que enseja uma transfiguração na qual “a aversão discursiva à corrupção tem se transformado em aversão à política e à própria democracia”³⁷⁽¹⁶⁰⁾.

Na mesma direção, Miguel³⁸ lembra que a estoicidade da democracia liberal no centro do capitalismo é produto do fato de que, na periferia dele, ela é um luxo facilmente descartável já que traz imprevisibilidades ao mercado internacional. Sua versão restrita é, portanto, condição para que a economia capitalista prospere à custa da contração dos gastos

públicos e do encolhimento dos sistemas de seguridade social dos trabalhadores. Nesse enquadre, diante da crise de financiamento do nascente Estado de bem-estar social tupiniquim, emergem vocalizações que investem na soberania do mercado em detrimento daquela da nação, não abandonando o rótulo da democracia, mas, como diz o autor, deixando de pé apenas uma caricatura degenerada dela.

Com similaridades em outras partes do Ocidente, a desdemocratização à brasileira aciona forças do reacionarismo moral e da leniência com o autoritarismo que rejeita o pluralismo cultural, os pactos civilizatórios mínimos e aquiesce à proliferação das expressões de violência que esfarela os vínculos solidários entre os trabalhadores. Tal processo implica operar um revisionismo histórico e moral, cujo intento é a manutenção do *status quo* ameaçado pela garantia de direitos e o protagonismo das populações vulnerabilizadas no período pré-golpe.

Nessa direção, não é nada contraditório que as universidades se tornem alvos prediletos de ataques, uma vez que suas políticas de ações afirmativas e sua produção de conhecimento crítico subsidiaram sujeitos e grupos marcados pela desigualdade social e pela violência do Estado a romper com mecanismos de silenciamento e a ampliar sua luta por cidadania³⁹. Acerca dos saberes científicos, pois, produz-se uma narrativa de descrédito, como no caso das vacinas, ou de moralmente inadequado, quando da defesa de direitos das mulheres e das populações negras ou LGBTQIA+.

O pânico moral, assim, é fomentado como reação às transformações sociais tidas como ameaçadoras à ordem vigente e sustenta o espraiamento de discursos e práticas que negam a possibilidade de existência de novas composições culturais individuais e coletivas. Nesse arranjo neoconservador, no Brasil, o capital neoliberal, por meio de seus sicários ideológicos, atribui toda ruína social à diversidade de modos de existir, ao mesmo tempo que dedilha ode ao individualismo meritocrático⁴⁰. É, aliás, a partir dessa amálgama que se investe

em discursos que mobilizam os grupos que se perceberam perdendo privilégios, notadamente as classes médias brancas do centro-sul do País, com acento especial entre os homens³⁹.

Esse movimento se amplifica para os estratos majoritários da classe trabalhadora por meio do fundamentalismo religioso⁴¹, cujos atores ocupam posições em todos os setores da sociedade e disseminam referências, inclusive estéticas, como, por exemplo, os famosos ‘abençoado’ e ‘livramento’^{40,42}. Tal fenômeno ganha limpidez na emergência orgulhosa de sua agenda fortemente reacionária no campo da moralidade durante os discursos proferidos na sessão da Câmara dos Deputados que aprovou a admissibilidade do golpe de 2016⁴³.

Vale lembrar que, da redemocratização à segunda década deste século – inclusive a constituinte –, os neoliberais compunham no Brasil uma “direita envergonhada”⁴⁴⁽⁴⁸⁶⁾, que não ousava dizer seu nome nem mesmo em seus próprios governos na década de 1990. Entretanto, os seus sucessivos fracassos eleitorais, o tensionamento dos privilégios históricos das classes médias, a afirmação da pluralidade da vida social e a violência urbana constituíram um cenário propício à sua (re)emergência, especialmente com discursos acerca das questões morais no âmbito dos costumes e daquelas relativas à segurança pública pelo incremento da militarização da sociedade. Não por acaso, há relações quase simbióticas entre as bancadas evangélicas e da bala, cada qual com a sua própria retórica bélica em expansão^{44,45}.

Tal aposta vem tendo bastante sucesso de modo que esse espectro político, que vinha perdendo assentos no parlamento de forma sustentada no contexto do avanço do pós-neoliberalismo, experimenta uma reversão do quadro mediante sua conversão em uma direita confessional, que escamoteia o seu projeto econômico ou pelo menos o coloca em segundo plano. O resultado são as maiores porcentagens eleitorais da série histórica desde a redemocratização⁴⁶.

Embora não seja um fenômeno brasileiro, a politização pentecostal no País se destaca

no cenário latino-americano com crescente atuação direta dos membros de suas mais diversas correntes em todos os níveis da cena político-partidária⁴⁷. Esse movimento, impulsionado em muito por neopentecostais, “adotou um modelo corporativo de representação política”⁴⁷⁽⁶⁰⁶⁾ com lançamento de candidaturas próprias e fiéis às denominações religiosas de origem. Machado e Burity⁴⁷ afirmam, a partir de entrevistas com lideranças pentecostais, que o projeto que sustenta a sua incidência política envolve a contenção do secularismo, expresso por políticas públicas de educação e saúde baseadas em reivindicações de direitos dos movimentos feministas e de diversidade sexual e de gênero, e a articulação com o neoliberalismo por meio da defesa e da valorização do empreendedorismo individual e das ideias de ‘responsabilidade’, ao invés de ‘direito’, e de prosperidade como benção divina.

As origens dessa marcha retomam as décadas de 1980/1990, quando o movimento neopentecostal incrementou sua presença em presídios e espalhou templos em regiões periféricas e altamente vulnerabilizadas de todo o País. Diante dos hiatos no acesso efetivo às políticas públicas e usando da retórica da profissão de fé, esse grupo passou a ter protagonismo na oferta de proteção às famílias das agruras mais imediatas, incluindo a criminalidade, e a disponibilizar a pertença a redes de sociabilidade seguras, irmanada pela solidariedade cristã^{42,48}.

Em um primeiro momento, as lideranças eram oriundas dos mesmos contextos de vulnerabilização dos fiéis, estavam pessoalmente ligadas às suas experiências na lida e as tinham como estandarte. A partir dos anos 2000, todavia, houve um deslocamento cada vez maior dessas figuras para os setores médios, conformando uma hegemonia de homens com maior escolaridade, muitos deles brancos, que ocuparam pequenos partidos políticos de direita e o universo das telecomunicações^{47,49,50}. Apesar disso, a agenda econômica acabou estrategicamente subsumida à mobilização do pânico moral no âmbito dos costumes e da segurança pública. Construiu-se,

pois, uma mecânica para ‘democraticamente’ ocupar cargos públicos em nome das ‘famílias de bem’, começando pelo legislativo⁵¹ e, na sequência, alcançando o executivo^{52,53} e o judiciário⁵⁴.

Repercussões desestruturantes na saúde pública

A compreensão de que o SUS nunca foi plenamente implementado e que sua consolidação é marcada por permanente disputa entre um projeto da reforma sanitária e um projeto privatista é quase consenso no campo da saúde brasileiro^{55,56}; bem como de que nunca se esteve sob uma crise tão grave quanto inédita⁵⁶.

Desde 2016, investe-se na intensificação dos ataques à saúde pública, os quais operam a articulação distópica anteriormente enunciada. Assim, à época, o MS, sob comando de Ricardo Barros, teve por objetivo ‘eficiência econômica’; para tanto, não só contingenciou e suprimiu o orçamento como também afirmou ser urgente rever o direito constitucional de acesso universal à saúde⁵⁶. O ministro do governo Temer afirmou que a solução para o cuidado em saúde dos brasileiros deveria ser a criação de “planos de saúde populares”⁵³⁽⁶⁾.

O primeiro ministro do governo Bolsonaro, Mandetta, somou à lógica do corte de custos a afirmação de que o problema do SUS era a má gestão financeira de estados e municípios⁵⁶. Não à toa, o Previde Brasil altera o financiamento da APS com foco na transferência de recursos por população cadastrada e por desempenho dos municípios, induzindo a competição por recursos e comprometendo ainda mais a universalidade de acesso à saúde no mundo real^{7,8,56}.

Além do Previde Brasil, o pacote de medidas que aprofundava as alterações enunciadas na PNAB 2017 também trouxe a criação da Agência para Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps), instituição de direito privado, e a proposição da Carteira

de Serviços para a APS (CaSAPS)⁸. Sem que o papel do Conselho Nacional de Saúde fosse respeitado e com protagonismo da Comissão Intergestores Tripartite, as regulamentações aprovadas transformaram a composição das equipes e a organização dos serviços, investindo na focalização e ampliando as possibilidades de privatização da saúde^{8,56}.

O modelo gerencialista de gestão dos serviços, preocupado com a eficiência do uso dos recursos e a resolutividade mensurável, afeta diretamente os modos de produção da saúde nos territórios e o modelo de cuidado posto em prática pelas equipes, às quais é negado, na maioria das situações, um vínculo seguro e estável de trabalho, restringindo sua autonomia de atuação profissional e dificultando o investimento em processos mais dialógicos^{8,55}.

Por um lado, há uma ‘cruzada’ gerencialista e, por outro, aciona-se uma retórica conservadora e messiânica. Em seu discurso de posse, Mandetta disse que se qualificava para o cargo de ministro da saúde por seu compromisso ‘com a família, com a fé’ e por seu alinhamento a um projeto de Estado calcado em valores, princípios e condutas que “calam muito fundo na alma do homem brasileiro”⁵⁶⁽⁷⁹⁾. Tal discurso fez emergir a articulação política e religião, que, embora não seja uma novidade, ganhou outros contornos no período, pois buscou mobilizar a população com base em um *modus operandi* mais vinculado aos evangélicos, no qual há centralidade da construção de valores, índices maiores de confiança em lideranças religiosas do que seculares e certa endogenia dos laços sociais⁵¹.

No entanto, a presença da racionalidade neopentecostal na máquina estatal não se restringiu ao discurso. Ao contrário, significou muitas mudanças em políticas de saúde que seriam operadas nas RAS e, em especial, na APS^{53,56}. A ‘nova saúde mental’ trouxe de volta um modelo de atenção que privilegia a internação, seja nos leitos psiquiátricos, seja em comunidades terapêuticas (muitas delas religiosas), em detrimento do cuidado nos territórios⁵⁶. A Política Nacional de Álcool e outras Drogas abandonou a perspectiva de redução de danos

e passou a orientar a abstinência e a proibição do consumo de substâncias⁵⁶.

O Departamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), AIDS e Hepatites Virais foi rebaixado no organograma do MS, perdendo autonomia e recursos financeiros; e, sob forte ataque religioso-moral, viu a suspensão de ações de educação em saúde e prevenção⁵⁶. Simultaneamente, no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, construiu-se a proposta de oferta ‘racional’ de implantes de contraceptivos de longa duração para mulheres cisgênero encarceradas, moradoras de rua e usuárias de drogas, que, em sua maioria, são negras e pobres, reproduzindo o ideário racista, sexista e moralista punitivo⁵⁶.

Colocou-se em curso uma necropolítica neoliberal e conservadora na medida quem que se estabeleceu uma teia de ações e omissões sistemáticas e planejadas do Estado no campo da saúde pública⁵⁷ que faz “morrer determinados grupos sociais de um modo legalmente justificado e, de certa forma, silencioso”⁵⁶⁽⁷⁷⁾, implicando, inclusive, a perda de liderança do Brasil na saúde global⁵³.

Trivellato e Ventura⁵³ mostram que a participação de quadros ligados à promoção de projetos com concepções tradicionais e religiosas de família nas comitativas brasileiras em reuniões da Organização Mundial da Saúde e na Assembleia Mundial de Saúde e a postura do governo federal durante a pandemia – contra medidas preventivas de proteção coletiva e individual e antivacinas – comprometeram a credibilidade e afastaram o País das negociações multilaterais.

(R)existindo a partir da atenção primária: Bacurau é aqui

Bacurau é um distrito sertanejo situado no nordeste brasileiro de um futuro próximo e distópico⁵⁸, no qual os milicianos privatizam a água com aquiescência estatal, há execuções

públicas televisionadas em São Paulo e o racismo colonial promove um safari humano em que o assassinato latino é entretenimento vendido ao norte global. Com participação de dirigentes políticos locais e conluio de civis – crentes em uma inexistente semelhança com os algozes de seus concidadãos –, a necropolítica, que intenta abater o vilarejo, espolia até mesmo o seu direito de estar no mapa; uma espécie radical da desdemocratização que erode a soberania de um povo.

Não obstante, o povoado recusa o canto da sereia do fascismo aniquilador das diferenças, que embora não sejam esquecidas tampouco constituem óbices para a vida em sociedade. Ao contrário, teima em (r)existir a partir da solidariedade, do respeito às liberdades individuais e coletivas e da importância dada à memória e ao conhecimento das lutas populares, que fazem com que o museu histórico, e não a capela, seja o orgulho da comunidade liderada por dois negros, um professor e uma enfermeira. O sucesso da empreitada surpreende os assassinos incautos, sendo tributária também do manejo meticuloso do território, dos saberes tradicionais, do torpor sincrético e de uma verve antropofágico-tropicalista idiosincrática que, antes de alimentar as entranhas da cidade com o inimigo, oferece a ele um guisado com suco de caju⁵⁹.

Os moradores de Bacurau trazem em seus corpos as marcas da miscigenação forçada entre sujeitos e suas culturas. São justamente os ‘zês-ninguém’ dos quais nos fala Darcy Ribeiro⁶⁰, descendentes da bárbara violência da escravidão, que já não sendo mais indígenas ou africanos, tampouco são europeus; encarnam, portanto, a “ninguendade”⁶⁰⁽¹³¹⁾ de onde “nasceu um novo povo único sem precedentes no mundo” e que traz no corpo e na alma uma plasticidade criativa e insólita para responder à aridez imposta pela classe dominante absolutamente infecunda, visceralmente vira-lata, cruelmente pervertida e que cultua ‘o pendor e o calejamento do senhor de escravo’.

No espaço-tempo do vilarejo, esses sujeitos racializados e a sua comunidade ‘fora do mapa’,

conectados a um mundo globalizado e, ao mesmo tempo, excluídos por ele, organizam-se para resistir à violência estrangeira. Marcham ombro a ombro profissionais da saúde, professores, motoristas, violeiros, agricultores e DJs sob a liderança daqueles marginalizados: mulheres, travestis, andrógenos, gays, lésbicas, cafetinas e prostitutas, libertinos, cidadãos fora da lei. Quem nasce em Bacurau é gente, orgulhosa de si, disposta a reafirmar a existência que o norte do mundo insiste em negar e a fazer valer a máxima que demarca as terras de sua despreziosa cidadela: ‘se for, vá na paz’.

Tal como no filme, só há dois caminhos possíveis ao povo brasileiro: lutar para retomar os trilhos que apontam à utopia ou se resignar à condenação perpétua da distopia necropolítica neoliberal. Dessa forma, como acontece na película, o campo da saúde tem centralidade na guerra para repelir nossos algozes, mas só alterará seu rumo se estivermos, como nossos compatriotas de Bacurau, ‘sob o efeito de um poderoso psicotrópico’: a esperança solidária.

Entende-se que é a APS, organizada pela ESF, que melhor guarda os predicados para gerar ondas de esperança solidária^{5,15,32}, justamente por suas múltiplas analogias ao resiliente povoado. É o caso, por exemplo, da atuação multiprofissional cooperativa e das relações mais horizontalizadas com os usuários. Ademais, sendo as ACS filhas das comunidades em que atuam e os demais profissionais vinculados a elas de forma longitudinal²⁵, são garantidas a compreensão acurada da gramática social, a capilaridade territorial e a aproximação cuidadosa da história dos sujeitos, suas famílias e comunidades. Tais características extrapolam a mera prestação de serviços em saúde e oportunizam as relações solidárias necessárias à resistência.

Outro traço da APS que rememora o triunfo sertanejo é sua vocação não apenas à biomedicina, mas também aos saberes e práticas que a sobrecedem e são muitas vezes desprezados por ela, como outras racionalidades médicas, as ciências sociais, os saberes sobre as subjetividades e os conhecimentos populares,

provenientes ou não de confissão espiritual. Assim, a abrangência do seu escopo não se restringe a intervenções médicas, prevendo também a mediação social dos sujeitos entre si e nas instituições. No longa-metragem, se o protagonismo é dos que estão à margem, reafirmando seu direito de existir, na APS, são os mais vulnerabilizados, geralmente invisíveis, que ganham centralidade⁵⁶.

É na práxis do cuidado integral à saúde produzido pela APS que se abrem possibilidades de respeito, acolhimento e escuta à diversidade dos modos de viver, características que permitem que, nos territórios em que as equipes de ESF se inserem, as políticas públicas sejam efetivamente de todos, respondam às necessidades de saúde e produzam cidadania.

Por certo, sabemos que há enormes desafios para a consecução sustentável dessa APS emancipatória considerando o cenário atual marcado pela necropolítica neoliberal^{2,3,7,8}. Entretanto, seguimos apostando que sua capilaridade e seu *modus operandi* a tornam um campo por excelência de mobilização da

sociedade para as lutas populares e a defesa das liberdades individuais e coletivas^{4,13,15,61}.

Tudo isso faz com que seja ali, na APS, que haja, mais que em qualquer espaço, possibilidade – e exigência! – do uso crítico e criativo da plasticidade, por vezes jocosa, que é insígnia diferencial da nossa gente e que assegurou a vitória de Bacurau em sua peleja por sobrevivência. Por isso, para não concluir longe das referências pernambucanas, se é verdade que “um galo sozinho não tece uma manhã, [e] ele precisará sempre de outros galos”⁶²⁽²¹⁹⁾, não temos melhor alternativa para resistir adiante da conjuntura a não ser nos entrincheirarmos na APS sob a máxima materna: “é só teimar, levanta a cabeça, olha pra frente e teima”^{63(sp)}.

Colaboradores

Agostini R (0000-0001-8071-9362)* e Castro AM (0000-0003-1190-5828)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Godoy G. O direito ao delírio – Eduardo Galeano. Blog Gilberto Godoy. Psicologia, Saúde & Cultura. [acesso em 2022 jan 10]. Disponível em: <https://www.gilbertogodoy.com.br/ler-post/o-direito-ao-delirio---eduardo-galeano>.
2. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde debate*. 2018 [acesso em 2022 jan 10]; 42(116):11-24. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/7PPB5Bj8W46G3s95GFctzJx/?lang=pt>.
3. Melo EA, Mendonça MHM, Oliveira JR, et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde debate*. 2018 [acesso em 2022 jan 10]; 42(esp1):38-51. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Vs4dLSn6T43b6nPB-CFg8F3p/abstract/?lang=pt>.
4. Agostini R, Castro AM. O que pode o Sistema Único de Saúde em tempos de necropolítica neoliberal? *Saúde debate*. 2019 [acesso em 2022 jan 10]; 43(esp8):175-188. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/tKVjyyPy8rRHP8nqGhZGYhF/abstract/?lang=pt>.
5. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC et al., organizadoras. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 493-545
6. Constante HM, Marinho GL, Bastos JL. The door is open, but not everyone may enter: racial inequities in healthcare access across three Brazilian surveys. *Ciênc. saúde coletiva*. 2021 [acesso em 2022 jan 10]; 26(9):3981-3990. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/XDznRLq5hh8VNXmPrX4Y57r/abstract/?lang=en>.
7. De Seta MH, Ocké-Reis CO, Ramos ALP. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? *Ciênc. saúde coletiva*. 2021 [acesso em 2022 jan 10]; 26(supl2):3781-3786. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YDNxWmxtzxsfhTgn-9zjcrhC/>.
8. Morosini MVGC, Fonseca AF, Baptista TWF. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? *Cad. Saúde Pública*. 2020 [acesso em 2022 jan 10]; 36(9):e00040220. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Hx4DD3yCsxkcx3Bd6tGzq6p/abstract/?lang=pt>.
9. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Nota Abrasco sobre as propostas de mudança na PNAB em Saúde. [acesso em 2022 jan 10]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/institucional/nota-abrasco-sobre-as-propostas-de-mudanca-na-politica-nacional-de-atencao-basica-em-saude/43010/>.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Mais Médicos. Resultado para o País. [acesso em 2022 jan 10] Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/resultados-para-o-pais>.
11. Funcia F. Sistema Único de Saúde - 30 anos: Do Subfinanciamento Crônico para o Processo de Desfinanciamento Decorrente da Emenda Constitucional 95/2016. 30 anos da Seguridade Social - Avanços e Retrocessos. Brasília, DF: Fundação ANFIP de Estudos Tributários e da Seguridade Social; 2018.
12. Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y, et al. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *Br J Gen Pract*. 2013 [acesso em 2022 jan 10]; 63(616):e742-50. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24267857/>.
13. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Q*. 2005 [acesso em 2022 jan 10]; 83(3):457-502. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16202000/>.
14. Macinko J, Starfield B & Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res*. 2003 [acesso em 2022 jan 10]; 38(3):831-65. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12822915/>.

15. Giovanella L, Mendonça MHM, Buss P, et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Cad. Saúde Pública*. 2019 [acesso em 2022 jan 10]; 35(3):e00012219. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/9rWTS9ZvcYxqdY8ZTJMmPMH/?format=pdf&lang=pt>.
16. Organização Pan-americana da Saúde. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS. Brasília, DF: OPAS; 2011.
17. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde debate*. 2018 [acesso em 2022 jan 10]; 42(esp1):18-37. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Kr7jdgRFHmdqnMcP3GG8JTB/abstract/?lang=pt>.
18. Hone T, Rasella D, Barreto ML, et al. Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: A national longitudinal analysis. *PLoS Med*. 2017 [acesso em 2022 jan 10]; 14(5):e1002306. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1002306>.
19. Rasella D, Harhay MO, Pamponet M, et al. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ* 2014. [acesso em 2022 jan 10]; (349):g4014. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/349/bmj.g4014>.
20. Cabral NL, Franco S, Longo A, et al. The Brazilian Family Health Program and Secondary Stroke and Myocardial Infarction Prevention: A 6-Year Cohort Study. *Am J Public Health*. 2012 [acesso em 2022 jan 10]; 102(12):e90-e95. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23078478/>.
21. Bastos ML, Menzies D, Hone T, et al. Correction: The impact of the Brazilian family health on selected primary care sensitive conditions: A systematic review. *PLoS One*. 2017 [acesso em 2022 jan 10]; 12(12):e0189557. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0182336>.
22. Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciênc. saúde coletiva*. 2018 [acesso em 2022 jan 10]; 23(6):1903-1913. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/dXV7f6FDmRnj7BWPJFt6L-Fk/abstract/?lang=pt>.
23. Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM, et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. *Saúde debate*. 2014 [acesso em 2022 jan 10]; 38(esp):13-33. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/xyFtnVS-D4MgBWXfV8NDYXSS/abstract/?lang=pt>.
24. D'Avila OR, Chisini LA, Costa FS, et al. Use of Health Services and Family Health Strategy Households Population Coverage in Brazil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2021 [acesso em 2022 jan 10]; 26(9):3955-3964. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/zHhJY3PSRTWRLJBp4BwhQy/?lang=en>.
25. Agostini R. E Aids lá é coisa de família?: (re)configurações da assistência às pessoas vivendo com HIV a partir da Estratégia de Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro. [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2020. 427 p.
26. Maia ACS. Saúde em trânsito: o fluxo de assistência aos refugiados na atenção primária em saúde no município do Rio de Janeiro. [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2018. 100 p.
27. Silva CC, Cruz MM, Vargas EP. Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua. *Saúde debate*. 2015 [acesso em 2022 jan 10]; 39(esp): 246-256. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/PBqqKT9JyjgJndzcTcJxRMh/abstract/?lang=pt>.
28. Ribeiro Jr A. A privatária Tucana. São Paulo: Geração; 2001.
29. Mendes A, Melo MA, Carnut L. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos

- federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. *Cad. Saúde Pública*. 2022 [acesso em 2022 jan 10]; 38(2):e00164621. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/RzCN3QfmZthv6GBQQfN-QHsQ/abstract/?lang=pt>.
30. Massuda A, Malik AM, Vecina Neto G, et al. A resiliência do Sistema Único de Saúde frente à COVID-19. *Cad. EBAP.BR*. 2021 [acesso em 2022 jan 10]; 19(esp):735-744 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cebape/a/PfnQv8mykrVxTDjVgD8Sfsgs/?lang=pt&format=pdf>.
 31. Bastos LSL, Aguilar S, Rache B, et al. Primary health-care protects vulnerable populations from inequity in COVID-19 vaccination: An ecological analysis of nationwide data from Brazil. *The Lancet*. 2022. [acesso em 2022 jan 28]; (14):e100335. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X\(22\)00152-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X(22)00152-1/fulltext)
 32. Giovanella L, Martufi V, Mendoza, DCR, et al. A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. *Saúde debate*. 2020 [acesso em 2022 jan 28]; 44(esp4):161-176 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/LTxlLz5prt rLwWLzNJZfQRy/?lang=pt>.
 33. Bousquat A, Akerman M, Mendes A, et al. Pandemia de covid-19: o SUS mais necessário do que nunca. *Revista USP*. 2021 [acesso em 2022 jan 28]; (128):13-26. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/185393>.
 34. Arjona FBS. O espaço da/na vigilância popular em saúde: construção teórica inicial. *Revista Eletr. História, Nat. Esp*. 2017 [acesso em 2022 jan 28]; 6(2):1-15. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/niesbf/article/view/35702>.
 35. Mélló LMBD, Albuquerque PC, Santos RC, et al. Agentes comunitárias de saúde: práticas, legitimidade e formação profissional em tempos de pandemia de Covid-19 no Brasil. *Interface*. 2021 [acesso em 2022 jan 28]; 25(supl1):e210306 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/F8wfx8yHPyYnQYfcG69zKxf/>.
 36. Souza Santos B. Des-democratização. [acesso em 2022 fev 10]. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/2007/09/18/artigo-des-democratizacao/>.
 37. Ballestrin L. O Debate Pós-democrático no Século XXI. *Revista Sul-americana de Ciência Política*. 2018 [acesso em 2022 fev 10]; 4(2):149-164. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/rsu-lacp/article/view/14824>.
 38. Miguel LF, Vitullo GE. Democracia, dominação política e emancipação social. *Crít. Marxista*. 2020 [acesso em 2022 fev 10]; (1):11-35. Disponível em: https://www.ifch.unicamp.br/criticamarxista/arquivos_biblioteca/artigo2021_06_22_17_37_15.pdf.
 39. Di Carlo J, Kamradt J. Bolsonaro e a cultura do politicamente incorreto na política brasileira. *Teoria e Cult*. 2018 [acesso em 2022 fev 10]; 13(2):55-72. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/TeoriaeCultura/article/view/12431>.
 40. Alencar G. Evangélicos e a Nova Direita no Brasil: os Discursos Conservadores do “Neocalvinismo” e as Interloquções com a Política. *Teoria e Cult*. 2018 [acesso em 2022 fev 10]; 13(2):101-117. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/TeoriaeCultura/article/view/12428>.
 41. Miguel LF. Da ‘doutrinação marxista’ à ‘ideologia de gênero’: Escola Sem Partido e as leis da mordada no parlamento brasileiro. *Revista Direito e Práxis*. 2016 [acesso em 2022 fev 10]; 7(1):590-621. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistataceaju/article/view/25163>.
 42. Cunha CV. Cultura pentecostal em periferias cariocas: grafites e agenciamentos políticos nacionais. *Rev Plural*. 2022 [acesso em 2022 fev 10]; 28(1):80-108. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/plural/article/view/188462>.
 43. Duarte LFD. Valores cívicos e morais em jogo na Câmara dos Deputados: a votação sobre o pedido de impeachment da Presidente da República. *Relig. Soc*. 2017 [acesso em 2022 fev 10]; 37(1):145-166. Dispo-

- nível em: <https://www.scielo.br/j/rs/a/mJXPSHC-PLY3Qk8wXPWJxh6J/abstract/?lang=pt>.
44. Quadros MPR, Madeira RM. Fim da direita envergonhada? Atuação da bancada evangélica e da bancada da bala e os caminhos da representação do conservadorismo no Brasil. *Opin. Pública*. 2018 [acesso em 2022 fev 10]; 24(3):486-522. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/op/a/fb7t4KkpVsJfvHwgLnF3wxS/abstract/?lang=pt>.
 45. Medeiros E, Fonseca B. As bancadas da Câmara. *Portal Publica*. 2016. [acesso em 2022 fev 10]. Disponível em: <https://apublica.org/2016/02/truco-as-bancadas-da-camara>.
 46. Codato A, Berkatto F, Bolognesi B. Tipologia dos políticos de direita no Brasil. *Análise Soc*. 2018 [acesso em 2022 fev 10]; 3(229):870-897. Disponível em: http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/n229_a02.pdf.
 47. Machado MDC, Burity J. A Ascensão Política dos Pentecostais no Brasil na Avaliação de Líderes Religiosos. *DADOS – Rev. Ciências Soc*. 2014 [acesso em 2022 fev 10]; 7(3):601-631. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/dados/a/9RpfdDgJSSGgtPHjGW97rPQ/abstract/?lang=pt>.
 48. Lobo ES. Católicos e Evangélicos em prisões do Rio de Janeiro. *Comun. ISER*. 2012 [acesso em 2022 fev 10]; (61):22-29. Disponível em: https://www.iser.org.br/wp-content/uploads/2020/07/Comunicacoes_ISER_n61.pdf.
 49. Cassotta PL, Cerqueira C, Lacerda F. Religião e Política Balanço das Temáticas e Pesquisas Recentes no Brasil (2016-2021). *Agenda Política*. 2022 [acesso em 2022 fev 10]; 9(2):4-16. Disponível em: <https://www.sumarios.org/artigo/religi%C3%A3o-e-pol%C3%ADtica-balan%C3%A7o-das-tem%C3%A1ticas-e-pesquisas-recntes-no-brasil-2016-2021>.
 50. Gerardi DA. Parlamentares evangélicos no Brasil: perfil de candidatos e eleitos a deputado federal. *Newsletter*. 2016 [acesso em 2022 fev 10]; 3(14):1-18 Disponível em: <https://bibliotecadigital.tse.jus.br/xmlui/handle/bdtse/2569>.
 51. Trevisan J. A Frente Parlamentar Evangélica: Força política no estado laico brasileiro. *Numen: Rev. Estud. Pesq. Religião*. 2013 [acesso em 2022 fev 10]; 16(1):581-609. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/numen/article/view/21884>.
 52. Gomes EC, Leite MST. A religião no poder executivo: controvérsias sobre “cultura” no mandato de Crivella no Rio de Janeiro. *Religare*. 2019 [acesso em 2022 fev 10]; 16(1):85-116. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/religare/article/view/42192>.
 53. Trivellato PRF, Ventura DFL. The decline of Brazil in the global health field: Rupture, loss, and reversal of leadership in the international health agenda. *Latin Ame Policy*. 2022 [acesso em 2022 out 27]; 13(2):484-497 Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/lamp.12274>.
 54. El País. André Mendonça, o nome “terrivelmente evangélico” para o STF de Bolsonaro. [acesso em 2022 out 28]. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2021-07-12/andre-mendonca-o-nome-terrivelmente-evangelico-para-o-stf-de-bolsonaro.html>.
 55. Guimarães SEM. Expressões conservadoras no trabalho em saúde: a abordagem familiar e comunitária em questão. *Serv. Soc. Soc*. 2017 [acesso em 2022 out 29]; (130):564-582. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/3M8B67GBFspYdZRZMNdZtCk/?lang=pt>.
 56. Freire L, Castro R. Apresentação do Dossiê Entre “precariedades”, “crises” e o “colapso”: perspectivas antropológicas sobre o “desmonte” do SUS. *Anuário Antropológico*. 2022 [acesso em 2022 out 29]; 47(2):75-92. Disponível em: <http://journals.openedition.org/aa/9695>.
 57. Matta GC, Rego S, Souto EP, et al., organizadores. Os impactos sociais da covid-19 no brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2021.
 58. Bacurau [Filme]. Direção: Mendonça Filho K, Dorneles J. Rio de Janeiro: Cinema Scópio Produções; SBS Films; Símió Filmes; arte France Cinéma; 2019.

59. Gomes AR, Trovão FVB. O Voo do bacurau: cinema, necropolítica e [contraviolência]. *Fênix – Rev. Hist. Estud. Cult.* 2020 [acesso em 2022 out 29]; 17(2):231-261. Disponível em: <https://www.revistafenix.pro.br/revistafenix/article/view/951>.
60. Ribeiro D. O povo brasileiro: A formação e o sentido do Brasil. São Paulo: Companhia das Letras; 2006.
61. Eclinical Medicine. Editorial: Reframing primary health care: a 21st century challenge. *Eclinical Med.* 2021 [acesso em 2022 out 30]; (40):101177. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370\(21\)00457-0/fulltext#articleInformation](https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(21)00457-0/fulltext#articleInformation).
62. Melo Neto JC. A educação pela pedra. São Paulo: Companhia das Letras; 2008.
63. Lula. Teimosia e persistência voltarão a dar resultado. [acesso em 2022 out 2]. Disponível em: <https://lula.com.br/previsoes-do-horoscopo-para-dois-mil-e-lula>.

Recebido em 10/04/2022

Aprovado em 20/10/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Integralidade das práticas em saúde na atenção primária: análise comparada entre Brasil e Portugal por meio de revisão de escopo

The integrality of health practices in primary care: comparative analysis between Brazil and Portugal

Mariana Ramos Rodrigues¹, Maria Fátima de Sousa¹

DOI: 10.1590/0103-11042022313616

RESUMO Desde o período de redemocratização e implementação de seus sistemas universais de saúde, Brasil e Portugal traçam trajetórias similares na construção de um modelo de Atenção Primária à Saúde (APS). Este estudo teve por objetivos identificar e comparar as características das práticas em saúde no âmbito da APS nos sistemas universais de saúde do Brasil e de Portugal que contribuam para a efetivação do princípio da integralidade. A metodologia aplicada foi da análise comparada, por meio de *scooping review*. Foi possível identificar as diferentes formas de investimentos e organização das ofertas de saúde, bem como elementos que podem favorecer a intercambialidade de experiências entre os países e o aperfeiçoamento do sistema de saúde brasileiro.

PALAVRAS-CHAVE Conhecimentos, atitudes e prática em saúde. Brasil. Portugal. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT *Since the period of redemocratization and implementation of their universal health systems, Brazil and Portugal have traced similar paths in the construction of a Primary Health Care (PHC) model. This study aims to identify and compare the characteristics of health practices within the scope of PHC in the universal health systems of Brazil and Portugal that contributes to the realization of the principle of integrality. The methodology used was that of comparative analysis, through scooping review. It was possible to identify the different forms of investment and organization of health offers, as well as elements that can favor the interchange of experiences between countries and the improvement of the Brazilian health system.*

KEYWORDS *Health knowledge, attitudes, practices. Brazil. Portugal. Primary Health Care.*

¹Universidade de Brasília (UnB) - Brasília (DF), Brasil.
mari.rodrigues.2311@gmail.com



Introdução

No Brasil e em Portugal, a luta pela construção de um sistema de saúde universal, acessível e de qualidade se confunde, em um primeiro momento, com a própria luta pela redemocratização dos países após um período de repressão política, remissão de direitos e autoritarismo¹. Foi nesse cenário que, em Portugal, após a Revolução dos Cravos em 1974, e no Brasil, com a promulgação da Constituição Federal em 1988, instauraram-se intenso movimento de retomada dos direitos civis e ampla discussão dentro do espaço da academia sobre as políticas públicas de saúde como elementos indissociáveis na busca pela garantia do direito à saúde^{2,3}.

Os sistemas de saúde do tipo universais representam marcos civilizatórios do século XX. Após a expansão econômica do pós-Segunda Guerra Mundial, desenvolveu-se o chamado *Welfare State*, no qual há o reconhecimento dos direitos sociais e a expansão dos sistemas de proteção social, possibilitando a implantação dos sistemas de saúde universais. Tanto no Brasil quanto em Portugal, as novas constituições federais, promulgadas no contexto da redemocratização, colocam o Estado como principal órgão de concretização da proteção social para garantir a oferta de saúde por meio de um sistema de saúde nacional⁴.

Todo sistema de saúde deve ser capaz de organizar-se a ponto de considerar as mudanças no perfil demográfico e epidemiológico das populações, realizar análises prospectivas dos impactos e desafios desse fenômeno e propor mudanças significativas em sua organização, gestão e prestação de serviços de saúde por meio de políticas públicas, arranjos organizacionais e práticas em saúde.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada uma estratégia determinante para a efetivação do cuidado em saúde nos sistemas universais. O papel da APS – na gestão do fluxo de usuários na rede, no manejo efetivo das condições crônicas, na efetividade do cuidado, em especial, nas práticas preventivas e na

redução de iniquidades – requer um desenho complexo das políticas públicas de forma que seja possível convergir estratégias para um cuidado efetivo⁶.

É, portanto, uma estratégia capaz de produzir a transformação do sistema de saúde, em busca de respostas aos principais problemas e condições de saúde de uma população, pautada na mudança prático-assistencial dos profissionais de saúde e na representação de primeiro nível de atenção⁷.

No Brasil, a APS surgiu como estratégia para o alcance dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): a equidade e a universalidade, e a integralidade, imprescindíveis aos sistemas de proteção social. O conceito de integralidade é polissêmico, com múltiplas aplicações e de grande importância na análise sobre os sistemas de saúde universais. Reconhecido como eixo prioritário de uma política pública de saúde, ele confere a compreensão de sua real operacionalização, bem como demonstra a superação de obstáculos e a implantação de inovações nos modelos e serviços de saúde⁸⁻¹¹.

Entre as definições existentes na literatura, este estudo utilizou o conceito de integralidade posto por Mattos⁹, ao descrever que a integralidade pode ter diferentes significados quando analisada no contexto dos sistemas de saúde. Nesse sentido, Mattos⁹ aborda aspectos relativos à estruturação de práticas que convergem na mudança do modelo de programas horizontais para práticas que considerem o olhar para a integralidade dos sujeitos, prezando pela não fragmentação das ofertas em saúde e pela capacidade do serviço de ordenar suas operações conforme as necessidades da população, não sendo um limitante para restrição de acesso.

Ainda pelo olhar de Mattos⁹ sobre a integralidade das práticas em saúde, para que as ações e os serviços de saúde consigam produzir impacto positivo sobre a saúde da população, é preciso valorizar a multiprofissionalidade, aproveitar janelas de oportunidade para ofertas em saúde e pautar as ações focadas de maneira a considerar os determinantes de saúde.

Dessa forma, buscou-se identificar e comparar as características das práticas em saúde no âmbito da APS nos sistemas universais de saúde do Brasil e de Portugal, que contribuam para a efetivação do princípio da integralidade.

Material e métodos

O método comparativo utilizado neste estudo tem como base a identificação de semelhanças e diferenças, explicando as determinações mais gerais que regem os fenômenos sociais¹⁰.

Para esta análise comparativa entre Brasil e Portugal, com ênfase na identificação da forma de organização das práticas de saúde na APS, foram realizadas análises de produção científica e de normativas sobre o tema, além de documentos de gestão produzidos pelos Ministérios da Saúde dos dois países.

A produção científica foi obtida a partir da revisão de literatura do tipo *scooping review* de caráter exploratório, já que se trata de um método de síntese projetado para abordar questões de pesquisa amplas, geralmente baseadas em políticas¹¹. Esse método tem se destacado mundialmente na área de síntese de evidências em saúde e será realizado conforme a proposta do Instituto Joanna Briggs. Para o mnemônico PCC (*Population, Concept, Context*), definiu-se: ‘Como estão estruturadas as práticas em saúde na APS do Brasil e de Portugal?’.

Utilizaram-se os descritores: Atitudes e práticas em saúde; Brasil; Portugal; Atenção Primária à Saúde, com uso dos operadores booleanos de forma a definir a sentença para preenchimento em diferentes tipos de campos de busca nas bases de dados, de forma combinada para permitir a ampliação dos achados. A busca foi realizada entre 2020 e 2021 nas bases: PubMed, Cochrane, BVS/Lilacs, SciELO e Embase.

As produções bibliográficas obtidas por meio de páginas virtuais da universidade foram acessadas no sítio eletrônico do Laboratório de Pesquisas de Práticas de Integralidade em

Saúde (Lappis) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Os limitadores utilizados foram: friso cronológico (2011 a 2021), disponibilidade na íntegra em idioma português, inglês e espanhol. Foram excluídos: revisões sistemáticas, resumos, manuais, ensaios clínicos, estudos de metanálise e referências de estudos sobre países que não fazem parte desta pesquisa.

Para organização das evidências científicas, foi utilizada a plataforma Mendeley. A partir da leitura e da análise dos documentos científicos e técnicos, foram definidas unidades de análise: Modelo de Atenção, Organização do Cuidado e das Ofertas de Saúde, Integração com outros serviços de saúde, Funcionamento, Acesso à APS, Equipes de Saúde, Território e Adscrição e Carteira de Serviços.

Resultados e discussão

Brasil e Portugal vêm buscando ampliar a cobertura e o acesso de suas populações aos serviços de saúde. As produções em saúde que aconteceram em ambos os países desde a reestruturação da APS – e que envolvem a forma de organizar as ofertas em saúde – guardam, portanto, semelhanças que trazem possibilidades para intercambialidade de experiências e saberes no campo da saúde coletiva.

A integralidade é reconhecida como eixo prioritário de uma política pública de saúde, resume a concretização do conceito de saúde como forma de garantir a cidadania, e leva à compreensão de sua real operacionalização. Demonstra a superação de obstáculos e a implantação de inovações nos modelos e serviços de saúde e na relação destes com a sociedade¹¹.

Em sistemas de saúde nos quais a APS está organizada e coordenada, ela fornece uma resposta ampla em todos os níveis de atenção, além de assumir a responsabilidade de vincular a participação institucionalizada da sociedade civil nos mecanismos de diálogo político e responsabilização⁷.

Em Portugal, o entendimento sobre o papel

estratégico da APS aconteceu desde o início dos anos 1990. A Lei de Bases da Saúde (1990) definiu a atenção primária, ou ‘cuidados de saúde primários’, como é a denominação local, como o acesso de primeira linha ao sistema de saúde. Foi um dos primeiros países europeus a adotar políticas integradas para organizar uma rede de serviços¹².

No Brasil, a APS é definida em suas normativas como um conjunto de ações individuais ou coletivas, que estão situadas no primeiro nível de atenção, no intuito de promover e proteger a saúde, prevenir doenças e agravos, realizando o tratamento com base nas necessidades do indivíduo, da família e da comunidade^{13,14}.

É preciso investir em aprimorar e qualificar as ofertas da APS ao longo do tempo, com inovação e modernização de forma que ela se adapte às necessidades e às demandas dos sistemas e da população. O aprimoramento das políticas públicas de saúde deve ser multifacetado e coordenado pelos agentes envolvidos, valendo-se da implementação de uma série de medidas positivas, por exemplo, alterações legislativas, reestruturação organizacional, diversificação de alternativas de financiamento e investimento na formação de profissionais de saúde¹⁵.

No mesmo período em que Brasil e Portugal reforçam seus compromissos em ofertar cuidados em saúde por meio da APS como primeiro nível de atenção a partir da definição de novas práticas de saúde na APS, a Organização Mundial da Saúde publicou o Relatório denominado ‘Primary Health Care Now More Than Ever’. Na ocasião, em alusão ao 30º aniversário da Conferência de Alma-Ata, o relatório trouxe a discussão sobre aprimorar e implementar um conjunto de ações tendo como base a APS como cenário prioritário para as ofertas em saúde capazes de fornecer a melhor saúde para todos^{12,15}.

Portugal empreendeu esforços financeiros e estruturais para a reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), que trouxeram uma quebra na estrutura organizacional dos serviços públicos de saúde com enfoque especial na acessibilidade, na organização, na

pontualidade, na facilidade e no conforto na utilização dos serviços, priorizando a qualidade no atendimento aliado à satisfação tanto de profissionais como de usuários¹⁶.

O Brasil também apresentou mudanças adaptativas ao longo das últimas décadas, com destaque para programas que visam ampliação do acesso e da clínica. A APS foi se desenhando de maneira heterogênea, com diversificados modos de estruturação e desenvolvimento de ações. Foi a partir da Estratégia Saúde da Família (ESF) – modelo de organização do trabalho na APS e substitutivo às diversas modalidades de arranjos organizativos dos cuidados primários em saúde disponibilizados pelos municípios brasileiros desde os anos 1970 – que se iniciou a mudança desse cenário.

Não houve mudanças relevantes para aumento do financiamento do SUS e perderam limitações quanto aos investimentos em formação profissional, modernização e informatização das unidades de saúde, e evidente descompasso entre as grandes metrópoles e os interiores do Brasil.

Cuidar em saúde é promover ou disponibilizar tecnologias de saúde de acordo com as demandas e as necessidades de cada indivíduo, família ou comunidade, com o objetivo de proporcionar saúde, bem-estar, segurança e autonomia¹⁶. Para isso, a gestão do cuidado em saúde é multidimensional e deve ser ofertada por diversos atores^{11,17}.

Tanto no Brasil quanto em Portugal, todos os cidadãos têm direito à proteção da saúde por meio de cuidados universais¹⁸. O acesso à saúde acontece de forma gratuita no Brasil; e em Portugal, a gratuidade plena vigorou até 1989, quando o texto constitucional foi alterado e a saúde gratuita passou a ser tendencialmente gratuita. Sendo assim, para ter acesso a serviços de saúde em Portugal, é necessário o pagamento em euros de valor por meio de uma ‘taxa moderadora’ de acordo com o serviço que será utilizado e o perfil do usuário, já que algumas pessoas são isentas do pagamento^{1,12}.

Nos dois países, a gestão máxima do sistema é responsabilidade dos seus respectivos

Ministérios da Saúde, e contam com uma rede de serviços públicos organizados em níveis de complexidade. O Sistema Nacional de Saúde (SNS) dispõe de autonomia administrativa e financeira, possuindo organização descentralizada e desconcentrada, compreendendo serviços estruturados no âmbito central, regional e local. Já o SUS também possui autonomia administrativa e financeira e é organizado de forma tripartite a fim de prover serviços de saúde por parte de instituições públicas de administração direta ou indireta dos diferentes entes federativos: Municípios, Estados, Distrito Federal e União^{4,18,19}.

A APS é definida como principal porta de entrada para os dois sistemas de saúde, e vêm sendo desenvolvidas, ao longo dos anos, formulações de políticas públicas que sejam capazes de efetivar os princípios doutrinários dos sistemas e operacionalizar as práticas de cuidado à saúde²⁰.

O olhar para as práticas em saúde sob o ponto de vista da integralidade, de acordo com Mattos⁹, não é mais uma atitude, mas uma marca de um modo de organizar o processo de trabalho. Nessa perspectiva, o autor defende que uma das formas de alcançar o atributo da integralidade é romper com o modelo de ofertas que segrega cuidados assistenciais de cuidados gerais de saúde pública. Nesse sentido, a APS, como está estruturada no SNS e no SUS, responde a essa crítica, uma vez que incumbe aos profissionais atribuições abrangentes e que envolvem ações de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação.

Para que estejam aptos a garantir ofertas amplas de cuidado, é esperado que haja profissionais qualificados para dispensar cuidados amplos o suficiente a fim de responder às demandas da população, imprimindo abordagens que considerem os sujeitos integral e longitudinalmente. Por esse motivo, a formação profissional para atuação na APS é tão importante^{5,21,22}.

No Brasil, os profissionais médicos e enfermeiros que atuam na APS não possuem a obrigatoriedade de ter a especialidade de

medicina de família e comunidade e enfermagem de família e comunidade. Atuam como generalistas e coordenam o fluxo dos usuários para outros níveis de atenção, mantendo a longitudinalidade do cuidado na APS. Há crescente número de ofertas para residências e especializações na área, porém o quantitativo de programas de residência em medicina de família e comunidade ainda é pequeno quando comparado ao quantitativo de médicos atuantes na APS brasileira. Ademais, há estados brasileiros com apenas uma instituição que oferta vagas.

Em Portugal, por meio do Decreto-Lei nº 73/2017, ficou definida a exigência de que os médicos que constituem a Unidade de Saúde Familiar (USF) têm de deter, pelo menos, o grau de especialista e a categoria de assistente da área de ‘medicina familiar’ assim como os enfermeiros, que devem ter o título de especialista em enfermagem de saúde familiar.

No que se refere ao escopo de atuação dos enfermeiros, foi publicado o Decreto-Lei nº 118/2014 com a definição do papel desse profissional na APS. Essas medidas impactam diretamente no fortalecimento da categoria e da especialidade, trazendo um reforço normativo para a atuação profissional e demarcando o entendimento do Estado sobre a importância desses profissionais na gestão e na coordenação do cuidado.

Gerenciar o cuidado tem íntima relação com a coexistência da capacidade técnica, política e operacional de uma equipe da APS em conseguir planejar sua atuação assistencial aos usuários tanto em caráter individual quanto coletivo. A gestão do fluxo de usuários na rede, o manejo efetivo das condições crônicas, a efetividade do cuidado, em especial, nas práticas preventivas e redução de iniquidades, devem ser, portanto, atividades prioritárias da APS²².

A APS assume seu papel de elo à rede de serviços de saúde, atuando na reorganização da rede de serviços locais de saúde. À ESF brasileira, compete planejar as ações estratégicas, de acordo com os princípios estabelecidos no SUS e diretrizes de atuação da APS de forma a contemplar as necessidades do território onde

atua e as especificidades dos indivíduos sob sua responsabilidade sanitária²³.

Portugal iniciou esse movimento também na mesma época, destacando-se dentre os países europeus na adesão ao fortalecimento da APS, criando uma rede de centros de saúde em todo o território nacional. Esses centros tornaram-se patrimônio do país, entendido como ‘o meio mais eficiente e acessível para proteger e promover a saúde da população’.

O caráter multidisciplinar que os serviços da APS do SUS e do SNS foram fortalecendo ao longo dos anos aponta para uma compreensão de que ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de uma população deve ser o caminho para atingir os melhores resultados em saúde. Esse é o principal ponto estruturante do trabalho na APS; e no Brasil, conta com a importante conquista da participação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), como suporte do ponto de vista matricial e assistencial para a condução de casos específicos, ampliando assim a resolutividade da APS^{16,24}.

A vinculação do usuário a uma equipe acontece no Brasil por meio da lógica de gerorreferenciamento a um serviço de saúde, utilizando-se como parâmetro prioritário o endereço de moradia. Dessa forma, permitem-se o planejamento e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território. Equipes de saúde como a de saúde prisional e consultórios na rua operam com lógica diferenciada de adscrição, considerando as especificidades da população assistidas por elas.

Em Portugal, de acordo com o Decreto-Lei nº 73/2017, o método de vinculação ocorre por meio de listas de inscrição, privilegiando-se a estrutura familiar para a inclusão dos usuários em uma mesma lista. O número de pessoas em uma lista considera uma dimensão ponderada, que leva em conta o perfil de populações específicas para estabelecer uma pontuação a ser atribuída em fator de multiplicação, de forma a ajustar numericamente

aspectos como vulnerabilidade e demandas clínico assistenciais.

No que se refere à operacionalização do cuidado, nas USF de Portugal, há a existência de um Plano de Ação e Compromissos Assistenciais que descreve a prestação de cuidados de saúde de forma personalizada e contém o compromisso assistencial para a qualidade e a eficiência em nível primário de atenção à saúde. Esse plano tem vigência anual, é firmado entre o coordenador da USF e o centro de saúde ao qual a USF é vinculada, e deve levar em consideração as características de vulnerabilidade, a cobertura assistencial e as atividades da carteira de serviços ofertadas.

No Brasil, não há instrumentos de pactuação sobre a prestação de cuidados a nível das equipes de Saúde da Família (eSF). A principal estratégia adotada nacionalmente que se assemelha à iniciativa para a melhora assistencial e remuneração variável é o Programa Previne Brasil, que define indicadores assistenciais vinculados ao financiamento federal que são pactuados para todo o território nacional, e que agregam elementos de capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas.

No SUS, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) constituem-se arranjos formados por ações e serviços de saúde, com diferentes densidades tecnológicas e propostas assistenciais, organizados de forma a favorecer a articulação²⁶. Trata-se de uma estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde potencializando o funcionamento do SUS e conferindo maior efetividade e eficiência.

Para casos específicos, cabe à APS coordenar o cuidado do usuário na RAS, que se trata de arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado²⁰.

Já as USF de Portugal são integradas em uma lógica de rede com outras unidades funcionais do Centro de Saúde ou da unidade local de saúde, que, por sua vez, são concentradas em Agrupamentos de Centros de saúde. É sua

missão prestar cuidados de saúde personalizados e melhorar o estado de saúde da população inscrita de uma determinada área geográfica, garantindo a acessibilidade, a equidade, a qualidade e a continuidade destes²⁷.

Para a plena operacionalização dos serviços de saúde em todos os níveis de atenção, é preciso o funcionamento do sistema de referência e contrarreferência com adequado fluxo de informação sobre a saúde de cada indivíduo assistido²⁰. Por isso o investimento em tecnologia da informação e interoperabilidade dos sistemas de gestão do cuidado e prontuários eletrônicos é tão necessário. Ao contrário do Brasil, que ainda enfrenta dificuldades no fluxo de informações assistenciais dado o baixo investimento ao longo dos anos em modernização, informatização e interoperabilidade entre os sistemas de informação dos serviços de saúde desde sua criação, Portugal investiu mais precocemente em prontuários eletrônicos e na gestão de informação em saúde como ferramenta para monitoramento de indicadores e tomada de decisão.

No SNS, o acesso aos serviços de maior complexidade é mediado pela avaliação e pelo encaminhamento proveniente do médico de família presente nas unidades de atenção primária. A atenção secundária e hospitalar é organizada em rede na lógica de cobertura partilhada entre serviços para garantia de uma ampla carteira de serviços e ofertas em todas as especialidades médicas e exames, sem necessidade de recorrer a outro país para realizar qualquer tratamento²⁸.

Um bom desempenho para alcance das demandas dos serviços e dos usuários depende de articulação no nível local de assistência e com os outros setores do sistema de saúde⁷. Nessa perspectiva, no Brasil, a discussão sobre a implementação das linhas de cuidado é fortalecida, uma vez que compreendem a descrição das ações e atividades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, a serem desenvolvidas por equipe multidisciplinar em cada serviço de saúde^{29,30}.

As eSF brasileiras devem estar organizadas para identificar de forma ampliada as necessidades da população a qual atendem³¹. Sendo assim, em 2008, para ampliar a resolutividade das ações no nível da APS, foram implementados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família no SUS, hoje denominados Nasf-AB, formados por profissionais de saúde de áreas e especialidades diversas aos profissionais das equipes de saúde convencionais. Trata-se de uma modalidade de equipe que trabalha na lógica de apoio especializado na atenção primária que atua de forma integrada e complementar à eSF, não devendo configurar um ambulatório de especialidades, e sim uma organização de apoio matricial. Possuem, portanto, função assistencial matricial e técnico-pedagógica.

Em Portugal, caso haja necessidade de suporte de outros profissionais, é necessário recorrer aos profissionais organizados em Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (Urap)²⁸. Em ambos os casos, tanto as Urap como os Nasf-AB organizam e disponibilizam um leque variado de meios e de competências profissionais em cada localidade, sendo o Nasf-AB uma ferramenta de apoio matricial mais potente³².

Portugal investiu em aprimorar a carteira básica de serviços, meios diagnósticos descentralizados, acessibilidade e qualidade. O trabalho das equipes é avaliado considerando a produtividade e a qualidade. Ao contrário do que se percebe no Brasil, o SNS teve grande investimento em recursos humanos e em inovação tecnológica para instrumentalizar as unidades de saúde, disponibilizando o mais atual conhecimento científico com as mais elevadas tecnologias. O Brasil ainda enfrenta dificuldades de vinculação de profissionais em localidades mais remotas do País, e ainda não há uma integração de sistemas de informação de forma plena que permita um maior compartilhamento de informações entre profissionais de níveis de atenção distintos. Quanto à ampliação da clínica, embora haja uma Carteira de Serviços para a APS, ainda são recentes e tímidas as iniciativas de qualificação dos profissionais^{23,32}.

Considerações finais

Portugal e Brasil são países com muitas semelhanças no campo político, cultural; e suas histórias se cruzam em diversos momentos.

A organização das práticas de saúde no campo da APS do SUS e do SNS demonstra potencial de atingir diretamente a efetivação da integralidade uma vez que consideram aspectos relativos a multidisciplinaridade, ampliação do acesso e ampliação da capacidade clínica, escopo ampliado da atuação da APS em ofertas assistenciais, preventivas e de vigilância, podendo, portanto, ter importância ímpar para o modelo de atenção à saúde em ambos os países^{9,14}.

Parte importante do olhar para a integralidade nas práticas perpassa o modo que estão postas as ações multiprofissionais, interdisciplinares e entre os níveis de atenção em cada país. Como principais destaques, o Brasil possui experiências exitosas na constituição de equipes de saúde como o Nasf-AB e na estruturação de formatos de cuidado comunitário como o trabalho dos ACS. Já Portugal demonstra maior capacidade de reagir às mudanças

nas demandas assistenciais e perfil epidemiológico com maior celeridade implementando modelagens de adscrição de usuários, assim como potencial de investimento em recursos tecnológicos e humanos como forma de aprimorar e fortalecer o sistema de saúde e a comunicação entre os níveis de atenção.

A manutenção do financiamento das políticas públicas do SUS que demonstram efetividade, aliada à incorporação de tecnologias de cuidado que já foram experimentadas em outros países e que possuem potencial de modificar as práticas em saúde, é exemplo de medidas que, uma vez implementadas, podem contribuir para o futuro das políticas públicas brasileiras.

Colaboradoras

Rodrigues MR (0000-0001-8493-1379)* contribuiu para redação, revisão e validação do manuscrito. Sousa MF (0000-0001-6949-9194)* contribuiu para a organização das ideias centrais e revisão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Biscaia AR, Heleno LCV. A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017; 22(3):701-12. [acesso em 2022 jan 23]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33152016>.
2. Paiva CHA, Teixeira LA. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *Hist. Ciênc. Saúde-Manguinhos*. 2014; 21(1):15-36. [acesso em 2022 jan 23]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000100002>.
3. Miguel JP. A Saúde em Tempos de Transição (1968-1974). [acesso em 2022 jan 23] Disponível em: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/22350/1/Saude_transicao.pdf.
4. Bravo MIS. A saúde no Brasil e em Portugal na atualidade: o desafio de concretizar direitos. *Serv. Soc. Societ.* 2010 [acesso em 2022 jan 20]; (102):205-221. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-66282010000200002>.
5. Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quartely*. 2005 [acesso em 2022 jan 20]; 83(3):457-502. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>.
6. Cecílio LCO, Reis AAC. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2018 [acesso em 2022 jan 25]; 34(8):1-14. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00056917>.
7. Maria A, Pereira M, Luisa A, et al. Atenção primária à saúde na América do Sul em perspectiva comparada: mudanças e tendências. *Saúde debate*. 2012 [acesso em 2022 jan 25]; 36(94):482-99. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/K45cRxHGQqWTG8S-FxDJMSpp/>.
8. Pinho LB, Kantorski LP, Saeki T, et al. A integralidade no cuidado em saúde: um resgate de parte da produção científica da área. *Rev. eletrônica enferm.* 2007 [acesso em 2022 jan 23]; 9(3):835-846. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v9i3.7511>.
9. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS; ABRASCO; 2009. p. 39-64C. [acesso em 2022 jan 23]. Disponível em: <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf>.
10. Schneider S, Schimitt CJ. O uso do método comparativo nas ciências sociais. *Cad. Sociol.* 1998 [acesso em 2022 jan 25]; (9):49-87. Disponível em: <https://elizabethruano.com/wp-content/uploads/2018/08/schneider-schimitt-1998-o-uso-do-metodo-comparativo-nas-ciencias-sociais.pdf>.
11. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde debate*. 2018 [acesso em 2022 jan 23]; 42(esp1):18-37. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>.
12. Organização Mundial da Saúde. O relatório mundial de saúde 2008: cuidados primários de saúde agora mais do que nunca. Geneva: OMS; 2008.
13. Biscaia AR, Heleno LCV. A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017 [acesso em 2022 jan 25]; 22(3):701-12. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33152016>.
14. Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interf. Comun. Saúde, Educ.* 2005 [acesso em 2022 jan 5]; 9(17):287-301. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832005000200006>.
15. Cunha EMD, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e va-

- riáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011 [acesso em 2022 jan 23]; (16):1029-1042. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700036>.
16. Sousa PAFD. O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. *Acta Paulista de enfermagem*. 2009 [acesso em 2022 jan 23]; 22(esp):884-894. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/MCCCbvMt wRBpNxvZZnqZpzt/?format=pdf&lang=pt>.
 17. Amendoeira J. Políticas de saúde em Portugal e desigualdades. *Seminários Temáticos Políticas Públicas e Desigualdades*. 2009. [acesso em 2022 jan 25]. Disponível em: <https://core.ac.uk/reader/70619221>.
 18. Tasca R. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde; 2011. (contribuições para o debate NavegadorSUS-Série Técnica Redes Integradas de Atenção à Saúde).
 19. Baganha MI, Ribeiro JS, Pires S. O sector da saúde em Portugal: funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional. [acesso em 2022 jan 23]. Disponível em: https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/32721/1/O%20sector%20da%20sa%c3%bade%20em%20Portugal_funcionamento%20do%20sistema.pdf.
 20. Carvalho MS, Sousa MF. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? *Interf. Comum. Saúde Educ*. 2013 [acesso em 2022 jan 23]; 17(47):913-26. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0403>.
 21. Sousa MF. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. *Rev Brasil. Enferm*. 2008 [acesso em 2022 jan 23]; 61(2):153-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000200002>.
 22. Fekete MC. A qualidade na prestação do cuidado em saúde. In: Santana JP, organizador. *Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da equipe de Saúde da Família*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2000. p. 51-57.
 23. Mendes EV. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Estud av*. 2013 [acesso em 2022 jan 23]; 27(78):27-34. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142013000200003>.
 24. Baratieri T, Marcon SS. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família. *Esc. Anna Nery*. 2011 [acesso em 2022 jan 5]; 15(4):802-810. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000400020>.
 25. Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
 26. Soranz D, Pisco LAC. Reforma dos Cuidados Primários em Saúde na cidade de Lisboa e Rio de Janeiro: contexto, estratégias, resultados, aprendizagem, desafios. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017 [acesso em 2022 janeiro 25]; 22 (3):679-686. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33722016>.
 27. Monteiro BR, Pisco AMSA, Candoso F, et al. Cuidados primários em saúde em Portugal: 10 anos de contratualização com os serviços de saúde na Região de Lisboa. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017 [acesso em 2022 jan 25]; 22(3):725-36. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33462016>.
 28. Silva MDFF, Silva EM, Oliveira SLSS, et al. Integralidade na atenção primária à saúde. 2018. [acesso em 2022 jan 25]. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/4979/497955551016/html/>.
 29. Pinheiro R, Mattos RA. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ; IMS; ABRASCO; 2007.
 30. Sousa MF. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. *Rev Brasil. Enferm*. 2008 [acesso em 2022 jan 25]; 61(2):153-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000200002>.

31. Almeida ER, Medina MG. The genesis of the Family Health Support Center (NASF) in the primary healthcare agenda in Brazil. *Cad. Saúde Pública*. 2021 [acesso em 2022 jan 25]; 37(10). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00310820>.
32. 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 Bra-

sil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017 [acesso em 2022 jan 25]; 22(3):783-96. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33442016>.

Recebido em 29/03/2022
Aprovado em 20/07/2022
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Risco de suicídio no trabalho: revisão integrativa sobre fatores psicossociais

Work and suicide risk: Integrative review

Barbara Vieira¹, Marcia Bandini¹, Valmir Azevedo¹, Sergio Lucca¹

DOI: 10.1590/0103-11042022313617

RESUMO O suicídio é subestimado e estigmatizado na sociedade e, quando relacionado ao trabalho, é ainda mais invisível. Este estudo procurou analisar a literatura científica sobre o risco de suicídio ou tentativa de suicídio entre trabalhadores e sua relação com fatores psicossociais e assédio no local de trabalho. Utilizou-se sete bases eletrônicas de dados e os descritores, em inglês: [“Work” OR “Workplace”] AND [“Occupational Stress” OR “Workplace Violence” OR “Harassment, Non-Sexual” OR “Sexual Harassment”] AND [“Suicide” OR “Suicide, Attempted”]. Estudos sobre “ideação suicida” e ocupações fora do contexto de trabalho foram excluídos da revisão. Seguindo as diretrizes do PRISMA, foram identificadas 1427 referências e 15 artigos foram selecionados. Apresentaram associação significativa com o risco de suicídio e/ou tentativa de suicídio: assédio no trabalho, elevadas demandas de trabalho, baixa autonomia, baixo apoio social, conflitos trabalho-família, receio de perder o emprego e insatisfação com o trabalho. Estresse grave no trabalho também apresentou associação com risco de suicídio, quando combinado ao estresse doméstico grave. Este estudo evidenciou que o medo de perder o emprego, assédio e fatores psicossociais no trabalho aumentam o risco de suicídio e tentativa de suicídio dos trabalhadores. Tais condições devem ser alvo de atenção no cuidado de trabalhadores.

PALAVRAS-CHAVES Condições de trabalho. Violência no trabalho. Constrangimento no trabalho. Estresse ocupacional. Suicídio.

ABSTRACT *Suicide is underestimated and stigmatized in society and work-related suicide is even more invisible. This study aimed to analyze the scientific literature on the risk of suicide or attempted suicide among workers and its relationship with psychosocial factors, harassment and harassment in the workplace. An integrative literature review was carried out in seven databases, using the following descriptors: [“Work” OR “Workplace”] AND [“Occupational Stress” OR “Workplace Violence” OR “Harassment, Non-Sexual” OR “Sexual Harassment”] AND [“Suicide” OR “Suicide, Attempted”]. Studies focused on “suicidal ideation” and specifically related to certain occupations were excluded. According to PRISMA guidelines, 1427 references were identified and 15 articles were selected. There was a significant association between the risk of suicide and/or suicide attempt with harassment at work, high psychological and cognitive demands, low control/autonomy, fear of losing the job/be downgraded, work-family conflicts, poor social support, and job dissatisfaction. Severe work-related stress was also associated with the risk of suicide, when combined with severe domestic stress. This study showed that fear of losing a job, harassment and psychosocial factors at work increase the risk of suicide and attempted suicide. Such conditions should be focus of the attention on workers’ care.*

KEYWORDS *Working conditions. Workplace violence. Bullying. Occupational stress. Suicide.*

¹Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Faculdade de Ciências Médicas (FCM), Departamento de Saúde Coletiva (DSC) – Campinas (SP), Brasil. slucca@unicamp.br



Introdução

Quase um milhão de pessoas morrem por suicídio a cada ano no mundo. É a terceira causa de morte na faixa etária economicamente mais produtiva, de 15 a 44 anos, e a segunda causa na faixa etária de 15 a 29 anos¹. O suicídio é responsável por 71% de todas as mortes violentas entre as mulheres e 50% entre os homens². Estima-se que, para cada suicídio consumado, ocorram 20 tentativas de suicídio³. Diante do grave problema de saúde pública dessas mortes potencialmente evitáveis, pesquisadores e profissionais de saúde têm se dedicado à intervenção precoce e prevenção do suicídio. A Organização Mundial da Saúde (OMS) orienta que, além de priorizar a atenção às pessoas com transtornos mentais, deve-se proteger e promover o bem-estar mental através de ações relacionadas às condições de risco⁴.

O suicídio é compreendido como um evento multifatorial, decorrente de uma complexa interação entre fatores individuais, sociais e ambientais⁵. Entender essa dinâmica é um dos caminhos para a intervenção precoce nos espaços sociais comunitários, incluindo locais de trabalho e organizações.

Tentativas de suicídio e suicídio de trabalhadores podem significar um pedido de ajuda ou uma denúncia de que alguma coisa deveria ou poderia ter sido feita no ambiente de trabalho – tal como suporte dos colegas e gestores – e a necessidade de acompanhamento especializado⁶. Práticas de gestão assediadoras nas organizações e outros fatores psicossociais no trabalho podem desencadear sofrimento e atuar como preditores de transtornos mentais e risco de suicídio.

A violência psicológica perpetrada pelos superiores hierárquicos nos ambientes de trabalho foi amplamente debatida na França, após a ocorrência de suicídios em série de trabalhadores (as) de uma empresa de telefonia⁷. Pesquisadores apontam que, no mundo do trabalho contemporâneo, os trabalhadores vivenciam ou são submetidos a permanente rivalidade, com estímulo à competição e

avaliações de desempenho centradas na produtividade individual – situações que bloqueiam as estratégias coletivas de defesa e as redes de solidariedade, dando lugar ao isolamento, à depressão, ao suicídio e ao silêncio dos pares^{8,9}.

Assim como os transtornos mentais, o suicídio e as tentativas de suicídio são estigmatizados na sociedade² e são subnotificados. No trabalho, essas ocorrências não são notificadas pelos empregadores devido aos conflitos de interesse em se reconhecer a responsabilidade sobre o caso. Ainda que não seja a única causa, o suicídio no trabalho pode ser um sinal de que o trabalhador precisava de um apoio que não foi disponibilizado no prazo necessário.

O Brasil se situa entre os dez países com maiores números absolutos de suicídios do mundo e possui uma política de prevenção destas ocorrências¹⁰. Recentemente, o Ministério da Saúde¹¹ incluiu as condições laborais em suas estratégias de vigilância e prevenção do suicídio. Em agosto de 2020, a atualização da ‘Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho’¹² reconheceu as lesões autoprovocadas intencionalmente como potencialmente relacionadas ao trabalho e incluiu os fatores psicossociais e da organização do trabalho como condições laborais de risco para o suicídio.

Embora crescentes, as pesquisas e estudos sobre suicídios relacionados com o trabalho ainda são escassos. Na literatura, destacam-se abordagens centradas em determinadas ocupações, situações ou condições específicas do trabalho. São reconhecidas exposições de risco como a facilidade do acesso a meios letais (por exemplo, armas, medicamentos e agrotóxicos); exposição aguda ou crônica a produtos neurotóxicos como, por exemplo, pesticidas e solventes; situações traumáticas, violentas e letais (como no caso de policiais e bombeiros); e as situações ou condições determinadas por fatores psicossociais e da organização do trabalho que incluem exigências psicológicas, grau de autonomia¹³ e apoio social¹⁴, reconhecimento profissional e a satisfação no trabalho¹⁵, exigências cognitivas e conteúdo das

tarefas, relações interpessoais e de liderança, suporte social, exposição a diversas formas de violência, assédio moral e sexual no trabalho, segurança no emprego e práticas de gestão organizacional^{16,17}.

Nesta revisão, optou-se pelo aprofundamento no estudo dos fatores psicossociais e da organização do trabalho por se entender que, junto com as situações de violência no trabalho, tais fatores são preditores e desencadeantes de estresse no trabalho, transtornos mentais e risco de suicídio ou tentativa de suicídio.

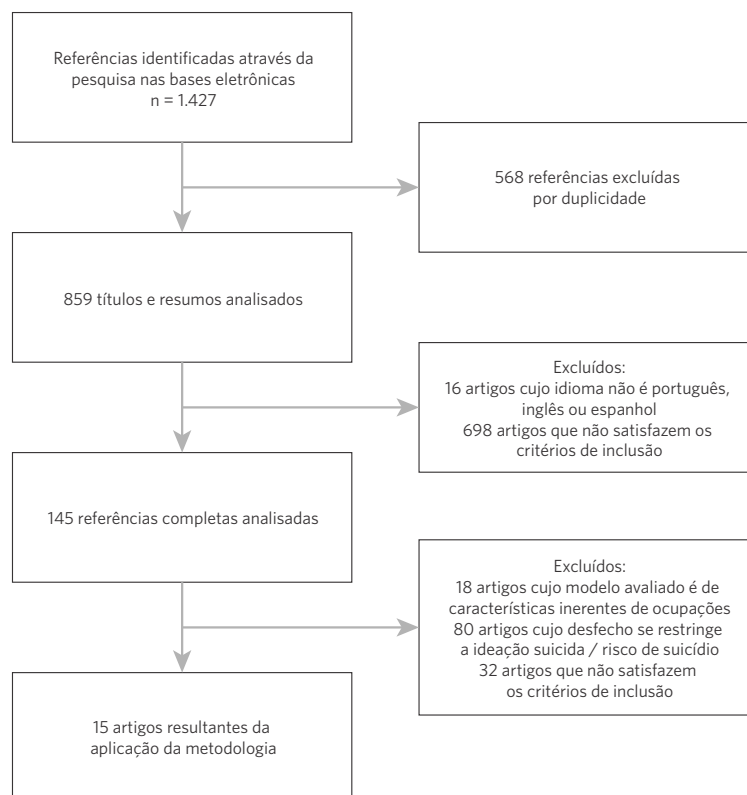
Material e métodos

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura científica, de acordo com as diretrizes Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA). Para a pesquisa das referências, foram utilizadas sete bases eletrônicas de dados: PubMed, BVS/Bireme, Scopus, SciELO, Embase, PsycInfo e Cochrane Library. A estratégia de busca considerou [“Work” OR “Workplace”] AND [“Occupational Stress” OR “Workplace Violence” OR “Harassment, Non-Sexual” OR “Sexual Harassment”] AND [“Suicide” OR “Suicide, Attempted”], incluídos os sinônimos de cada termo para ampliar os resultados, sem uso de restrições.

Foram encontradas 1.427 referências, sendo 229 no PubMed, 140 na BVS/Bireme, 306 na Scopus, 6 no SciELO, 401 na Embase, 337 na PsycInfo APA e 8 na Cochrane Library. Dessas, foram excluídas 584 referências, sendo 363 por duplicidade no EndNote Web; 205 por duplicidade no Rayyan e 16 por serem em idioma não dominado pelos autores. Título e resumo foram avaliados nas 843 referências elegíveis, por dois pesquisadores, de forma independente e cega. Foi utilizada a ferramenta on-line Rayyan QCRI, obedecendo rigorosamente os critérios de inclusão e exclusão definidos no protocolo da pesquisa. Divergências foram julgadas por um terceiro pesquisador.

Após a avaliação de título e resumo, foram excluídas 698 referências pelos seguintes motivos: tópico errado (91), desfecho errado (170), não atendiam aos critérios de inclusão (356), população errada (54), estudos exclusivos de prevalência (17), exposição errônea (7), artigo repetido (1) e sem acesso aos dados (2). Os 145 artigos provenientes dessa seleção foram lidos integralmente e, em seguida, 130 referências foram excluídas porque o estudo versava sobre ideação/risco de suicídio (81), exposição errada (14), exposição relacionada exclusivamente com a ocupação (11), população errada (11) e desfecho errado (13). Após a aplicação da metodologia proposta, 15 referências foram selecionadas. A *figura 1* descreve e sintetiza o percurso metodológico.

Figura 1. Fluxograma resumido da revisão bibliográfica



A hipótese testada foi a de que os fatores psicossociais e organizacionais do trabalho, violência no trabalho e assédio de qualquer tipo são fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídio. Embora existam evidências de diferenças entre suicidas e pessoas que tentaram suicídio¹⁸, ambos os desfechos podem ser medidos de forma objetiva, e a oportunidade de interlocução com os tentadores de suicídio, bem como de autópsia verbal de familiares ou colegas e conhecidos da vítima de suicídio, são indispensáveis para esclarecer os aspectos relacionados ao trabalho que, direta ou indiretamente, motivaram estas ocorrências¹⁹.

Foram incluídos estudos primários em qualquer formato, nos idiomas português, inglês e espanhol, sem restrição temporal. A população de interesse foi constituída por trabalhadores(as), independentemente de se tratar de ocupação específica ou ocupações

diversas em conjunto. As exposições avaliadas foram os fatores psicossociais no trabalho⁵, assédio moral, assédio sexual e violência no trabalho. Os desfechos de interesse foram suicídio e tentativa de suicídio.

Foram excluídos estudos de revisão sistemática as pesquisas cuja exposição se restringia às características específicas de determinadas ocupações, devido ao viés epidemiológico de enfatizar o risco como uma situação atribuída exclusivamente às ocupações, e que na maioria das vezes são desvinculadas dos conteúdos e contextos psicossociais e da organização do trabalho como determinantes das situações concretas para a sua realização. Também foram excluídos estudos sobre 'ideação suicida' pela diferença em relação à tentativa de suicídio. Estudo multicêntrico de intervenção no comportamento suicida evidenciou prevalências de 17,1% para ideação e 2,8% para tentativas de suicídio²⁰.

Resultados

Seguindo a metodologia proposta neste estudo, de acordo com as diretrizes PRISMA, foram

selecionados 15 artigos sobre suicídio e tentativa de suicídios de trabalhadores/as de diferentes setores de atividades econômicas e que foram resumidamente descritos no *quadro 1*.

Quadro 1. Descrição dos 15 estudos selecionados sobre suicídio e trabalho na revisão bibliográfica, segundo autoria, país, amostra, tipo de exposição, tipo de estudo e principais resultados

Autoria / Ano de Publicação /	Localização	Amostra / Objeto do Estudo	Exposição	Tipo de Estudo e objetivos	Principais Resultados
Brodsky CM ²⁰ (1977) Estados Unidos		N = 33 (Suicídios = 9 Tentativas de suicídio = 24) Casos de pedido de indenização trabalhista devido a suicídios, atos suicidas que causaram doenças físicas ou psiquiátricas	Fatores psicossociais/estressores ocupacionais.	O estudo descritivo de casos avaliou as associações com o trabalho dos suicídios e tentativas de suicídio.	Foram levantadas as situações relacionadas ao trabalho que culminaram em suicídio ou tentativa de suicídio: mudança repentina nas condições de trabalho, conflito de lealdade, inadequação ao trabalho, demandas de trabalho impossíveis, irritação cumulativa (sofrimento crônico, mudança que tornaria o trabalho mais penoso), ansiedade pela aposentadoria, perda de suporte (necessidade subjetiva do trabalho e de pertencimento), mudança de status na família, dificuldades econômicas.
Amagasa et al. ²¹ (2005) Japão		N = 22 Dados de relatórios de 22 casos de suicídios em que havia solicitação de indenização por relação com o trabalho.	Fatores psicossociais/estressores ocupacionais.	O estudo descritivo de casos de suicídio por autópsia verbal avaliou a associação de fatores psicossociais e organizacionais do trabalho (longas horas de trabalho, altos níveis de demanda, baixos níveis de controle e baixo suporte social) e suicídio.	Em 18 casos (81,8%) constatou-se baixos níveis de apoio social no trabalho e altos níveis de demanda psicológica com baixos níveis de autonomia em 17 (77,3%). Longas horas de trabalho em 19 casos (86,4%). Os suicídios neste estudo ocorreram dentro de 5 a 18 meses após episódios marcantes, como promoção, transferência ou reorganização de pessoal; o tempo médio foi de 11 meses. Metade das vítimas escreveram notas de suicídio - todos os documentos tinham tom de vitimização, como ser fraco e ter baixo desempenho no trabalho, e o trabalho parecia ser tão central para a autoestima dessas pessoas que a incapacidade de lidar com as demandas de trabalho foi percebida como um problema muito relevante.
Yamauchi et al. ²⁴ (2018) Japão		N = 241 Casos de compensação por suicídio relacionado ao trabalho, com decisão de aprovação entre janeiro de 2010 e março de 2015.	Fatores psicossociais/estressores ocupacionais.	Estudo descritivo, avaliou as compensações por suicídio relacionado ao trabalho, com análise de características laborais e estressoras.	Entre os homens, 71,4% dos casos de suicídio foram atribuídos a 'longas jornadas de trabalho', 12,8% a 'conflito interpessoal', 6,4% a 'acidentes/desastres', e 17,1% a 'outros eventos'.
Milner et al. ²⁵ (2017) Austrália		N= 34 Foi utilizado o National Coronial Information System (NCIS) para pesquisa de suicídios de trabalhadores da construção civil, de casos cujos relatórios mencionavam fatores de estresse relacionados ao trabalho.	Fatores psicossociais/estressores ocupacionais.	O estudo descritivo de casos de suicídios avaliou os estressores proximais aos suicídios ocorridos entre 2010 e 2014.	Em 10 casos o trabalho temporário foi o principal estressor. 4 casos foram associados ao sofrimento crônico decorrente de lesões provocadas no local de trabalho. Em 10 outros casos foi evidenciada a importância dos colegas de trabalho como apoio social. Em 7 casos houve menção de problemas financeiros. Problemas legais foram mencionados em 4 casos. 18 casos o término de relacionamento ou problemas com a custódia dos filhos foram os fatores estressores. Em 7 casos havia problema com abuso de substâncias.

Autoria / Ano de Publicação / Localização	Amostra / Objeto do Estudo	Exposição	Tipo de Estudo e objetivos	Principais Resultados
Samuelsson et al. ²⁷ (1997) Suécia	N = 191 O estudo foi realizado com enfermeiros e auxiliares de enfermagem que trabalhavam em cuidados psiquiátricos no Hospital Karolinska (Estocolmo).	Fatores psicossociais/estressores ocupacionais.	O estudo transversal avaliou a associação entre a percepção negativa do ambiente de trabalho (demanda e controle, satisfação, clima de trabalho), Burnout e sintomas suicidas, incluindo tentativas de suicídio.	Em resposta à pergunta sobre o motivo da tentativa de suicídio, 90% se referiram parcial ou definitivamente à situação familiar, 31% à doença e 16% ao ambiente de trabalho. A maioria dos participantes assinalou mais de uma alternativa e nenhum deles relatou o ambiente de trabalho como único motivo da tentativa de suicídio.
Howard e Krannitz ²⁹ (2017) Estados Unidos	N = 2.855 Os dados foram obtidos do banco de dados AddHealth, uma amostra representativa em nível nacional.	Fatores psicossociais/estressores ocupacionais.	O estudo transversal avaliou se os fatores psicossociais do trabalho (autonomia no trabalho, variedade de tarefas, demandas físicas) e ameaças aos recursos pessoais (ausência de plano de carreira, conflito trabalho-família, insatisfação no trabalho) estão associadas a tentativas de suicídio.	Autonomia no trabalho (z -2,164; p<0,05), variedade de tarefas (z -2,483; p<0,05), conflito trabalho-família (z 3,208; p<0,01), conflito família-trabalho (z 4,594; p<0,001) e satisfação no trabalho (z -4,944, p<0,001) tiveram efeito indireto significativo na frequência de tentativas de suicídio por meio de sintomas depressivos e ideação suicida.
Law et al. ³⁰ (2014) Hong Kong	N = 175 (Suicídios = 63 Controles = 112) Amostra de indivíduos empregados retirados do conjunto de dados principal de autópsia verbal de Hong Kong e grupo controle de trabalhadores vivos com o mesmo status de emprego, em um período de dificuldades econômicas em Hong Kong.	Fatores psicossociais/estressores ocupacionais.	O estudo longitudinal utilizou o método de autópsia verbal para avaliação de exposição dos casos mediante a realização de entrevistas por procuração e avaliou diretamente os controles. Estudou a associação entre estressores no trabalho, efeito negativo agudo e crônico do trabalho e suicídios consumados.	O grupo de suicidas foi predominante entre trabalhadores em risco de perder o emprego/ser rebaixado (31,1% e 8,3%, p<0,001). No entanto, os controles tiveram porcentagens significativamente mais altas de cortes (29% e 11,5%; p 0,009) e congelamentos salariais (26,9% e 8,2%, p 0,004) do que os falecidos. Em geral, as vítimas tiveram um impacto crônico negativo do trabalho muito mais grave do que os controles (Média 0,36 e -,07; p 0,016). O impacto negativo do trabalho foi associado ao suicídio (B 0,38, p 0,028, OR 1,46), entretanto, quando a doença psiquiátrica foi inserida no modelo de regressão logística, o coeficiente de impacto crônico do trabalho no suicídio se tornou não significativo, sugerindo um efeito de mediação da doença psiquiátrica na relação entre o impacto do trabalho e o suicídio.
Baumert et al. ³¹ (2014) Alemanha	N = 6.817 (Suicídios = 28) Trabalhadores que participaram das pesquisas de base populacional MONICA / KORA Augsburg.	Fatores organizacionais de trabalho	O estudo longitudinal de 12,6 anos avaliou a associação entre características do trabalho (condições cronobiológicas/físicas adversas, condições psicossociais adversas e tensão no trabalho).	Alta adversidade das condições cronobiológicas ou físicas de trabalho aumentou significativamente o risco de mortalidade por suicídio (RR 3,28, p 0,005) em comparação com o grupo de adversidade baixa ou intermediária (ajustado para idade, sexo e pesquisa). Morar sozinho, baixo nível educacional, tabagismo, alto consumo de álcool, obesidade e humor deprimido atenuaram esse efeito (RR 2,73; p 0,022). Condições psicossociais adversas de trabalho e estresse no trabalho não foram associados à mortalidade por suicídio.

Autoria / Ano de Publicação / Localização	Amostra / Objeto do Estudo	Exposição	Tipo de Estudo e objetivos	Principais Resultados
Feskanich et al. ³² (2002) Estados Unidos	N = 94.110 (Suicídios = 73) Foram utilizados dados de enfermeiras do Nurses' Health Study.	Fatores psicossociais/estressores ocupacionais.	O estudo longitudinal de 14 anos avaliou a associação entre a percepção de estresse em casa e no trabalho (mínimo, leve, moderado ou grave) e risco de suicídio, com acompanhamento	As categorias de estresse doméstico e no trabalho leve serviram como referência para os cálculos de risco. As avaliações sobre estresse no trabalho e suicídio não foram significativas. Quando as respostas ao estresse doméstico e profissional foram combinadas houve um aumento de quase 5 vezes no risco de suicídio entre as mulheres na categoria de alto estresse (RR = 4,9 IC de 95% 1,4 a 17). O risco de suicídio foi 8 vezes maior entre as mulheres que relataram alto estresse em casa e no trabalho e uso de diazepam, em comparação com as que relataram baixo estresse e nenhum uso de diazepam (RR = 8,1 IC de 95% 1,9 a 35).
Milner et al. ³³ (2017) Austrália	N = 23.017 (Casos = 9.010 Controles = 14.007) Casos de suicídio codificados por ocupação. Controles foram selecionados de um estudo de coorte nacionalmente representativo.	Fatores psicossociais/estressores ocupacionais.	O estudo longitudinal de 11 anos avaliou a associação dos fatores psicossociais à demanda e controle no trabalho e suicídios, utilizando matriz de exposição no trabalho para as ocupações.	Entre as mulheres nas ocupações, não houve diferença nas atividades de baixo controle em casos de suicídio versus o grupo controle entre as mulheres. Os casos femininos tiveram menor chance de serem expostos a altas demandas do que os controles (OR 0,81; p 0,002). Para os homens, os casos de suicídio tiveram maiores chances atividades de baixo controle (OR 1,35; p<0,001) e altas demandas (OR 1,36; p<0,001), comparados ao grupo controle.
Tsutsumi et al. ³⁴ (2007) Japão	N = 3.125 (Suicídios = 14) Foram utilizados dados de trabalhadores do sexo masculino da coorte Jichi Medical School Cohort Study.	Fatores psicossociais/estressores ocupacionais.	O estudo longitudinal de acompanhamento médio de 9,3 anos avaliou a associação de demanda-controle no trabalho e suicídios consumados	Comparado com os homólogos, o risco relativo bruto de suicídio entre homens com atividades de baixo controle no trabalho foi maior (RR 3,07, p<0,05). O risco do baixo controle no trabalho aumentou depois que ajustado para idade, ocupação e área do estudo (RR 4,07, p 0,015). Com ajuste para idade, ocupação, área do estudo, estado civil, escolaridade, tabagismo, consumo de álcool e colesterol total, o risco pouco mudou (RR 4,10, p 0,015). Alta demanda no trabalho teve associação protetora, mas não significativa, com o suicídio (RR 0,60, p 0,382).
Hom et al. ³⁶ (2017) Estados Unidos	N = 290 Amostra de bombeiras americanas em atividade.	Assédio sexual, assédio moral e violência no trabalho.	O estudo transversal avaliou a associação entre assédio sexual, outras ameaças/assédio no trabalho e tentativas de suicídio na carreira, com ajuste para tentativas de suicídio pré-carreira.	O histórico de assédio sexual durante o trabalho não foi significativamente associado a tentativa de suicídio na carreira (OR, 1,118; IC de 95%, 0,273-4,569), quando comparado com situações anteriores à carreira.
Griffith ³⁷ (2019) Estados Unidos	N = 12.567 Grupo de militares do Army Reserve National Guard (ARNG) que respondeu a um questionário padronizado, Unit Risk Inventory (URI), usado como uma avaliação informal da unidade sobre a saúde e o bem-estar dos soldados.	Assédio sexual no trabalho.	O estudo transversal avaliou a associação entre assédio sexual (não agressão) e comportamentos suicidas (incluindo tentativas de suicídio), a nível individual e em grupo (unidades).	Os efeitos foram maiores para a relação entre assédio sexual e tentativas de suicídio para o nível individual (OR 15,40 p<0,001), e também foram significativos para o nível coletivo (OR 3,49, p<0,001). Ter confiança nos líderes de unidade foi associado como fator de proteção para tentativas de suicídio (OR 0,35 p<0,001). As unidades com Assédio Sexual acima da média tiveram consideravelmente mais relatos de tentativas de suicídio, 0,015 em comparação com 0,005 [t (103) = 3,07].

Autoria / Ano de Publicação / Localização	Amostra / Objeto do Estudo	Exposição	Tipo de Estudo e objetivos	Principais Resultados
Hanson et al. ³⁹ (2020) Suécia	N = 85.205 (Suicídios = 125 Tentativas de suicídio = 816) A fonte de dados sobre a exposição ao assédio sexual no trabalho foi a Swedish Work Environment Survey (SWES) 1995-2013, uma pesquisa bial, baseada na Labour Force Survey.	Assédio sexual no trabalho.	O estudo longitudinal avaliou o risco de suicídio ou tentativa de suicídio de pessoas expostas a assédio sexual no trabalho. O tempo médio de acompanhamento foi de 13 anos. (1.084.512 pessoas-ano)	O hazard ratio para suicídio consumado foi de 2,23 (IC de 95% 1,19 a 4,16) para qualquer assédio sexual no local de trabalho. Ajustes adicionais para a saúde mental de base e condições de trabalho resultaram em hazard ratio mais de duas vezes maior de suicídio entre as pessoas expostas ao assédio sexual no local de trabalho (HR 2,51 (1,29 a 4,90) e 2,47 (1,25 a 4,87), respectivamente). O assédio sexual no local de trabalho também foi associado a um risco aumentado de tentativa de suicídio (HR não ajustada 1,54, (1,19 a 2,01)) e o risco permaneceu semelhante após o ajuste para características sociodemográficas (1,59, (1,21 a 2,08)).
Roberge et al. ⁴⁰ (2019) Estados Unidos	N = 771 Membros da Guarda Nacional de Utah e Idaho que sofreram evento traumático em algum dos momentos: (1) antes do serviço militar, ou (2) durante o serviço militar, ou (3) antes e durante o serviço militar (retraumatizado).	Assédio sexual no trabalho.	O estudo transversal avaliou a associação entre eventos potencialmente traumáticos pré e pós-carreira, retraumatização e tentativas de suicídio.	O momento do trauma não previu as chances de história de tentativa de suicídio (C1 OR 0,48, p 0,48; C2 OR 0,69, p = 0,55). Para o grupo de evento traumático anterior ao trabalho militar, a 'agressão sexual' foi associada a taxas aumentadas de histórico de tentativa de suicídio (OR 69,50, p 0,03). Para o grupo de evento traumático durante o trabalho militar, experimentar um 'acidente grave' (OR 18,88, p 0,05) e 'outra experiência sexual desconfortável' (OR 62,91, p 0,02) foram ambos associados ao aumento no risco de histórico de tentativa de suicídio. No grupo retraumatizado, 'outras experiências sexuais desconfortáveis' também aumentaram as chances de histórico de tentativa de suicídio (OR = 4,22, p 0,01).

Fonte: elaboração própria.

Os estudos incluídos abrangeram uma amostra de 229.453 trabalhadores/as de seis países. Os Estados Unidos foram o país com maior número de estudos (seis), correspondendo a 48,2% da amostra total; seguido pelo Japão com três estudos e 1,5% da amostra; Austrália com dois estudos e 10% da amostra; Suécia com dois estudos e 37,2% da amostra; Alemanha com um estudo e 3% da amostra; e Hong Kong com um estudo e menos de 1% da amostra. Nenhum país da América Latina teve estudos incluídos a partir da metodologia desta revisão.

A população trabalhadora em geral, sem distinção de setor de atividade, foi avaliada em nove artigos (52,9% da amostra). Nos demais artigos, a população de estudo contemplou o setor de saúde (dois artigos, 41,1% da amostra), militares (dois artigos, 5,8% da amostra),

bombeiros (um artigo, 2,4 % da amostra) e construção civil (um artigo, 2,4% da amostra).

O ano de publicação do estudo variou de 1977 a 2020. Quanto ao desenho dos estudos, seis foram longitudinais, cinco transversais e quatro descritivos. Onze estudos foram relacionados a fatores psicossociais e da organização do trabalho e quatro associados ao assédio/violência no trabalho.

Discussão

Desde os anos de 1980, o mundo do trabalho vem sofrendo aceleradas mudanças promovidas pela globalização, marcada pela maior competitividade internacional, redistribuição mundial da produção, fusões de grandes corporações e novos modelos de gestão nas

organizações. Neste contexto, os Fatores de Riscos Psicossociais no Trabalho (FRPT) tem ganhado cada vez mais relevância, tendo em vista as mudanças intempestivas nas situações e condições de trabalho, na cultura e na administração das pessoas, no rebaixamento de cargos ou funções, na avaliação negativa de desempenho, na falta de aptidão/treinamento/experiência, além das ameaças de perda do emprego ou o desemprego, que apareceram como fonte de desequilíbrio e de vulnerabilidade para o desfecho suicida^{21,22}.

Os FRPT foram apontados pelas agências internacionais como desencadeadores de estresse e comprometedores da saúde mental dos/as trabalhadores/as. Tais fatores se originam das interações entre meio ambiente e condições de trabalho, condições organizacionais, funções e conteúdo do trabalho, esforços e características individuais e familiares dos(as) trabalhadores(as)²³. Os pesquisadores da OMS e da União Europeia reconheceram a importância dos FRPT entre as causas de estresse laboral e a responsabilidade das organizações e/ou empresas na gestão e desenvolvimento de ações para redução ou eliminação destes fatores desencadeantes de estresse laboral²⁴.

A maioria das pesquisas selecionadas neste estudo (11) incluiu os FRPT e a organização do trabalho entre os aspectos desencadeantes ou associados ao suicídio ou tentativa de suicídio de trabalhadores. Atividades caracterizadas por elevadas demandas de trabalho^{21,22}, baixo controle²², baixo apoio social²² e conflito interpessoal^{21,23} foram associadas ao risco de suicídio ou tentativa de suicídio, além de diferenças de gênero²⁵.

O apoio social no trabalho poderia exercer um fator protetor ao adoecimento mental, conforme destacado em estudo²⁶. Segundo os pesquisadores, os colegas de trabalho foram reconhecidos como confidentes e pessoas de contato regular com o falecido antes do suicídio consumado, reforçando o papel estratégico daqueles que estão próximos da vítima em sofrimento, e que podem assumir um papel fundamental de identificação, suporte e de

conexão do indivíduo em risco com profissionais de saúde. Neste sentido, tem papel relevante programas específicos como o 'pronto socorro em saúde mental', com treinamento específico de trabalhadores e gestores para identificar pessoas que podem estar sofrendo no trabalho²⁷.

O suicídio de trabalhadores ativos também pode ser um sinal de que a organização está doente⁷. Assim como no estudo de Dejours⁷, outra pesquisa²² evidenciou que metade das 22 vítimas analisadas escreveram notas antes do suicídio destacando a pressão que sofriam, 'como ser fraco e ter baixo desempenho no trabalho', o trabalho, que parecia ser tão central para a autoestima dessas pessoas, foi se desfazendo devido ao esgotamento e a incapacidade de cumprir com excessos de demanda de trabalho, sendo percebido como um problema muito relevante²².

O suicídio decorrente do que é vivido no trabalho denuncia um ambiente onde a violência se faz presente de diferentes maneiras e é percebida por meio da competitividade exacerbada, constantes pressões, sistemas de humilhações, ameaças e agressões (muitas vezes incorporadas pela gestão como estratégias de estímulo à produtividade e gerenciamento), individualismo, sentimento de solidão, ausência de companheirismo, medo e sofrimento²⁸.

O risco de suicídio também é elevado entre as pessoas e trabalhadores/as que sofrem de transtornos mentais, relacionados ou não com o trabalho. Nestes casos é ainda mais complexo determinar as causas ou os fatores predisponentes para o suicídio, comparado com um acontecimento agudo, como a perda do emprego ou a morte de uma pessoa próxima. A investigação precisa considerar uma perspectiva individual, mas também coletiva-epidemiológica. A investigação das causas de suicídio não pode se restringir à história pessoal das vítimas, ignorando a importância da centralidade do trabalho no contexto contemporâneo²⁹. Desta forma, os fatores laborais e não laborais estão interrelacionados, em uma via de mão dupla²⁶.

A notícia do suicídio de um colega de trabalho é um evento traumático extremo que provoca insegurança e medo nos trabalhadores, assim como a vivência de um acidente de trabalho grave, ou ser acometido por um acidente, também pode provocar transtorno de estresse pós-traumático, dor crônica, comprometimento ou incapacidade laboral, perda da autoestima e prejuízo da autoimagem^{21,26}.

A não elucidação de um suicídio, seja no trabalho ou fora dele, traz sentimentos de ansiedade; seu não esclarecimento e o/ou silenciamento sobre o ocorrido pode trazer consequências negativas para os colegas de trabalho e familiares da vítima⁷. O silêncio de trabalhadores que perderam seu colega é também sinal de sofrimento e, por isso, oferecer espaços de escuta para os que ficam é de vital importância²⁹. Entretanto, a relação do suicídio com o trabalho não é investigada³⁰.

Algumas pesquisas associaram as recentes crises econômicas e desemprego com o aumento do risco de suicídio³¹. Law et al.³² utilizaram a autópsia verbal para investigar o suicídio de 63 trabalhadores, em Hong Kong, durante a recessão econômica do País. Verificou-se que o risco de perder o emprego, ou ser rebaixado, e o impacto crônico negativo do trabalho (conflitos com chefes e colegas e mudanças no local de trabalho) foram significativamente mais prevalentes entre os trabalhadores vítimas de suicídio, em comparação aos controles.

A presença de transtorno mental parece ter maior importância na ocorrência do suicídio do que o impacto negativo do trabalho³³, o que fortalece a necessidade de reconhecimento do sofrimento mental na prevenção da morte. Os autores também relacionaram o apoio social significativamente maior e a melhor capacidade de resolução de problemas por parte dos controles como sendo condições de proteção, mesmo após experimentar situações de angústia relacionados ao trabalho, em comparação aos casos de suicídio.

Sobre as tentativas de suicídio, duas pesquisas transversais avaliaram a relação destas

ocorrências e fatores psicossociais no trabalho. O estudo de Baumert et al.³⁴, com profissionais de enfermagem de um hospital psiquiátrico, revelou que entre os participantes que afirmaram tentativa de suicídio, 16% referiram o ambiente de trabalho como fator desencadeante. A maioria dos participantes assinalou mais de uma alternativa, e os motivos mais citados foram situação familiar (90%) e doença (31%). No estudo de Howard e Krannitz³⁵, baixa autonomia no trabalho, conflito trabalho-família e insatisfação no trabalho tiveram efeito indireto significativo na frequência de tentativas de suicídio, por meio de sintomas depressivos e ideação suicida. Nestes casos, a mediação do transtorno mental no desfecho fatal fortalece a importância do reconhecimento do sofrimento mental do trabalhador na prevenção do suicídio.

Questões associadas a sobrecarga de trabalho e trabalho em turnos podem aumentar o risco de suicídio. O estudo que evidenciou que as adversidades nas condições cronobiológicas – horas extras, trabalho em turnos, turnos noturnos, trabalho em linha de montagem – e sobrecarga física do trabalho contribuíram para o aumento significativo no risco de mortalidade por suicídio (RR 3,28, p 0,005), em comparação com o grupo de adversidade baixa ou intermediária³⁶. Algumas condições psicossociais adversas – interrupções, necessidade de decisões rápidas, alta responsabilidade por pessoas ou máquinas e elevada competição – também foram consideradas na mortalidade por suicídio pelos pesquisadores, sobretudo no início do acompanhamento do estudo de cerca de 12 anos.

Pesquisadores que acompanharam 94.110 enfermeiras durante 14 anos em um estudo de coorte que analisou a relação entre a autopercepção de estresse doméstico e no trabalho e a ocorrência de suicídio³⁷. Trabalhadoras com elevado estresse ocupacional e doméstico apresentaram maior risco de suicídio. Enfermeiras com estresse doméstico e laboral leve foram as que apresentaram a menor incidência de suicídios. O grupo que referiu

estresse doméstico grave teve maior risco de mortalidade por suicídio. No entanto, quando as respostas de estresse doméstico e profissional foram combinadas, houve aumento de quase cinco vezes no risco de suicídio na categoria de elevado estresse em casa e no trabalho. Para as enfermeiras e demais ocupações ligadas ao cuidado, os fatores psicossociais desencadeantes de estresse não se encerram no trabalho e se estendem ao cuidado de familiares e atividades domésticas. A sobrecarga de trabalho da dupla jornada, vivenciada por essas mulheres, aumenta o risco de transtornos mentais e de suicídio.

Estudo que observou mulheres em atividades de baixo controle e baixa demanda não houve diferença de chances de suicídio entre casos e o grupo controle. No entanto, o mesmo estudo evidenciou que os casos de suicídio tiveram maiores chances entre homens com atividades de baixo controle (OR 1,35; $p < 0,001$) e elevadas demandas (OR 1,36; $p < 0,001$), comparados ao grupo controle³⁸. Tais achados são corroborados por Hom et al.³⁹ que também evidenciou que a falta de autonomia ou controle sobre o trabalho apresenta associação significativa para o risco de suicídio entre os trabalhadores.

Uma possível explicação para a variação nos resultados relacionados às demandas de trabalho^{32,34,36,37} e gênero pode ser relacionada à falta de refinamento na avaliação dessa exposição. Trabalhos de alta demanda que sejam mentalmente estimulantes, desafiadores e com propósito, podem ser predominantes no grupo ocupados por homens. Por outro lado, trabalhos com baixa demanda, monótonos, redundantes e destituídos de sentido e significado, estariam sendo ocupados predominantemente por mulheres.

Uma crítica que fazemos ao estudo de Milner et al.³⁶ foi a utilização de uma matriz de exposição no trabalho para avaliar o estresse em cada ocupação a partir do que as pessoas consideravam uma 'experiência média'. Essa medida carece de precisão em nível individual e pode subestimar as diferenças

no enfrentamento e na susceptibilidade aos fatores psicossociais no trabalho.

Há relação entre risco de suicídio com práticas assediadoras de gestão nas organizações, incluindo assédio moral e o sexual que são formas de violência psicológica no trabalho. Tentativas de suicídio foram estudadas em uma amostra de mulheres bombeiras, antes e durante a carreira, e a ocorrência de assédio sexual ou ameaças de assédio no trabalho foram associadas com maior chance de relatar ideação suicida³⁹. Estudo de Griffith⁴⁰, com 12.567 militares, encontrou associação significativa entre assédio sexual no trabalho e tentativa de suicídio tanto para o nível individual (OR 15,40; $p < 0,001$) quando para o nível de grupo (OR 3,49; $p < 0,001$). Outro dado relevante desse estudo foi que as unidades que apresentavam níveis de assédio sexual acima da média tiveram consideravelmente mais relatos de tentativas de suicídio, chamando a atenção para o risco do ambiente hostil, indutor de sentimentos de desamparo, desesperança e estresse crônico⁴¹.

O estudo longitudinal de Hanson et al.⁴², com 85.205 indivíduos, também avaliou o risco de suicídio e tentativa de suicídio relacionados à exposição ao assédio sexual no trabalho e reforça a associação de risco aumentado de tentativa de suicídio e de suicídio, mesmo após ajustes para variáveis sociodemográficas. O assédio sexual no local de trabalho foi perpetrado por clientes, superiores e colegas de trabalho; o número de tentativas de suicídio foi cerca de sete vezes maior do que o desfecho fatal, portanto, investigar as tentativas de suicídio perpetrado por assédio pode prevenir o suicídio.

O estudo transversal de Roberge et al.⁴³ também avaliou a associação entre assédio sexual como um evento traumático e tentativas de suicídio, e corrobora os estudos de Griffith³⁷ e de Hanson et al.³⁹. O estudo considerou no desenho da amostra militares que sofreram algum evento traumático na vida, antes, durante o serviço militar e nos dois momentos (retraumatização). Ser vítima de assédio

foi associado significativamente ao risco de tentativa de suicídio durante o serviço militar no grupo (OR 18,88; p 0,05). Outra experiência sexual desconfortável (não incluindo agressão sexual) foi significativamente associada ao risco de tentativa de suicídio no grupo de evento traumático durante o serviço militar (OR 62,91; p 0,02) e no grupo retraumatizado (OR 4,22; p 0,01). Os achados corroboram com os estudos de Griffith³⁷ e de Hanson et al.⁴².

Os autores reconhecem que apesar da extensa lista dos termos utilizados nesta revisão, incluindo sinônimos, é possível que não tenha sido recuperado todos os estudos relacionados ao tema. O fato de a maioria dos estudos ser do tipo transversal e descritivo não permite determinar causalidade. Apenas seis estudos (40%) tiveram desenho longitudinal. Neste contexto é possível que apenas fatores de risco mais recentes tenham sido reconhecidos pelos informantes por serem mais evidentes, havendo poucos dados sobre fatores distais ou crônicos.

Entre os estudos selecionados, verificaram-se fatores e situações nas quais as condições de ajuste se confundem com condições de mediação. No entanto, diante da complexidade do suicídio, esse tipo de pesquisa é fundamental para levantar hipóteses relevantes a serem investigadas.

A distribuição geográfica e amostral não é passível de generalização. Diferentes culturas foram incluídas, mas a metodologia não permitiu a inclusão de nenhum estudo latino-americano. Esse aspecto pode influenciar nos resultados deste estudo, visto que tanto as exposições quanto os desfechos estudados apresentam discrepâncias importantes entre si²⁴⁴. No quesito temporalidade, a revisão incluiu um longo período de tempo na tentativa de abranger todos os estudos relevantes. No entanto, esta estratégia também possibilitou a inclusão de diferenças temporais de hábitos, costumes, valores e condições econômicas ao longo dos anos.

Muitos artigos recuperados através da estratégia de busca proposta trouxeram como desfecho 'ideação suicida' e 'risco elevado de suicídio', avaliados através de questionários.

Embora excluídos nesta revisão, devido ao risco de imprecisão e inconsistência entre as medidas utilizadas, recomenda-se que tais estudos sejam considerados em futuras revisões. Recomendação semelhante se aplica a estudos dedicados a avaliar situações específicas de trabalho e as exposições de riscos específicos de ocupações determinadas. Embora tenham sido excluídas desta revisão, tais estudos podem ser considerados futuramente.

Considerações finais

Diante de um mundo do trabalho cada vez mais competitivo e excludente, com a intensificação do trabalho, o estímulo ao individualismo, redução ou falta de apoio dos colegas, o assédio e outras formas de violência no trabalho tem se apresentado como fatores associados à maior ocorrência de transtornos mentais e suicídio.

Os estudos selecionados nesta revisão identificaram correlações entre um maior risco de suicídio e tentativa de suicídio com o desemprego e insegurança no emprego; a violência psicológica e assédio; os fatores psicossociais no trabalho – elevadas demandas, baixa autonomia, baixo apoio social, conflito entre o trabalho e a família – condições adversas e insatisfação com o trabalho; trabalho em turnos e ter vivenciado um acidente de trabalho.

As diversas formas de violência psicológica no trabalho precisam ser ativamente denunciadas e enfrentadas. Trabalhadores(as) devem ser encorajados a buscar ajuda de colegas de trabalho e dos seus representantes sindicais. A tentativa de suicídio, em si, também é um pedido de ajuda. É fundamental que as equipes e profissionais de saúde sejam capazes de conduzir um diagnóstico individual e coletivo da saúde mental dos trabalhadores, identificando os indivíduos mais expostos e reconhecendo situações de risco que exijam ações precoces de intervenção.

Retomando os objetivos desta revisão, os fatores psicossociais e o assédio no local de trabalho foram aspectos relevantes associados

ao risco de suicídio e a tentativa de suicídio e que devem ser destacados neste estudo. Apesar da nossa contribuição no campo da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras, e considerando que os transtornos mentais e o suicídio são temas sensíveis e estigmatizantes, sugere-se que novas pesquisas aprofundem estudos qualitativos e longitudinais, incluindo familiares e colegas de trabalho das vítimas de suicídio. ■

Colaboradores

Vieira B (0000-0003-3335-7770)*, Bandini M (0000-0003-2899-090X)*, Azevedo V (0000-0001-5591-6516)* e Lucca S (0000-0001-6023-0949)* colaboraram igualmente em todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Referências

1. World Health Organization. Public health action for the prevention of suicide: a framework. Geneva: WHO; 2012. 22 p. [acesso em 2020 jul 25]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75166/9789241503570_eng.pdf?sequence=1.
2. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: WHO; 2014. 137 p. [acesso em 2020 jul 25]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564878_eng.pdf;jsessionid=3D0E0AD7488A60FABD1EDB4D15521E38?sequence=8.
3. World Health Organization. National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators. Geneva: WHO; 2018. 64 p. [acesso em 2020 jul 25]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/279765/9789241515016-eng.pdf?ua=1>.
4. World Health Organization. Mental Health Action Plan 2013-2020. Geneva: WHO; 2013. 45 p. [acesso em 2020 jul 25]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>.
5. Organização Mundial da Saúde. Prevenção do suicídio: um manual para médicos clínicos gerais. Geneva: OMS; 2000. 18 p. [acesso em 2020 jul 25]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67165/WHO_MNH_MBD_00.1_por.pdf?sequence=7.
6. Cortez PA, Veiga HMS, Gomide APA, et al. Suicídio no trabalho: um estudo de revisão da literatura brasileira em psicologia. *Rev Psicol. Org. Trab.* 2019; 19(1):523-531.
7. Dejours C, Begue F. Suicídio e trabalho: o que fazer? Brasília, DF: Paralelo 15; 2010.
8. Souza PCZ, Souza AMRZ. Suicídio e trabalho: o que fazer? *Cad. Saúde Pública.* 2010; 26(12):2422-2423.
9. International Labour Organization. Workplace Stress: a collective challenge. Geneva: ILO; 2016. 57 p. [acesso em 2020 nov 23]. Disponível em: https://www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/resources-library/publications/WCMS_466547/lang--

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- en/index.htm%0Ahttp://www.ilo.org/africa/media-centre/news/WCMS_477712/lang--en/index.htm.
10. Brasil. Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Diário Oficial da União. 26 Abr 2019. [acesso em 2019 abr 29]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13819.htm.
 11. Brasil. Ministério da Saúde. Agenda de ações estratégicas para a vigilância e prevenção do suicídio e promoção da saúde no Brasil, 2017 a 2020. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017. [acesso em 2021 jan 4]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0264_19_02_2020.html.
 12. Bahia. Portaria Estadual SESAB nº 31, de 14 de janeiro de 2021 - Institui a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho para o Estado da Bahia - LDRT-BA. Diário Oficial. 31 Jan 2020. Disponível em: <https://renaston-line.ensp.fiocruz.br/recursos/portaria-estadual-sesab-31-14-janeiro-2021-institui-lista-doencas-relacionadas-trabalho>.
 13. Karasek RA Jr. Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Adm Sci Q*. 1979 [acesso em 2021 jan 6]; 24(2):285-308. Disponível em: <http://www.jstor.com/stable/2392498>.
 14. Karasek R. Low social control and physiological deregulation -the stress-disequilibrium theory, towards a new demand-control model. *Scand J Work Environ Health*. 2008; (6supl):117-35.
 15. Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J Occup Health Psychol*. 1996 [acesso em 2021 jan 21]; 1(1):27-41. Disponível em: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/1076-8998.1.1.27>.
 16. Kristensen TS, Hannerz H, Høgh A, et al. The Copenhagen Psychosocial Questionnaire: a tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scand J Work Environ Health*. 2005 [acesso em 2021 jan 6]; 31(6):438-49. Disponível em: http://www.sjweh.fi/show_abstract.php?abstract_id=948.
 17. Pejtersen JH, Kristensen TS, Borg V, et al. The second version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire. *Scand J Public Health*. 2010 [acesso em 2021 jan 21]; 38(3):8-24. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1403494809349858>.
 18. DeJong TM, Overholser JC, Stockmeier CA. Apples to oranges? a direct comparison between suicide attempters and suicide completers. *J Affect Disord*. 2009 [acesso em 2020 out 22]; 124(2010):90-7. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032709004807>.
 19. Brasil. Ministério da Saúde. Manual para investigação do óbito com causa mal definida. 2018. [acesso em 2020 out 22]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_investigacao_obito.pdf.
 20. Botega NJ, Marín-León L, Oliveira HB, et al. Prevalência de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito populacional em Campinas SP, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2009 [acesso em 2020 out 22]; (25):2632-2638. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2009.v25n12/2632-2638/>.
 21. Brodsky CM. Suicide attributed to work. *Suicide Life Threat Behav*. 1977 [acesso em 2020 out 22]; 7(4):216-29. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1977.tb00893.x>.
 22. Amagasa T, Nakayama T, Takahashi Y. Karojisatsu in Japan: characteristics of 22 cases of work-related suicide. *J Occup Health*. 2005 [acesso em 2020 out 22]; (47):157-64. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1539/joh.47.157>.
 23. International Labour Organization. Psychosocial factors at work: recognition and control. Report of the Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health. Geneva: ILO; 1986.

24. World Health Organization. PRIMA-EF: Guidance on the European framework for psychosocial risk management: a resource for employer and worker representatives. Geneva: World Health Organization; 2008. [acesso em 2020 out 22]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43966>.
25. Yamauchi T, Sasaki T, Yoshikawa T, et al. Differences in work-related adverse events by sex and industry in cases involving compensation for mental disorders and suicide in Japan from 2010 to 2014. *J Occup Environ Med*. 2018 [acesso em 2020 nov 11]; 60(4):e178-82. Disponível em: <http://journals.lww.com/00043764-201804000-00016>.
26. Milner A, Maheen H, Currier D, et al. Male suicide among construction workers in Australia: a qualitative analysis of the major stressors precipitating death. *BMC Public Health*. 2017 [acesso em 2020 dez 17]; 17(1):584. Disponível em: <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-017-4500-8>.
27. Jorm AF, Ross AM. Guidelines for the public on how to provide mental health first aid: narrative review. *BJPsych Open*. 2018; 4(6):427-440.
28. Barreto M, Venco S. Da Violência ao Suicídio no Trabalho. In: Barreto M, Netto NB, Pereira LB, organizadores. Do assédio moral à morte de si: significados sociais do suicídio no trabalho. São Paulo: Matsunaga; 2011.
29. Bottega CG, Perez KV, Merlo ARC. Foi como uma vela se apagando: intervenção com trabalhadores bancários a partir de um suicídio. *Trabalho (En)Cena*. 2018 [acesso em 2020 out 26]; (3):17-33. Disponível em: <https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/encena/article/view/4866/13231>.
30. Samuelsson M, Gustavsson JP, Petterson IL, et al. Suicidal feelings and work environment in psychiatric nursing personnel. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1997 [acesso em 2020 out 26]; (32):391-7. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF00788179>.
31. A, Rachiotis G, Markaki A, et al. Employment and suicidal rates during economic recession: A country-targeted integrative review. *Int J Soc Psychiatry*. 2020 [acesso em 2020 out 26]; 67(6):801-815. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0020764020969740>.
32. Law YW, Yip PS, Zhang Y, et al. The chronic impact of work on suicides and under-utilization of psychiatric and psychosocial services. *J Affect Disord*. 2014 [acesso em 2020 out 26]; 168(1):254-61. Disponível em: <https://ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4180047>.
33. Howard M, Krannitz M. A reanalysis of occupation and suicide: negative perceptions of the workplace linked to suicide attempts. *J Psychol*. 2017 [acesso em 2020 out 26]; 151(8):767-88. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00223980.2017.1393378>.
34. Baumert J, Schneider B, Lukaschek K, et al. Adverse conditions at the workplace are associated with increased suicide risk. *J Psychiatr Res*. 2014 [acesso em 2020 out 22]; (57):90-5. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022395614001757>.
35. Feskanich D, Hastrup JL, Marshall JR, et al. Stress and suicide in the Nurses' Health Study. *J Epidemiol Community*. 2002 [acesso em 2020 out 23]; (56):95-8. Disponível em: <https://jech.bmj.com/lookup/doi/10.1136/jech.56.2.95>.
36. Milner A, Spittal MJ, Pirkis J, et al. Low control and high demands at work as risk factors for suicide: An Australian national population-level case-control study. *Psychosom Med*. 2017 [acesso em 2020 out 26]; (79):358-64. Disponível em: <https://rest.neptune-prod.its.unimelb.edu.au/server/api/core/bitstreams/59a70f98-34b7-56b1-af2c-a19e1a328bb7/content>.
37. Tsutsumi A, Kayaba K, Ojima T, et al. Low control at work and the risk of suicide in Japanese men: a prospective cohort study. *Psychother Psychosom*. 2007 [acesso em 2020 out 26]; (76):177-85. Disponível em: <https://www.karger.com/Article/FullText/99845>.

38. Milner A, Niedhammer I, Chastang JF, et al. Validity of a job-exposure matrix for psychosocial job stressors: results from the household income and labour dynamics in Australia survey. *PLoS One*. 2016 [acesso em 2021 jan 21]; 11(4):e0152980. Disponível em: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0152980>.
39. Hom MA, Stanley IH, Spencer-Thomas S, et al. Women firefighters and workplace harassment. *J Nerv Ment Dis*. 2017 [acesso em 2020 ago 31]; 205(12):910-7. Disponível em: <http://journals.lww.com/00005053-201712000-00002>.
40. Griffith J. The sexual harassment-suicide connection in the U.S. Military: contextual effects of hostile work environment and trusted unit leaders. *Suicide Life Threat Behav*. 2019 [acesso em 2020 out 31]; 49(1):41-53. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28972302>.
41. International Labour Organization. Safe and healthy working environments free from violence and harassment. Geneva: ILO; 2020. 107 p. [acesso em 2021 jan 21]. Disponível em: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/--safework/documents/publication/wcms_751832.pdf.
42. Hanson LM, Nyberg A, Mittendorfer-Rutz E, et al. Work related sexual harassment and risk of suicide and suicide attempts: prospective cohort study. *BMJ*. 2020 [acesso em 2020 set 15]; (370):m2984. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7463167>.
43. Roberge EM, Haddock LA, Oakey-Frost DN, et al. Unwanted sexual experiences and retraumatization: predictors of mental health concerns in veterans. *Psychol Trauma*. 2019 [acesso em 2020 out 26]; 11(8):886-94. Disponível em: <https://content.apa.org/record/2019-12556-001>.
44. World Health Organization. Suicide in the world: global health estimate. Geneva: WHO; 2019. 32 p. [acesso em 2020 jul 25]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326948>.

Recebido em 09/06/2022
 Aprovado em 06/10/2022
 Conflito de interesses: inexistente
 Suporte financeiro: não houve

Epidemiologia e emancipação humana: uma revisita aos princípios da justiça

Epidemiology and human emancipation: revisiting the principles of justice

Simone Schenkman¹

DOI: 10.1590/0103-1104202313618

RESUMO A epidemiologia, apesar de suas origens sócio-históricas, tornou-se hegemonicamente individual, linear, com clivagens entre os hemisférios norte e sul, entre método e teoria crítica, de onde emerge a necessidade de uma epidemiologia voltada à emancipação humana. O objetivo deste artigo é avaliar de que forma a epidemiologia contra-hegemônica tem contribuído para práticas efetivas de emancipação humana na saúde pública nos diferentes níveis de justiça. Realizou-se revisão integrativa, com busca nas bases de dados PubMed, BVS, Assia, Embase e SA e análise temática e *cross-case*. Diante de lentes ajustadas à epidemiologia crítica, reconstituímos os tensionamentos entre as diferentes formas de emancipações política e humana, nos níveis de justiça cognitiva, socioambiental e de saúde. O primeiro nível, cognitivo, é atravessado pela razão de mundo e pelo pensamento abissal e envolve os demais. O nível socioambiental foi ancorado no metabolismo sicionatural-histórico e o de saúde, angustia-se entre o bem viver e as lutas fragmentadas pelos direitos à saúde universal, frente à espoliação do setor. No enfrentamento ao modelo de acumulação de capital, devemos valorizar a interculturalidade e a subjetividade. Evidenciou-se que a ‘Epistemologia do Sul’ remete a um pensamento descolonizador, orientando metodologias capazes de potencializar descobertas bem como desmistificar as relações sociais.

PALAVRAS-CHAVE Saúde coletiva. Epistemologia. Capitalismo. Interculturalidade. Interseccionalidade.

ABSTRACT *Epidemiology, despite its socio-historical origins, has become hegemonically individual and linear, with the north-southern hemispheres divide, methodology and critical theory, which calls for a human emancipation oriented epidemiology. The aim of this article is to assess how critical epidemiology has contributed to effective human emancipation practices in public health, at different justice levels. An Integrative review was performed, with searches in PubMed, VHL, ASSIA, EMBASE and SA databases and thematic and cross-case analysis. Elaborating through critical counter-hegemonic epidemiology adjusted lens, we reconstitute the tension between different modes of human and political emancipations, at the levels of cognitive, socio-environmental and health justice. The cognitive level is crossed by the ‘way of the world’ and the ‘abyssal’ thinking and involves the other levels. The socio-environmental level was anchored in the historical socio-natural metabolism and that of health, anguishes between well-being and the fragmented struggles for universal health rights, as opposed to the spoliation of the sector. In confronting the capital accumulation model, it’s essential to value interculturality and subjectivity We found evidence that the ‘Epistemology of the South’ points out to a decolonizing thought-oriented methodology, capable of enhancing discoveries and demystifying social relations.*

KEYWORDS *Public health. Epistemology. Capitalism. Interculturality. Intersectionality.*

¹Universidade de São Paulo (USP) - São Paulo (SP), Brasil.
simoneschenkman16@gmail.com



Introdução

A epidemiologia surgiu inicialmente com caráter coletivo e social, ainda que com a perspectiva do controle urbano da sociedade e suas moléstias e agravos nos séculos XVII e XVIII. No entanto, o resgate histórico permite afirmar que, na medida em que o capitalismo foi consolidado, a epidemiologia, para ser aceita e tornar-se ciência hegemônica, foi se apropriando do espaço público de determinação da saúde e doença, com todas as implicações do significado do público na ordem social burguesa¹.

Não é à toa que a epidemiologia foi reduzindo sua dimensão social gradativamente e ampliando seu arsenal tecnológico e matemático a serviço dos problemas individuais de saúde, engrandecendo as ferramentas da epidemiologia clínica e da experimentação racional, a ponto de chegar ao nível nanomolecular. Quanto mais verticalizada, maior status adquire na ciência, ao mesmo tempo em que permanece mais limitada e restrita à reconstrução da realidade sócio-histórica, embora as contradições entre o individual e coletivo permaneçam² no que se refere aos interesses subjacentes, gerando lutas colossais.

Assim, nos anos de 1970, surgem nos países da América Latina fortes resistências a esse modelo, uma vez que as desigualdades em saúde são extremas nos países periféricos, buscando sua identidade na teoria crítica e na dialética, resgatando a determinação social de saúde e doença como forma de alcançar o bem viver³.

Floresce, dessa necessidade, a 'Epistemologia do Sul', com a finalidade de combater o pensamento abissal⁴ e toda forma injusta derivada das relações sociais de poder e opressão, como o capitalismo financeiro espoliador, o pós-colonialismo, o patriarcado e o racismo. Almejam-se a resiliência e o enfrentamento dos eixos de dominação, como forma de emancipação social frente à imposição da modernidade eurocêntrica, ocidental e capitalista. A exclusão e a invisibilidade passam

a dominar os artigos científicos relativos a fatores de risco individuais e fragmentados, até mesmo pelos temas escolhidos, doenças abordadas e população estudada, muitas vezes de forma experimental, voltados aos ensaios clínicos. A clivagem biomédica provoca um contramovimento da epidemiologia social no sentido de dar voz aos excluídos e invisíveis, aos ausentes, em que a epidemiologia crítica propõe novas ferramentas e instrumentos rumo à emancipação.

Dessa forma, temos de um lado uma epidemiologia hegemônica, matematizada e científica, de cunho mais metodológico no hemisfério Norte, enquanto no Sul temos o desenvolvimento mais consistente de uma epidemiologia fortemente voltada à teoria e que almeja essencialmente a emancipação humana⁵.

É importante ressaltar aqui a diferença entre a emancipação humana e a política, pois, se a emancipação política é fundamental para a luta em prol dos direitos sociais e da cidadania plena, é somente com a superação da política e do capital na ordem social^{6,7} que se alcança a emancipação humana na concepção marxista.

Assim, segundo Chasin⁷⁽⁵⁴⁾,

a emancipação humana ou revolução social do homem compreende a reintegração de posse pelo homem real da figura do cidadão, de modo que ele não mais aliene de si a força humano-societária, degenerada e transfigurada em força política e o reconhecimento e a organização - racional e humanamente orientada - das próprias forças individuais como forças sociais, de tal sorte que a individualidade, isolada e confundida com o ser mudo da natureza, quebre a finitude do ser orgânico e se alce à universalidade de seu gênero.

Somente dessa forma, serão possíveis uma individuação e uma sociabilidade de livre associação comunitária, inclusive no que se refere às atividades humanas.

Os projetos emancipatórios devem aspirar ao bem-estar dos sujeitos e dos grupos frente

aos contextos de injustiça social e fenômenos de reificação das formas da cultura hegemônica do capitalismo, que, mesmo oferecendo meios de emancipação política, não reconhece os seus modos de andar a vida e de trabalhar, incluindo suas formas socioculturais de sofrer, de desejar e de cuidar de si próprios e de seus semelhantes⁸.

O dilema é que a emancipação política se encontra circunscrita à ordem social burguesa, que delimita as possibilidades de alcance do bem viver e de construção de um novo modelo civilizatório que implique um metabolismo sacionatural promotor e protetor da vida e da saúde⁹. Tampouco podemos esquecer que toda concepção de direito é reificada e delimitada pela hegemonia de classe e que está sujeita à supremacia da propriedade privada e da liberdade e igualdade apenas entre sujeitos genéricos, tendo por referência o mundo material¹⁰. Ademais, a categoria dos grupos fica excluída propositalmente, pois não está em lugar algum: nem no sujeito privado, nem no direito público.

Torna-se essencial, portanto, ponderar como os princípios da justiça atravessam essa diferenciação de emancipação em suas vertentes políticas e humanas, pois, ao considerarmos cada nível e as lutas travadas por direitos humanos em todas as suas gerações, podemos vislumbrar nesse horizonte novos alcances mais substantivos, que possam alicerçar a emancipação humana. Primeiramente, é preciso alterar a percepção de como vemos o mundo e valorizamos o outro. A epidemiologia crítica ou contra-hegemônica envolve não somente a mudança acerca do que percebemos em termos de relações de poder, controle e de reprodução social, por meio das normas e estruturas, mas também como pensamos e sentimos a ciência, de que modo selecionamos a agenda e realizamos pesquisa, até como construímos e comunicamos o conhecimento produzido¹¹⁻¹³.

Dessa forma, o objetivo deste artigo é avaliar de que forma a epidemiologia crítica e alternativa, ou contra-hegemônica, tem contribuído

para práticas efetivas de emancipação humana na saúde pública nos diferentes níveis de justiça.

Material e métodos

A revisão integrativa foi o método escolhido por seu potencial de análise e síntese de diferentes tipos de estudos, incluindo os teóricos e os empíricos, além da possibilidade criativa da meta-agregação, que envolve práticas de abstração e suspensão^{14,15}.

A questão de pesquisa deste estudo consiste em compreender como a epidemiologia crítica, ou alternativa, tem contribuído para as práticas emancipatórias na saúde pública. Assim, foram definidos os conceitos de epidemiologia contra-hegemônicos, independentemente de sua nomenclatura, que poderiam caminhar de social à epidemiologia alternativa ou popular, conquanto não fosse a epidemiologia clássica.

Do mesmo modo, a definição de emancipação também foi essencial, em razão da divisão básica de emancipação em política e humana, que tratam de dimensões diferentes, embora a primeira seja uma etapa necessária, porém não suficiente para a segunda. Os níveis de justiça também foram investigados, de forma a contemplar sua transversalidade nas práticas propostas.

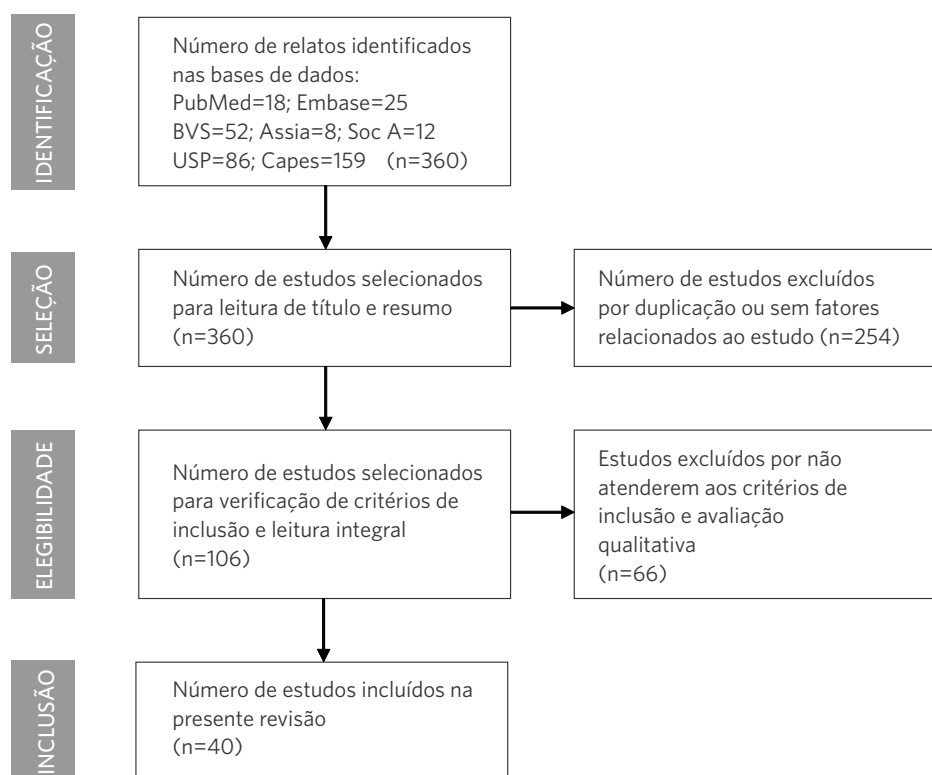
A estratégia de busca e critérios de inclusão foi definida a partir da pergunta de pesquisa assinalada e buscaram-se os seguintes termos, em separado: “epidemiologia crítica”; “epidemiologia alternativa”; “epidemiologia social”; “epidemiologia popular”, com e sem o termo “emancipação” ou “práticas emancipatórias”. Excetuaram-se os seguintes termos: “epidemiologia clássica”; “epidemiologia de risco”; “epidemiologia clínica” ou com adjetivo “biomédico”; “fator de risco”; “causalidade”.

Consultaram-se as seguintes bases de dados entre abril e agosto de 2020: Pubmed, BVS, Sociological abstracts, Assia e Embase, além de buscas integradas da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/

USP) e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). De um total de 360 artigos, foram analisados na íntegra 106 e apenas 40 remanesceram para a extração de dados, depois de excluídos os artigos duplicados ou que não estavam no escopo da pesquisa (figura 1). Apenas resultaram 21 materiais diferentes de artigos científicos, como teses, resenhas e artigos de jornal, não compondo a análise.

Os critérios de inclusão adotados foram: textos completos, de diferentes modalidades, em periódicos revisados por pares, disponíveis nas bases de dados; texto em português, inglês ou espanhol; estudos realizados ou publicados preferencialmente a partir de 2000. Os critérios de exclusão adotados aos estudos foram: duplicidade; enfoque clínico ou biomédico; e enfoque clássico, de risco, linear, causal.

Figura 1. Etapas para a inclusão de estudos para a revisão integrativa



Fonte: elaboração própria.

Extração de dados

As seguintes informações foram extraídas dos estudos: autores, país de origem, instituições de pesquisa, tipos de revista e de publicação;

conceitos utilizados na definição de epidemiologia clássica e contra-hegemônica; abordagens metodológicas utilizadas, i.e., dimensões e níveis de análise; variáveis selecionadas e análises qualitativas e quantitativas, e, principalmente, a finalidade da pesquisa, resultados

encontrados e respostas às questões da pesquisa. Especificamente, foram verificadas as lentes de pesquisa utilizadas e a percepção do problema de pesquisa pelo autor; a presença de uma visão imperialista ou colonizadora; a preocupação com os saberes populares, a interculturalidade e a sociologia da ausência; as práticas emancipatórias propostas e sua resposta socioambiental; a presença de ruptura com as práticas tradicionais; formas de conceituação de vulnerabilidade e papel interseccional de gênero, etnia, classe social e colonização.

Interpretação dos dados e metodologias utilizadas

Os seguintes tópicos foram avaliados criticamente nos estudos selecionados: a questão da pesquisa, sua relevância, as bases conceituais e teórico-metodológicas; resposta adequada à questão de pesquisa no artigo; as limitações ou vieses discutidos; e as lacunas sobre o tema que restam na literatura. Essas questões permitiram uma revisita aos artigos, de modo crítico, validando a interpretação dos resultados. Quanto aos estudos teóricos, os seguintes fatores foram avaliados: interesse público envolvido, argumentos lógicos e bem

construídos, fonte claramente identificada e referências relacionadas¹⁶.

Os resultados foram classificados e resumidos, de forma a possibilitar a síntese das evidências primárias coletadas e analisadas, na linha da análise temática e da relação entre as variáveis. A metassíntese foi realizada com base na identificação de padrões, temas e relações, a partir da definição de categorias na extração de dados, permitindo a construção de matrizes de análise e síntese.

A metodologia de análise selecionada foi a de *cross-case*, proposta por Miles e Huberman¹⁷, que permite discriminar e contrastar os padrões identificados. Os estudos foram analisados de diferentes modos: divergência entre categorias, semelhanças e diferenças entre pares próximos, e a distinção de casos similares. Foi possível, assim, um segundo olhar, por meio das diferentes possibilidades de interpretação dos dados.

As sínteses realizadas originaram-se da meta-agregação dos dados, quando foram identificados os principais temas propostos e inter-relacionados as abordagens epidemiológicas, as formas de emancipação, a interseccionalidade, os níveis de justiça e de análise, os valores contra-hegemônicos e as mudanças alcançadas (*quadro 1*).

Quadro 1. Etapas para a meta-agregação dos dados na revisão integrativa

Étapas	Resumo	Classificação
Identificação	Como a Epidemiologia Crítica ou 'alternativa' tem contribuído para as práticas emancipatórias na saúde pública?	Conceitos de epidemiologia crítica: paradigmas e teorias Conceitos de práticas emancipatórias Princípios de justiça
Achados	Análise temática de conteúdo Análise <i>cross-case</i>	Principais abordagens/temas dos artigos Relação entre as variáveis selecionadas
Síntese	Relação entre as abordagens epidemiológicas e os projetos emancipatórios Efetividade dos projetos e práticas voltadas à redução de iniquidades e privilégios.	Tensionamentos entre as práticas de emancipação política e humana, nos diferentes níveis de justiça.

Fonte: elaboração própria.

Resultados e discussão

Os temas versavam sobre questões do meio ambiente e espaço (27,3%), direitos humanos e advocacia para as minorias (22,7%); os agravos mais prevalentes na sociedade (15,9%), como as doenças crônicas e causas externas, bem como as doenças infecciosas e a vigilância à saúde, programas de saúde compartmentalizados (13,6%), ensino, trabalho em saúde e concepções de políticas públicas (13,6%); e tecnologia da informação e comunicação (6,8%).

As lentes pelas quais as discussões foram desenvolvidas foram a teoria crítica e a dialética, além da epidemiologia social, alternativa, popular ou até novas categorias interseccionais. Articulações importantes com a geologia política e com a psicologia crítica estiveram presentes, com novos significados compartilhados com a epidemiologia. O quadro 2 permite apreciar um recorte dos estudos empíricos e de revisão quanto às lentes utilizadas, às perguntas de pesquisa e se as respostas eram adequadas aos problemas de pesquisa.

Quadro 2. Características dos artigos não teóricos submetidos à revisão integrativa, segundo a pergunta de pesquisa; sua resposta, lentes utilizadas e referência (tipo de publicação).

Autor, ano, título (tipo de publicação)	Pergunta de pesquisa	Resposta adequada	Lentes
Spiegel JM, Breilh J, Yassi A. 2015 ³ . Why language matters: insights and challenges in applying a social determination of health approach in a North-South collaborative research program. (E)	Como articular a teoria social (Sul) com as práticas empíricas (Norte)?	Sim, são apresentadas propostas de operacionalização de prioridades identificadas no Equador. O grande desafio é como proceder nessa operacionalização, com base nos processos de determinação social.	As lentes buscam trabalhar com as forças e relações que determinam o processo saúde-doença, para além dos fatores causais de risco.
Prussing E. 2018 ²⁴ . Critical Epidemiology in action; Research by and for indigenous peoples. (ER)	Como que os profissionais de epidemiologia estão contribuindo para a prática da advocacia das populações indígenas?	Sim, a maioria está procurando ampliar a credibilidade da pesquisa relacionada às populações indígenas com dados quantitativos e indicadores, no intuito de promover a equidade em saúde a essas minorias. O colonialismo como determinante de saúde é fundamental nessa luta. A pesquisa deixa de ser sobre os indígenas e passa a ser por e para os mesmos	As lentes buscam trabalhar com a possibilidade de a epidemiologia e os métodos quantitativos 'emprestarem credibilidade' às pesquisas relacionadas às iniquidades em saúde nas populações indígenas.
Ramírez M. OS, Puerto L. JS, Rojas V. MR, Villamizar G. JC, Vargas E. LA, Urrego M. ZC 2018 ⁵² . El suicidio de indígenas desde la determinación social en salud. (RE)	Como proceder à análise do suicídio entre indígenas, do ponto de vista da determinação social da saúde?	Sim, uma matriz de processos críticos foi construída com os processos protetores e destrutivos, nos âmbitos geral, particular e singular. As condições estruturais de violência foram os principais determinantes nessa análise	As lentes partem de diferentes tipos de violência a que são submetidos os indígenas: direta, estrutural e cultural.
Montero-Moreta GE. 2018 ⁵³ . Determinación social de la mortalidad por accidentes de tránsito en el distrito metropolitano de Quito, año 2013. (E)	Qual a distribuição socioespacial das mortes por acidentes de trânsito no DMQ? Quais seus determinantes?	Sim, as principais diferenças de mortalidade ocorreram em função das áreas socioespaciais (mais que o dobro da mortalidade). As variáveis relativas ao trabalho, consumo e à mobilidade são importantes, bem como gênero (homens), idade e classe social proletária	Um olhar voltado para a explicação do processo saúde-doença, como processo social. O entendimento da mortalidade por acidentes de trânsito de forma socioespacial, para que efetive o direito à mobilidade equitativa, sustentável e segura

Autor, ano, título (tipo de publicação)	Pergunta de pesquisa	Resposta adequada	Lentes
Varela LE, Ocampo DC, Ramírez MC, Restrepo SL, López MV, Cañaveral MI. 2008 ⁵⁴ . Perfil de algunas condiciones psicosociales de un grupo de adultos mayores. (E)	Quais os fatores psicossociais protetores e nocivos em idosos, em Caldas, Antioquia (Colômbia) com base na determinação social da saúde? Quais as intervenções possíveis	Sim, a maioria dos idosos, ainda que com alguma insatisfação e baixo grau de instrução, valorizam a vida, não apresentaram altos níveis de depressão e buscam participar na vida social e cívica, com mecanismos de participação social. A maioria apresenta problemas de comunicação com a família, com conflitos e contradições intergeracionais, principalmente, quando a renda proveniente dos idosos é baixa/inexistente, Indiferença e poucas oportunidades de trabalho/inserção social são identificadas	Um olhar voltado para as necessidades dos idosos, de acordo com um diagnóstico participativo, tendo em vista o fortalecimento dos fatores protetores e a redução nos fatores nocivos, bem como formas de empoderamento e participação ativa na comunidade
Breilh J. 2003 ⁴⁷ . De la vigilancia convencional al monitoreo participativo. (E)	É possível alterar a forma de acompanhamento da vigilância epidemiológica, desde a formulação conjunta até o conteúdo dos indicadores, voltados para os processos críticos coletivos, e não para medidas individuais de morbimortalidade?	Sim. Proposta acerca de um monitoramento estratégico participativo, com base na gestão do conhecimento intercultural, na gestão participativa, no controle social e na intervenção com base nos processos críticos (matriz).	Um olhar voltado para a inovação na gestão, com participação das comunidades afetadas, com respeito aos saberes, a transdisciplinaridade, a gestão e controle social, tendo em vista a transformação dos sistemas arcaicos de vigilância em monitoramento participativo
Wemrell M, Merlo J, Mulinari S, Hornborg AC. 2016 ³⁵ . Contemporary Epidemiology: A Review of Critical Discussions Within the Discipline and A Call for Further Dialogue with Social Theory. (RE)	A partir dos debates críticos dentro e fora da disciplina, principalmente em função da redução da epidemiologia aos fatores de risco. Quais as formas de integração das ciências sociais com a epidemiologia?	Sim. São apresentadas três grandes contribuições para essa integração: a incorporação (embodiment), o estudo dos determinantes macrossociais (processo saúde-doença) e as diferenças humanas nas iniquidades (gênero, etnia e classe social).	Um olhar voltado para a formas de integração entre as ciências sociais e a epidemiologia
Hopper K, Gutmacher S. 1979 ¹⁹ . Rethinking suicide: notes toward a critical epidemiology. (RE)	As autoras fazem uma revisão acerca do uso da crítica social pela epidemiologia, utilizando o suicídio como objeto. Vários estudos apontam para efeitos em saúde causados por variáveis socioeconômicas, tais como o desemprego, as crises econômicas/situacionais, a vulnerabilidade das minorias e a falta de suporte social como determinantes	São apontadas as falhas nos estudos realizados, sempre privilegiando as causas individuais e mais próximas ao evento, descartando as causas estruturais. Assim, é sugerido arcabouço para estudo, que leve em consideração as causas macrossociais, até como forma de prevenção mais efetiva. Por fim, é enfatizado que o comportamento autodestrutivo é muito mais comum em nosso ambiente social do que se supõe pelas estatísticas de suicídio disponíveis	Um olhar voltado para a formas de integração entre as ciências sociais e a epidemiologia.
Moraes RJS, Barroco SMS. 2016 ⁵⁵ . Conceções do Alcoolismo na Atualidade: Pesquisas Hegemônicas, Avanços e Contradições. (RE)	Como têm sido construídas as diferentes concepções acerca do alcoolismo, levando em considerações as perspectivas históricas e as teorias epidemiológicas uni ou multicausais?	Sim, as autoras abordam diferentes artigos e demonstram que, ainda que as diferentes concepções existam, ainda são bastante segmentadas e baseadas na questão do risco, sem hierarquias entre as dimensões biológicas, psíquicas e sociais. As relações sociais e de produção, bem como a contextualização histórica, são praticamente ignoradas, tendo a dimensão biológica evoluído para a genética e o comportamento de risco/estilo de vida individual	Um olhar voltado para a formas de integração entre as ciências sociais, a psicologia e a epidemiologia crítica marxista

Autor, ano, título (tipo de publicação)	Pergunta de pesquisa	Resposta adequada	Lentes
Brisbois BW, Almeida PP. 2017 ³¹ . Attending to Researcher Positionality in Geographic Fieldwork on Health in Latin America: Lessons from La Costa Ecuatoriana. (E)	A reflexão crítica no trabalho de campo (geográfico e da saúde) na América Latina é fundamental. As diferentes influências exercidas pela própria posição (gênero, raça, identidade, classe e profissão) e percepção do pesquisador envolvido devem ser esmiuçadas, de forma a prevenir pré-conceitos e visões caricaturais dos pesquisados/pesquisadores. O pensamento anglo-saxão também deve ser considerado, de forma a não obscurecer as relações imperialistas que se reproduzem no interior das próprias comunidades latino americanas.	Sim. São detalhadas as experiências dos autores e como refletiram sobre os pesquisados, antes, durante e após a pesquisa, buscando evitar armadilhas da geografia imaginária que perpassa os pesquisados e os pesquisadores, principalmente quando provenientes de países centrais. A relação entre a produção do conhecimento e as iniquidades regionais também são estudadas	Um olhar voltado para as questões históricas e políticas entre centro e periferia, entre colonizador/colonizado, entre explorador/explorado.
Ortuno EE. 2011 ²⁸ . Aspectos territoriales, geoecológicos y demográficos del estado Carabobo: bases para la comprensión de las desigualdades en salud. (E)	Para melhor compreender a situação de saúde e as condições de vida de um território, é importante considerar as questões geopolíticas, históricas, ecológicas e transição demográfica. Com base nessas análises, bem como das transformações na organização e divisão político-administrativa, o autor procura explicar as desigualdades em saúde (taxa de natalidade e de mortalidade, de 1999-2005).	Sim, parcialmente. São detalhadas as mudanças ocorridas ao longo de tempo, as características geoecológicas e, principalmente, a formação histórica e econômica do Estado Carabobo, com seu processo de urbanização precária. No entanto, essa relação com as desigualdades em saúde permanece um pouco distante, já que são trabalhadas a mortalidade e natalidade, apenas. A mensagem principal é que a sociedade modela sua própria geoecologia, que acaba tendo consequências sobre a saúde da população. A conformação do espaço responde a uma dinâmica histórica e aos efeitos do capitalismo e do colonialismo.	Um olhar voltado para as questões geo-históricas e políticas entre centro e periferia, entre colonizador/colonizado, entre explorador/explorado.
Zaldúa G, Pawlowicz MP, Longo R, Sopransi MB, Lenta MM. 2013 ³⁰ . Right's infringement and alternatives to exigibility in communitarian health (E)	A partir da Psicologia Crítica e da Epidemiologia crítica, na confluência e intersecção de diferentes sentidos, práticas e saberes, busca-se estudar os elementos facilitadores e os obstáculos à garantia da saúde como direito.	Sim, os principais obstáculos encontrados foram socioeconômicos, institucionais (intersetorialidade e interdisciplinaridade), epistêmicos e tecnocráticos, enquanto que os facilitadores foram a implicação crítica dos profissionais de saúde/educação e das demais áreas sociais (pessoas estratégicas) e as redes sociais comunitárias.	Um olhar voltado para a subjetividade e os direitos humanos, sociais e políticos. O acesso aos direitos a saúde está impregnado com valores e crenças em relação ao corpo e aos cuidados em saúde, bem como com a produção material de relações sócio históricas e de gênero, aspectos técnico-científicos de intervenção profissional, além da análise da vida cotidiana e das práticas sociais.
Eslava Castañeda JC. 2017 ⁴⁴ . Pensando la determinación social del proceso salud-enfermedad. (TR)	Elaboração de uma discussão epistemológica acerca da determinação social do processo saúde-doença, no âmbito da Medicina Social Latino-americana (MSL), suas vertentes históricas e formas de operacionalização.	Sim, a partir de exemplos concretos, o autor demonstra como o conceito é abordado, além de fazer um relato histórico do movimento e as consequências epistemológicas dos conceitos escolhidos, como as relações sociais de produção, a reprodução social e os modos de vida decorrentes dessa rede de relações, de forma contraditória e dialética. Há o imperativo de transformar a realidade, não sendo suficiente apenas conhecer seus processos.	Um olhar voltado para as raízes históricas e epistemológicas da MSL. O autor procura agrupar as diferentes nomenclaturas existentes no continente para dar conta de um conjunto voltado à determinação social da saúde, de forma dialética e dinâmica. Assim, a Saúde Coletiva e a Epidemiologia Crítica estariam lado a lado nessa construção, em oposição à Epidemiologia Social anglo-saxônica e a Saúde Pública tradicional. Seria uma corrente alternativa, que aglutinou vários acadêmicos insatisfeitos com o enfoque tradicional, sendo expoente o médico sociólogo argentino Juan César García.

Autor, ano, título (tipo de publicação)	Pergunta de pesquisa	Resposta adequada	Lentes
Ramirez G, MC; Lopez L, MV; Gaviria N, DL. 2006 ⁹⁶ . Diagnóstico participativo de salud em usuários de um Programa de hipertensión arterial. (E)	Realização de um diagnóstico de saúde de forma participativa, com profissionais de saúde e usuários de um Programa de Prevenção da Hipertensão Arterial em Medellín. A questão principal é como utilizar as informações para o monitoramento epidemiológico de forma crítica, para uma intervenção que possa transformar a realidade.	Sim, parcialmente. São descritas as etapas realizadas e os resultados alcançados, de forma detalhada, com os mecanismos protetores e nocivos em todos os níveis. No entanto, fica em aberto o que será realizado a partir da pesquisa, cujos resultados serão ofertados para a comunidade envolvida e os profissionais de saúde. Há, no entanto, elementos mais difíceis de mudanças, como a violência no bairro estudado e as reformas estruturais. No entanto, há outros pontos de melhoria, como a participação mais ativa, o envolvimento maior da família, a ampliação do acesso aos medicamentos, entre outros.	Um olhar mais próximo à comunidade e aos serviços de saúde locais como espaços de construção social e campo de contradições e conflitos. Lentes que propõem a interação entre os profissionais de saúde e usuários na gestão do programa, como espaço de encontro, de convívio, de amenizar as dores e a solidão, para além do tratamento de saúde individual.
Carmona-Fonseca Jaime, Correa B Adriana M. 2014 ²⁰ . Social determination of malnutrition and psychomotor retardation in preschool children in Urabá (Colombia). An analysis based on Social Epidemiology. (E)	Investigação acerca da desnutrição infantil e desenvolvimento em área vulnerável da Colômbia (Urabá; maioria camponesa), considerando as dimensões das condições de vida e situação de saúde.	Sim, são descritas as características básicas das condições de vida da população (moradia, saneamento, educação, trabalho, acesso a bens e serviços, consumo, cultura e crenças/valores, meio-ambiente) e sua relação com indicadores de desnutrição infantil e desenvolvimento psicomotor em crianças.	Um olhar muito bem caracterizado sobre as condições de vida, em suas dimensões individuais, grupais e gerais e sua relação com a prevalência de desnutrição infantil (crônica, global e aguda) além de aspectos do desenvolvimento psicomotor infantil (linguagem/audição; motricidade grossa e fina e pessoal/social).
Gómez GE, López MV, Ochoa SC, Wilches OC. 2007 ²⁷ . Matriz de procesos críticos: propuesta para estudiar condiciones de vida y salud. (E)	Apresentar elementos teórico-metodológicos do estudo de condições de vida e saúde do município de Marinilla, Colômbia, com base na matriz de processos críticos	Sim, são descritas as características básicas das condições de vida da população (gerais: condições de trabalho e socioculturais; processos particulares: consumo e entorno, mediadores; processos singulares; organização dos serviços de saúde e de seguridade social – expressão do processo saúde-doença) e sua utilidade do ponto de vista participativo e do monitoramento futuro.	Um olhar bem delimitado sobre as condições de vida, em suas dimensões individuais, grupais e gerais, sobre a dinâmica das relações sociais e seus conflitos com o Estado (paternalista).
Franco-Cortés AM, Otálvaro-Castro GJ, Ochoa-Acosta E, Ramírez-Puerta S, Escobar-Paucar G, Agudelo-Suárez AA, Hernández-Paternina G, Manrique N. 2016 ⁴³ . Inequidades en salud de la primera infancia en el municipio de Andes, Antioquia. Un análisis desde la epidemiología crítica. (E)	A partir das categorias de classe, posição social e modos de vida, analisaram-se as desigualdades em saúde em crianças de 0-5 anos, com relação ao crescimento, desenvolvimento e presença de cáries dentais, nas zonas rurais e urbanas.	Sim, são descritas as características básicas das condições de vida da população, de acordo com a posição de classe dos pais e sua inserção produtiva. Foram descritas três classes: assalariados (qualificados ou não), pequenos produtores (comerciantes/agrícolas) e subsalariados e comparadas as situações de saúde, quase sempre com diferenças significativas entre os extremos.	Um olhar muito bem construído sobre as condições de vida, em suas dimensões individuais, grupais e gerais, sobre a dinâmica das relações sociais e os recursos de poder econômico e político
Camargo DA. Gómez EA, Ovalle J, Rubiano R. 2013 ⁵⁷ . La cultura física y el deporte: fenómenos sociales. (RE)	Como podem ser identificadas as principais concepções, ao longo da história, acerca da cultura física e desportiva, segundo a lógica da determinação social da saúde?	Sim, são descritas as principais concepções, ressaltando a sociologia desportiva, que trata dos enfoques e concepções sociais da cultura física, que é distinta da educação física ou da recreação ou do esporte propriamente dito, sendo manifestação corporal e sociocultural, de movimento, ao longo da história.	Um novo olhar sobre a cultura física, com suas características sociohistóricas e culturais, resgatando elementos da história antiga em relação ao corpo, movimento e identidade cultural, bem como aspectos desenvolvidos na sociologia do esporte.

Autor, ano, título (tipo de publicação)	Pergunta de pesquisa	Resposta adequada	Lentes
Briggs CL; Mantini-Briggs C. 2007 ¹² . "Misión Barrio Adentro": Medicina Social, Movimientos Sociales de los Pobres y Nuevas Coaliciones en Venezuela. (E)	Como que a Epidemiologia social e crítica podem servir de referencial teórico-metodológico para a prática efetiva da atenção integral à saúde?	Sim, fica claro como as lutas sociais foram importantes para as conquistas e a efetividade dos planos, programas e políticas de saúde. Assim, somente em conjunto com os saberes populares e ações criativas, foi possível implementar as estratégias, que nascem dentro do espaço essencial, em cooperação com a comunidade, o bairro, utilizando recursos simbólicos e materiais para sua construção.	Um novo olhar sobre as possibilidades políticas e efetivamente práticas da epidemiologia social e crítica na construção de um sistema paralelo de saúde, de forma legitimada e participativa das comunidades envolvidas. A estratégia central é a redução das iniquidades sociais em saúde. O fato de ter de ser paralelo já nos diz muito.
Briggs CL. 2006 ²¹ . Perspectivas críticas de salud y hegemonía comunicativa: aperturas progresistas, enlaces letales. (TR)	Como que a comunicabilidade pode se alinhar aos objetos analisados pela Epidemiologia social e crítica? É importante considerar que aqui estão sendo consideradas as ideologias de comunicação, que podem causar grandes danos às populações mais vulneráveis.	Sim, a problematização cumpre seu papel, especialmente quando alerta para não cair na armadilha de simplesmente tentar substituir as pessoas que hoje ocupam as posições dominantes e, sim, modificar ou realizar uma ruptura com as formas vigentes. Assim, não basta considerar os saberes populares e a interculturalidade, mas levar as vozes para outro patamar. Além disso, é importante compreender o que se pretende com o discurso da saúde, que coloca as pessoas e os públicos em posições de hierarquia imaginados.	Um novo olhar sobre a epidemiologia social e crítica, assumindo que falhou ao não incluir a dimensão da comunicação em seu escopo de objetos analisados e com possibilidade de mudança. No entanto, é exatamente com esse referencial teórico que o autor desenvolve todo o percurso para essa discussão.
Sevalho G. 2018 ²⁹ . The concept of vulnerability and health education based on the theory laid out by Paulo Freire. (TR)	Como relacionar o conceito de vulnerabilidade à educação em saúde? Como interpretar os conceitos transplantados à Saúde Coletiva, refletindo sobre suas origens e seu verdadeiro potencial libertário?	Sim, a exploração dos conceitos provenientes de outras áreas demonstra as perdas e os vernizes neoliberais sobre termos consagrados. No caso da vulnerabilidade, mais importante ainda se torna interpretar e conduzir os saberes e práticas em saúde contra a opressão social e a devolutiva, por meio da educação em saúde, da realidade totalizante das subjetividades.	Um olhar atento aos conceitos e termos utilizados pela Saúde Coletiva, que perdem seu sentido original, quando transplantados de outras áreas ou impregnados pela lógica neoliberal de empoderamento ou promoção à saúde. Uma forma de regate do que há de mais libertário na proposta original da Reforma Sanitária, com enfoque especial sobre a vulnerabilidade.

Fonte: elaboração própria.

Tipos de publicação: E - empírico; R - revisão; T - teórico.

A maioria dos estudos é proveniente da América Latina (77,5%), sendo a Colômbia (35,5%) o país de origem predominante, seguido pelo Equador (29,0%), Brasil (25,8%) e Venezuela (12,9%). Chama a atenção a participação dos Estados Unidos, com 17,5% das publicações, predominantemente relacionados à epidemiologia social, e a coprodução inicial entre países do hemisfério Norte e Sul, como um alento a essa cisão permanente.

Com relação ao tipo de publicação, 47,5% dos estudos são teóricos, em sua maioria sob a forma de ensaio teórico (78,9%), 30,0% são

empíricos e apenas 12,5% de revisão. Os demais 10,0% eram formas mistas, que envolviam revisão e estudo teórico ou empírico associado. Não é de se espantar essa divisão, uma vez que a cisão entre os hemisférios Norte e Sul trouxe essa diferenciação, com a teoria estando muito presente na América Latina, até como forma de resistência aos regimes autoritários passados e presentes, ao mesmo tempo em que houve grandes avanços em seu aporte metodológico. Contudo, ainda é bastante pequena sua difusão, sendo as barreiras linguísticas o fator menos importante^{3,18}.

No quesito ano de publicação, a maioria era posterior a 2010 (62,5%); seguida de artigos publicados nos anos 2000-10 (35,0%). Apenas um único estudo datava de 1979, um clássico sobre o suicídio e suas causas, que não tratou de fatores de risco, mas da própria estrutura e instituições sociais como determinantes da indiferença e anormalidade presentes no cotidiano¹⁹.

Quanto aos veículos de publicação, a maioria dos artigos (47,5%) foi publicada em revistas de saúde pública (22,5%), saúde coletiva (12,5%) ou epidemiologia (12,5%). A revista de maior projeção foi a revista colombiana da Faculdade Nacional de Saúde Pública (15,0%), seguida pela 'Revista Brasileira de Epidemiologia' (10,0%) e a de 'Ciência e Saúde Coletiva' (7,5%). As demais eram de campos diversos tais como: enfermagem, ciências sociais, psicologia, geografia, antropologia, direitos humanos, saúde global, saúde comunitária, políticas e serviços de saúde.

Modelo teóricos de análise

Considerando os níveis de análise propostos, 34,6% dos artigos não continha nenhum modelo ou não se aplicava, de fato, ao estudo. O modelo de análise mais frequentemente concebido foi denominado por Breilh^{3,11} como GPS (23,1%) – denotando as camadas gerais ou estruturais, particulares ou de modo de vida e singulares ou de estilo de vida na determinação social da saúde; seguido pela análise micro, meso e macro (17,3%). Outras formas de análise foram as relativas aos processos protetores e destrutivos (11,5%) e às matrizes 4S (7,7%), com os diferentes níveis de justiça: saúde-biossegurança; ambiente-sustentabilidade; social-solidariedade e o cognitivo ou da interculturalidade-soberania. Mencionou-se, ainda, o modelo relativo à saúde real, atual e ontológica; além de modelos mais tradicionais, como o das caixas chinesas, o ecoepidemiológico e o ecossocial. Uma grande parte apresentou mais de um modelo no artigo (30,0%), o que denota um avanço metodológico digno de nota.

Vale à pena nos determos um pouco mais

nas ferramentas desenvolvidas para as práticas emancipatórias, já que guardam elementos favoráveis à emancipação humana, mas ainda resvalam na emancipação política. Isso era de se esperar, uma vez que estamos inscritos e moldados no sistema capitalista, em suas diferentes formas política, ideológica e cultural, além de jurídica. Nossos filtros são atravessados pelos aparatos cognitivos do sistema, com alguns pontos cegos. Por exemplo, no caso da matriz de processos críticos, os níveis estruturais, particulares e singulares fazem com que percebamos as causas mais distais e as raízes para a situação encontrada do ponto de vista singular ou biológico³.

No entanto, as dimensões estão permeadas pelo consumo e pelas formas de organização e participação político democráticas²⁰, ainda que estas sejam as bases atuais para enxergarmos as contradições existentes e deslocadas propositalmente. Devemos, pois, ter cuidado de não cair nas armadilhas do sistema para sua explicação, já que impedem a transformação.

Ainda que abrangente, sempre escapa à análise um ou outro elemento, como lembrou Briggs²¹ em relação à comunicação em saúde e suas formas hegemônicas que hierarquizam o público conforme categorias de conveniência ao sistema capitalista, homogeneizando-as, mas contendo mensagens carregadas de contradições.

Métodos de pesquisa e práticas propostas: velhos e novos paradigmas

É interessante observar que apenas 10,0% dos artigos não mencionam a epidemiologia clássica. A maioria, mesmo que com muitas críticas e ressalvas, ainda se ancora em suas bases para fomentar e amadurecer os novos paradigmas. Predominantemente (37,5%), foi considerada uma ciência positivista, de risco individual, causal, a-histórica e apolítica. Outros 27,5% a nomeiam como ciência hegemônica, linear e biomédica, sem efetividade nas intervenções de saúde das populações. Em 7,5% dos

estudos, foi lembrado seu caráter funcional e mecanicista; ademais, outros 7,5% tacharam-na de estar a serviço do Estado, medicalizando a vida e responsabilizando os indivíduos por sua saúde. Enfim, é considerada ultrapassada e descontextualizada, ligada à saúde global e às urgências, sem avaliação alguma da estrutura e dinâmica do poder.

Na órbita do novo paradigma, 65,0% dos artigos mencionaram a epidemiologia crítica isoladamente ou acompanhada da epidemiologia social (20%). Poucas vezes foi relacionada a outras ciências, como a geografia ou a psicologia crítica, ou mesmo a uma categoria interseccional, como, por exemplo, o gênero, em busca de uma epidemiologia que fosse capaz de dar conta do feminismo¹³. Foram também mencionados outros termos, raramente, como a epidemiologia alternativa ou popular. Mais raro ainda (2,5%) foi a menção aos determinantes sociais de saúde, ao contrário da determinação social, enfatizada inúmeras vezes e aprofundada na maioria dos artigos. Bem consolidada na América Latina, a epidemiologia crítica ainda é pouco conhecida e valorizada, embora haja uma quantidade infinitamente superior de artigos relacionados à epidemiologia clínica ou clássica.

Em resposta à questão acerca da ruptura em relação às práticas tradicionais, 57,5% obtiveram análises positivas, enquanto outros 37,5% apresentaram apenas mudanças incrementais. Alguns poucos artigos encontram-se no meio do caminho, lançando as bases para uma ruptura futura. Um ponto muito importante é que apenas 8,7% apresentaram de fato uma proposta de ruptura total com as práticas tradicionais^{11,22}, enquanto a maioria figurava em torno de rupturas de partes das abordagens tradicionais da epidemiologia clássica, misturando as duas formas ou mesmo tomando-a como base, ainda que a criticando.

Com relação ao método de pesquisa, 47,5% não utilizaram qualquer método, pois não se aplicava ao tipo de estudo, no caso, teórico. Dos que utilizaram uma metodologia, a maioria foi qualitativa (50,0%), seguida de estudos

mistos (quali-quantitativo, com 35,7%), e apenas 14,3% utilizaram metodologia quantitativa isoladamente. As principais técnicas foram os grupos focais, entrevistas, etnografia, observação participante, oficinas, cartografia e análise documental; além de matrizes de processos críticos com fatores protetores e nocivos – 4S ou GPS –; e estudos descritivos ou exploratórios.

Quanto às práticas propostas, a maioria foi voltada ao pensamento, análise e ação crítica (35,0%) concernentes aos fatores estruturais tais como o ambiente, a ecologia, a história, economia, cultura e aspectos sociais, trabalhados de forma transdisciplinar. O grande desafio, neste caso, é estudar mais de uma dimensão de forma simultânea, tentando compreender as contradições entre aparência e essência e reconstruir a totalidade, desvelando as formas nocivas impostas pelo sistema²³.

Na sequência, os estudos foram voltados às práticas de epidemiologia social (12,5%), relacionados ao ambiente, à agricultura, aos acidentes de trânsito, à desnutrição e ao alcoolismo. Outros 10,0% dos artigos versavam sobre maior participação social, principalmente na área da saúde e agricultura, e 7,5% tratavam de redução de iniquidades sociais, garantia de direitos humanos e comunicação em saúde. As demais práticas eram mais esparsas e lidavam com temas variados, como a determinação cibernética, a advocacia, vigilância, planejamento em saúde, integralidade na atenção à saúde e transformações sociais. É interessante perceber como a advocacia se apoia sobre a epidemiologia clássica, de forma a se tornar mais convincente aos dirigentes públicos, com a exibição de indicadores e métodos ‘objetivos’²⁴.

Imperialismo, Estado e democracia

No que tange à presença de uma visão imperialista-colonizadora na discussão do artigo, 20,0% nem se aproximaram do tema, enquanto as abordagens mais frequentes foram o fundamentalismo econômico ou de mercado (17,5%),

em conjunto com a perda de direitos humanos e de soberania, e a flexibilização do trabalho. O modelo do agronegócio e a expropriação da terra (15,0%) cursam com exposição dos trabalhadores aos agrotóxicos e à violência nos conflitos sobre a posse da terra, envolvendo grupos de narcotraficantes e paramilitares.

Outros 12,5% dos artigos narram experiências acerca do colonialismo, com acúmulos históricos de desvantagens experimentadas por categorias de etnia e gênero, além das diferenças na determinação social entre os hemisférios Norte e Sul. Os demais, de forma mais difusa, tratam de gradientes urbano-rurais, práticas de hegemonia cultural na saúde; gestão do conhecimento e sucursalismo nas universidades, na definição de agendas de pesquisa e na seletividade de recursos aos temas hegemônicos; crises econômicas e ajustes estruturais; degradação ambiental e saúde animal.

Considerando a maioria dos estudos com origem na América Latina, é fundamental que a noção de capitalismo dependente seja ressaltada, pois explica a subsoberania e a superexploração imposta aos trabalhadores, quando não a expropriação de todas as formas de existência, até mesmo de nossa subjetividade²⁵.

Sobre a democracia, a participação popular e as instituições envolvidas, uma grande parte não aprofundou o tema (35,0%). Partes iguais (19,2% cada) mencionaram as lutas políticas por direitos humanos e os movimentos sociais na participação do ciclo de políticas públicas, sendo muitas vezes estimulada e somente assegurada a participação por meio de recursos financeiros como moeda de troca; ou seja, é sempre acerca da emancipação política, na melhor das hipóteses, envolvendo a tecnoburocracia, os representantes do capitalismo e os privilégios em jogo. Em 11,5% dos artigos, a participação está aliada à interculturalidade e à diversidade de saberes, no intuito de ampliar a democracia.

Nesse ponto, podemos detectar um grande paradoxo, pois a forma política do sistema capitalista, a democracia, impõe sérios limites

à auscultação verdadeira de outros saberes, normalmente apenas para legitimar o que já foi decidido, daí a transparência acaba funcionando apenas como vitrine político-eleitoral. Devemos entender que a democracia é a forma política do capitalismo, responsável por abstrações e seletividades próprias, como nos lembra Chasin²⁶. Assim, na democracia “não se entra ou se sai por inteiro”²⁶⁽²⁵⁾, ela deve servir apenas como mediação à emancipação humana.

A própria participação em ciclo de políticas públicas fica comprometida, pois, em verdade, é uma abstração. Não existe ciclo, mas justaposição de etapas distintas, e normalmente apenas as últimas etapas admitem alguma forma de participação. Raríssimas vezes, observamos participação mais ampla e intercultural, por exemplo, na definição da agenda de políticas públicas. Quando ocorre a participação da população como moeda de troca, então compreendemos o valor dessa troca, reificando os sujeitos e determinando sua sociabilidade pautada de forma egoísta e individualista²⁷.

Outros três artigos (7,5%) denunciam o Estado como ente policialesco, mediador do risco ambiental e também comprador de uma ciência que se tornou mercadoria, além de temas como a reforma agrária, o engajamento social e a vigilância à saúde, de forma participativa e inovadora. Um ponto importante é que os artigos mencionam a maior participação de pequenos produtores rurais e de idosos; estes últimos também ansiosos por momentos de integração social, esperando, porém, que essa iniciativa venha do Estado. Por fim, apenas um único artigo discorre sobre a verdadeira emancipação humana, envolvendo direitos sociais e ambientais²².

Interculturalidade, práticas de saúde e meio ambiente

Acerca da interculturalidade, 17,5% não fizeram menção ao tema. A maioria (22,5%) versava sobre a relação do indivíduo em

relação a um grupo coletivo, ou de como o biológico é incorporado ao social, aliado à gestão do conhecimento e à preocupação da ciência-mercadoria nesse campo. É importante ressaltar que 17,5% dos estudos apresentaram a questão da sociologia da ausência⁴, ou seja, a interculturalidade aparece como forma de reduzir a invisibilidade de categorias vulneráveis e pouco ouvidas, essencial até na definição da agenda de pesquisas.

Outros 15,0% mencionam o saber ancestral e o modo de produção calcado nessa sabedoria, além da construção social do espaço. Outros artigos mencionam a importância da interculturalidade na concepção de educação em saúde como direito; na interpretação recíproca, formação e mobilização de pessoas, e até na própria atenção à saúde; além da consideração sobre os saberes intergeracionais e os rituais, como mecanismo de ausculta e interação, com base no direito à saúde em casos concretos.

Com relação à resposta às práticas de saúde e às voltadas ao meio ambiente, a grande maioria (60,0%) não mencionou ou aprofundou o tema. Os tópicos examinados abarcavam a autoconsciência sanitária, a ressignificação da subjetividade e a organização do meio-ambiente (31,3%); além do metabolismo socioambiental (25,0%) e da comunicação de vivências e saberes ancestrais ligados ao ambiente (25,0%), em justaposição ao tema da interculturalidade. Esse é um aspecto muito importante, pois o sistema capitalista domina a natureza inteiramente, deixando pouco espaço a práticas alternativas, voltadas ao meio-ambiente, muito menos relacionadas às mudanças climáticas ou às relações entre degradação do meio-ambiente e saúde coletiva. O território também foi mencionado várias vezes como espaço de construção social e de delimitação de poder, relacionando-se intimamente à situação de saúde da população²⁸.

Vulnerabilidade e interseccionalidade

Por fim, as questões relativas à vulnerabilidade e interseccionalidade trouxeram muitos temas

relevantes tais como a dimensão socioambiental (40,0%), o patriarcalismo como cultura vigente (22,5%) e a violência (15,0%). Sobre a dimensão socioambiental e seus impactos na saúde, foi mencionado o Estado insuficiente, a identidade cultural na conformação de nação; a acumulação capitalista, o desgaste no trabalho e no transporte, a deterioração e o consumo em massa, a degradação ambiental, o ambiente tóxico e estressante, as aglomerações, as altas taxas de natalidade e de prevalência de doenças crônicas, as diferentes formas de adoecimento e as emergências socio sanitárias, o atendimento às necessidades de saúde, a garantia de direitos humanos e sociais, a consolidação do SUS e as relações transversais de poder, gênero, etnia, classe social e ocupação, além das diferenças intergeracionais.

A vulnerabilidade é conceituada como falta de potência em agir em prol da garantia dos direitos humanos, marginalização e opressão, exclusão e segregação como mecanismos de atuação, além da acumulação histórica^{29,30}.

A cultura patriarcal determina baixos níveis de educação e qualificação para as mulheres, que têm reduzidas oportunidades, poucos serviços disponíveis e condições de vida precárias, que são transmitidas aos filhos, como a desnutrição e falhas no desenvolvimento psicomotor e cognitivo. Permeia a concentração e demarcação de terras, os conflitos armados e pode ser percebida facilmente na violência ao redor e no interior dos núcleos familiares. Está presente até na produção do conhecimento, donde é citada uma ‘epistemologia machista’; daí a importância de os pesquisadores passarem pelo processo de posicionamento e reflexão acerca de seu papel na pesquisa e da percepção dos pesquisados^{31,32}.

Com relação à violência e ao conflito, além da relação de classe social, gênero e etnia, são destacados também os imigrantes e refugiados, marginalizados, que necessitam da tutela de um Estado³⁰ – segundo ele próprio – para decidir como aproveitar melhor seu tempo, como, por exemplo, o direito à prática esportiva³³, que acaba se transmutando numa relação

conflituosa. Há estudos que alertam também para as falsas categorizações²³, que escondem as verdadeiras e importantes contradições do capital internacional, que se encontram cristalizadas e naturalizadas, irreconhecíveis, como a segregação socioespacial, a mobilidade diferenciada, a falta de oportunidades e os pensamentos hegemônicos que chegam a todo momento como mensagens subliminares²¹.

Os níveis de justiça

Dessas várias interseções observadas e analisadas das variáveis explicitadas e esquadrihadas acima, carregadas com tintas de diferentes cores e texturas e projetadas sobre espaços de luz e sombra, um desenho claro-escuro se conformava e ganhava corpo, compasso e potência, após um breve intervalo de suspensão e síntese¹⁵. A *figura 2* apresenta esses tensionamentos entre as vertentes políticas e humanas da emancipação em cada nível de justiça, que são descritos com mais detalhes a seguir. A partir dessa visão quase caleidoscópica, é possível observar como o nível de justiça da saúde, o socioambiental e o cognitivo transformam-se, acumulam-se e almejam sempre sua superação, sendo subsumidos nesse processo pelos demais.

O nível de justiça cognitiva envolve os demais, pois dele depende a razão do mundo, a fetichização da consciência, a barbárie e o pensamento abissal, cujas linhas dividem o mundo entre os visíveis e os invisíveis^{4,34,35}. As ações afirmativas e segmentadas, a fragmentação dos movimentos sociais identitários denotam as práticas de emancipação política e cidadania, com incremento da participação e controle social e do envolvimento por meio das políticas públicas, em todas as suas fases^{36,37}. No entanto, permanecem as ausências e a invisibilidade nesse processo, como a genealogia das políticas evidencia. As lutas fragmentam-se ora em relação ao imperialismo ora em relação ao racismo ora em relação ao machismo-patriarcalismo ou mesmo em algumas pautas combinadas, mas dificilmente

em relação à totalidade das relações sociais vigentes no sistema capitalista^{13,24,38}.

A sociedade sob o capitalismo transformou-se em uma sociedade de risco, onde imperam o medo e o controle sobre o indivíduo, que está subjugado pelo poder biomédico, que se alastra por meio dos organismos internacionais e obriga a um gerenciamento completo da vida e da saúde, como uma máquina de autorregulação^{21,39}. Alia-se a esse modelo um grande sistema de informações que invisibilizam e excluem vários grupos contra-hegemônicos. Do ponto de vista da ciência, o mundo divide-se entre centro e periferia, reproduzindo o movimento do capital, tendo o conhecimento se transformado também em fator produtivo, atrelado ao mercado internacional^{8,18}.

Nossa submissão é tão vasta, que é cultural, cognitiva e até linguística. Assim, muitos dos termos utilizados na saúde coletiva são provenientes de outras áreas e levados com significados de verniz neoliberal, ainda que os conceitos originais tivessem as melhores das intenções. Sem percebermos, estamos imbuídos dessas ideias e valores, inclusive reproduzindo-os, tal como acontece com os termos ‘empoderamento’ e ‘promoção da saúde’, que denotam práticas tão caras à saúde coletiva, embora expressem simultaneamente as ideias fora do lugar. É preciso todo o cuidado ao nos determos nesses conceitos e práticas^{11,29}.

Assim, para vencer o controle e o choque impostos, é necessário potência e pulsão de vida que nos levem a lutar contra as injustiças históricas acumuladas, contra toda forma de opressão e dominação de classe, gênero e etnia. Para tanto, avançaremos apenas com o enfrentamento às contradições intrínsecas ao capital material e simbólico, com o desvelar das falsas contradições criadas e, enfim, nos será dada a possibilidade de reconstituição da totalidade invisível, que explica as partes em sucessivas aproximações e tentativas²³.

Dessa forma, é necessário desmistificar as ideologias de comunicação e de informação presentes, que distorcem a realidade e hierarquizam a sociedade²¹. As diferentes vozes

estarão presentes e os invisíveis serão finalmente percebidos por meio de uma ciência ‘sentipensante’, que valorize as subjetividades, a interculturalidade, os saberes e práticas ancestrais, inclusive dos países periféricos¹¹. Nosso déficit cognitivo é tão forte que somente com a definição conjunta de prioridades e de agendas de pesquisa inclusivas seremos capazes de desconstruir a atual rede criada de saberes e práticas, dada como imutável e totalmente necessária ao desenvolvimento econômico e à sobrevivência⁴⁰.

O nível socioambiental foi construído com base no metabolismo sicionatural, onde meio ambiente não é entorno, e sim componente histórico. Algumas indagações surgiram inicialmente: os níveis social e ambiental deveriam ser construídos juntos ou separados? Deveríamos colocar o nível ambiental como natural e o social como passível de modificação nas estruturas e instituições? Ou juntos, pensando no metabolismo sicionatural que Juan Samaja tanto defende? Meio ambiente não é exterior à totalidade-sujeito; é um componente de sua história e é inerente à sua complexidade organizada. Assim, Samaja²³ nos convenceu definitivamente da necessidade de considerá-los em conjunto, junto às ponderações que se seguem, de Milton Santos⁴¹ e Jaime Breilh⁴².

Os ecossistemas correspondem a socio ecossistemas, pois são atravessados por relações sociais que determinam a lógica de equidade dos processos humanos e de sua artificialização, com as seguintes escolhas: a construção ou segregação dos espaços sicionaturais; a sustentabilidade ou, contrariamente, a perda de biomassa e biodiversidade; a construção de padrões sociais de proteção ou vulnerabilidade dos ecossistemas ligados à produção econômica e ao consumo; e, finalmente, aos tipos de impacto à vida⁴¹.

Breilh⁴², em seu artigo sobre espaço urbano, trabalha com categorias sociais do particular e singular em relação ao contexto ambiental, fornecendo também as pistas para a integração entre os níveis. Nessas dimensões, as questões postas são de produção ou trabalho e consumo,

identidade, empoderamento, organização social e relação com a natureza. Ao mesmo tempo, são identificados modelos de desenvolvimento nocivos, com a flexibilização do trabalho e o estabelecimento de relações sucursais, na perspectiva do capitalismo dependente e de suas graves repercussões socioambientais^{11,25}.

Já o filósofo Mészáros caracteriza a configuração atual do capitalismo como uma “crise histórica sem precedentes, estrutural, profunda, do próprio sistema do capital – universal, global, extensa e rastejante⁴³⁽⁷⁹⁵⁾”, constatando o desenvolvimento do novo modelo de acumulação de capital, que não só trabalha mediante a extração de mais-valia e os tradicionais mecanismos de mercado, mas desenvolve práticas predatórias, a fraude e a extração violenta, aproveitando as desigualdades e as assimetrias entre os grupos sociais, para pilhar os recursos dos mais frágeis, produzindo injustiças e racismo ambiental ou fascismo territorial. Este é caracterizado como a negação e desqualificação dos modos de vida tradicionais, igualando formas artesanais e ecológicas ao atraso no desenvolvimento econômico, forçando o deslocamento desses grupos, mesmo sob regimes políticos de democracias liberais⁴.

As questões ambientais foram conduzidas quase sempre em separado da dimensão social mais profunda das relações de poder nelas contidas. Assim, as lutas acabam por dirigir-se aos direitos sociais, econômicos, trabalhistas e ambientais, reduzindo-se à demarcação de terras e propriedades de comunidades étnicas historicamente injustiçadas. Essa trajetória é marcada também por grandes desastres ambientais, que não devem ser considerados como eventos ‘naturais’; ao contrário, são causados pela ação humana e provocam grandes desequilíbrios ecológicos. Somos a sociedade que resolve seus problemas pelo ‘fuzil sanitário’ e pela segregação socioespacial, tamanho o medo de contaminação e a necessidade de controlar e isolar as pessoas e os animais que possam transmitir doenças ou contrariar as classes dominantes com suas demandas por justiça,

afrontando o lucro desenfreado e o modo de produção periférico, de superexploração³⁹.

Novas formas de desenvolvimento econômico verde são identificadas com base na mecanização da agricultura monocultora realizada por grandes empresas agroindustriais, muitas provenientes dos países centrais geridas por multinacionais, com uso de agrotóxicos e recursos biotecnológicos em territórios periféricos²². Assim, muito além da reprodução do capital, ocorre a expropriação da terra e dos meios de vida para a população residente, que apresenta, todavia, formas alternativas de produzir no campo, de maneira responsável com o meio-ambiente, de forma agroecológica.

A bioeconomia verde, apesar de sua possibilidade de utilizar matérias-primas renováveis e ser promissora em relação à sustentabilidade, não encerra os meios para garanti-la sem que se repensem as relações sociais de trabalho, produção e consumo entre países centrais e periféricos, que devem ser calibradas por uma velocidade compatível com a preservação e regeneração dos ecossistemas e da vida humana⁴⁴.

A desregulamentação é outra preocupação presente na atualidade, que flexibiliza a vida e a saúde humana, que cresce nas crises e explora e expropria os mais vulneráveis. O direito tornou-se, assim, a ferramenta ideal para impor as vontades e os privilégios de poucos sobre o bom senso e a coerência no ambiente social. As lutas decorrentes desse embate levam às denúncias sobre o racismo ambiental²², com a degradação, depredação e poluição ambiental, forçando milhares de pequenos produtores com práticas ecológicas a se deslocarem de suas terras, perdendo todas as suas condições objetivas de existência^{22,28,42,45}.

Para enfrentar esse modelo de desenvolvimento econômico extrativista e indiferente às subjetividades, é preciso resgatar as práticas comunitárias e os espaços inclusivos, que atendam às necessidades coletivas, e vislumbrar novos modos de produção, consumo, organização e de relações e divisões de trabalho, desmistificando as relações sociais e de

poder que atravessam esse modo de vida^{30,46}. As novas formas de flexibilização do trabalho, aproximando a mão de obra da escravidão e da servidão desvelam novas necessidades que vão muito além da luta pelos direitos trabalhistas, com a necessidade mais de ‘ser’ do que de ‘ter’, da busca pela liberdade para o modo de vida⁴⁷.

O nível de saúde, denota o tensionamento entre o bem viver e a possibilidade de escolha do modo de vida e as lutas fragmentadas pelos direitos à saúde universal, em contracorrente à espoliação dos serviços de saúde e à culpabilização dos grupos vulneráveis pelas epidemias¹². Há que se considerar também a luta de determinados grupos pelo direito à doença, no sentido de reconhecimento de afecções desconsideradas pelas autoridades, com garantia de acesso aos cuidados de saúde nessas situações⁴⁸.

Nesse nível, subsumido pelos demais, podemos perceber que a luta pelos direitos sociais leva apenas a migalhas. A emancipação política é necessária para pavimentar o caminho até a emancipação humana, mas apenas é útil quando produz centelhas de novos modos de andar a vida. Os enfrentamentos da saúde coletiva, no sentido de ampliar as ações de vigilância à saúde, são muito pouco eficazes frente aos gigantescos esforços, numa sociedade onde o controle e a responsabilidade individual constituem a tônica. A prevenção da eclosão de novos e velhos males de saúde infectocontagiosos é relativamente infrutífera, uma vez que as ações deletérias no nível imediatamente anterior não cessam e têm o aval dos governos para prosperarem^{49,50}. Cada vez mais, são associadas as causas socioambientais e os modelos econômicos extrativistas a novas e perigosas pandemias⁵¹.

A saúde coletiva deve, em última instância, utilizar seus saberes e práticas para reduzir as iniquidades sociais dos mais vulneráveis, ao mesmo tempo em que provoca um verdadeiro e humano encontro de subjetividades, seja na prática clínica, seja na pesquisa, em que não estejam dissolvidos nem na tecnoburocracia, nem na ciência ou nos dados^{29,30}.

Em nível sistêmico, devemos ter o direito de escolher nosso modo de vida e de bem viver. Para tanto, essa nova razão de mundo só irá aflorar se pudermos ir além das aparências genéricas e nos debruçarmos sobre as verdadeiras essências. Somente com a valorização de nossa essência comum e da subjetividade comunitária é que a vida será capaz de atravessar os demais níveis, como expressa Chasin:

Os homens desenvolveram suas forças essenciais em relação aos objetos da natureza, mas não foram capazes ainda de desenvolver suas forças essenciais relativas a si mesmos, ou seja, em relação à sociabilidade⁵²⁽³¹⁾.

Diante do novo modelo de acumulação de capital, que envolve a reprodução ampliada do capital aliada à espoliação, com práticas predatórias, fraude e extração violenta, facilitada sobremaneira pelo direito das coisas, são urgentes a redução de desigualdades sociais e a luta contra as injustiças produzidas, a escravidão e servidão a que são submetidos os trabalhadores e o racismo ambiental. Mesmo com a expropriação da terra e até dos meios de vida e da própria subjetividade, há sempre alternativas, além das existentes e consideradas viáveis, de formas de produção saudáveis

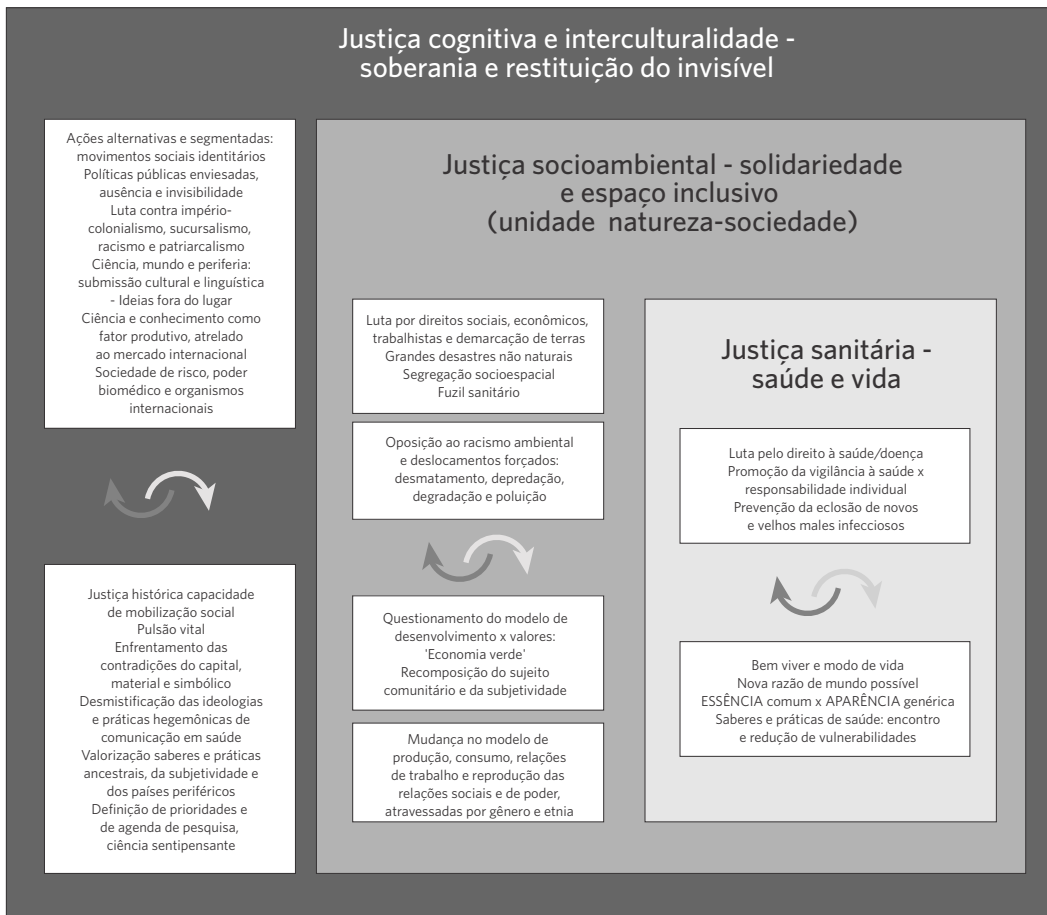
e seguras, humano-societárias, que estejam reproduzindo a sociedade e não a acumulação privada de capital^{4,43}.

Não podemos nos satisfazer, tampouco, com o regime político do capitalismo, a democracia, por temor a formas ainda mais perversas de sociabilidade, quando esta já convive com o fascismo social quando lhe é conveniente⁴. É imperativo superar suas limitações e contradições ao bem viver, ao genuinamente humano, que se perdeu nos interesses egoístas e individualistas estimulados todos os dias, sob formas político-jurídicas denominadas usualmente de interesse geral²⁶.

Assim, a saúde e a vida serão uma só categoria, do ponto de vista ético, com suficiente potência transformadora, energia social e consciência crítica sobre a mobilização necessária à construção social da saúde, dentro de uma nova sociabilidade solidária e reintegrada, de trabalho associado e bem viver⁵³.

Dessa forma, apenas com a valorização dos diferentes saberes e da subjetividade, com uma nova sociabilidade, inclusive originárias dos países periféricos, será possível alterar a percepção acerca dos verdadeiros problemas de saúde desde sua produção como conhecimento até a efetividade dos projetos que almejem a emancipação humana.

Figura 2. Níveis de justiça e tensionamentos entre emancipação política (seta cinza-claro) e humana (seta cinza-escuro)



Fonte: elaboração própria.

Conclusões

Em uma tentativa de resposta à pergunta norteadora, podemos concluir que a mudança paradigmática no interior da epidemiologia é um processo que avança de forma desigual pelos hemisférios. Evidenciamos que a 'Epistemologia do Sul' remete a um pensamento descolonizador e crítico que promove rupturas incrementais com o modelo clássico. Ainda não alcançamos o ponto de clivagem, mas observamos que os estudos teóricos norteiam os estudos empíricos, jogando luz sobre a forma como o novo arsenal metodológico pode potencializar as descobertas bem como

desmistificar as relações sociais. Dessa forma, os métodos analíticos ganham potência em relação ao seu objeto, progressivamente refinado pela teoria, com a promissora capacidade de assessorar as mudanças necessárias à emancipação humana.

Enquanto isso, a bússola da epidemiologia contra-hegemônica aponta para a emancipação política, que vai se consolidando na saúde pública para abrir caminho e garantir os direitos humanos e a democracia. No entanto, ela é insuficiente para o grande salto necessário, pois ainda se ancora no modelo clássico, mesmo que consciente e caminhando para o pensamento crítico. Sua autorreferência só

será quebrada quando houver a percepção de que é necessário afastar as linhas abissais que escondem novas possibilidades de sociabilidade.

Colaboradora

Schenkman S (0000-0003-1140-1056)* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Ayres JRCM. Interpretação histórica e transformação científica: a tarefa hermenêutica de uma teoria crítica da epidemiologia. *Rev Saude Publica*. 1994 [acesso em 2020 abr 14]; 28(4):311-9. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rsp/1994.v28n4/311-319>.
2. Almeida Filho N. Bases históricas da Epidemiologia. *Cad. Saúde Pública*. 1986 [acesso em 2020 abr 14]; 2(3):304-11. Disponível em: www.scielo.br/pdf/csp/v2n3/v2n3a04.
3. Spiegel JM, Breilh J, Yassi A. Why language matters: insights and challenges in applying a social determination of health approach in a North-South collaborative research program. *Global Health*. 2015 [acesso em 2019 dez 16]; (11):9. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12992-015-0091-2>.
4. Santos BS. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. *Novos estudos CEBRAP*. 2007 [acesso em 2019 nov 15]; (79):71-94. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-33002007000300004>.
5. Breilh J. Latin American critical (“social”) epidemiology: new settings for an old dream. *Int j. epidemiol*. 2008 [acesso em 2019 out 10]; (37):745-750. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ije/dyn135>.
6. Chasin J. A sucessão na crise e a crise na esquerda. *Revista Ensaio*. 1989; (17-18):10-25.
7. Chasin J. A determinação ontonegativa da política. *Verinotio - Revista on-line de Educ. Ciênc. Hum*. 2013 [acesso em 2019 nov 15]; (15):42-59. Disponível em: <http://www.verinotio.org/conteudo/0.90872840854221.pdf>.
8. Arreaza ALV. Epidemiologia crítica: por uma práxis teórica do saber agir. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012 [acesso em 2019 dez 15]; 17(4):1001-13. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000400022>.
9. Samaja J. Epistemologia y Epidemiologia. In: *Anais do 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia; 1990; Campinas*. Campinas: Abrasco; 1990.
10. Pachukanis E. *A Teoria Geral do Direito e o Marxismo e Ensaio Escolhidos (1921 – 1929)*. São Paulo: Editora Sundermann; 2017.
11. Breilh J. Salud pública, universidad y poder. La universidad que queremos. *Rev. salud pública (Bogota)*. 2019 [acesso em 2019 dez 15]; 37(1):8-14. Disponível em: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v37n1a03>.
12. Briggs CL, Mantini-Briggs C. “Misión Barrio Adentro”: Medicina Social, Movimientos Sociales de los

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- Pobres y Nuevas Coaliciones en Venezuela. *Salud colect.* 2007; 3(2):159-176.
13. Inhorn MC, Whittle KL. Feminism meets the “new” epidemiologies: toward an appraisal of antifeminist biases in epidemiological research on women’s health. *Soc. sci. med.* 2001 [acesso em 2020 abr 15]; (53):553-567. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00360-9](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00360-9).
 14. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Text. context. enfermagem.* 2008; 17(4):758-64.
 15. Tufanaru C. Theoretical foundations of meta-aggregations: insights from Husserlian phenomenology and American pragmatism. [tese]. Adelaide: The University of Adelaide; The Joanna Briggs Institute; 2015. 123 p.
 16. Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute Reviewers’ Manual. The University of Adelaide; 2009. [acesso em 2018 dez 20]. Disponível em: www.joannabriggs.edu.au.
 17. Miles MB, Huberman AM. *Qualitative data analysis*. 2. ed. Thousand Oaks: Sage; 1994.
 18. Perrilla MM. Dos versiones de la epidemiología social: entre el centro y la periferia. *Med UNAB.* 2009 [acesso em 2019 dez 20]; 12(1):22-6. Disponível em: <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/47>.
 19. Hopper K, Gutmacher S. Rethinking suicide: notes toward a critical epidemiology. *Int. j. health serv.* 1979 [acesso em 2019 dez 20]; 9(3):417-38. Disponível em: <https://doi.org/10.2190/pve5-abq7-xaq1-1gyf>.
 20. Carmona-Fonseca J, Correa AMB. Social determination of malnutrition and psychomotor retardation in preschool children in Urabá (Colombia). An analysis based on Social Epidemiology. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública.* 2014 [acesso em 2020 abr 24]; 32(1):40-51. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2014000100005&lng=en.
 21. Briggs CL. Perspectivas críticas de salud y hegemonía comunicativa: aperturas progresistas, enlaces letales. *Rev Antropol Soc.* 2006 [acesso em 2019 dez 20]; (14):101-124. Disponível em: <https://doi.org/10.5209/rev.RASO.2005.v14.10271>.
 22. Rigotto RM, Carneiro FF, Marinho AMCP, et al. O verde da economia no campo: desafios à pesquisa e às políticas públicas para a promoção da saúde no avanço da modernização agrícola. *Ciênc. saúde coletiva.* 2012 [acesso em 2020 maio 6]; 17(6):1533-1542. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000600017>.
 23. Samaja J. Desafíos a la epidemiología (pasos para una epidemiología “Miltoniana”). *Rev. bras. epidemiol.* 2003 [acesso em 2020 abr 24]; 6(2):105-120. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2003000200005&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2003000200005>.
 24. Prussing E. Critical Epidemiology in action; Research by and for indigenous peoples. *SSM Popul Health.* 2018 [acesso em 2019 dez 20]; (6):98-106. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2018.09.003>.
 25. Osório J. Caderno Sobre superexploração e capitalismo dependente. C R H, Salvador. 2018 [acesso em: 2019 dez 20]; 31(84):483-500. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0103-49792018000300004>.
 26. Chasin J. Democracia política e emancipação humana. *Verinotio – Rev. Educ. Ciênc. Hum.* 2013 [acesso em 2019 dez 20]; (15):22-27. Disponível em: <http://www.verinotio.org/sistema/index.php/verinotio/article/view/156>.
 27. Gómez GE, López MV, Ochoa SC, et al. Matriz de procesos críticos: propuesta para estudiar condiciones de vida y salud. *Invest. educ. enferm.* 2007; (25)1:20-28.
 28. Ortunio EE. Aspectos territoriales, geoecológicos y demográficos del estado Carabobo: bases para la comprensión de las desigualdades en salud. *Comun. salud.* 2011; 9(2):15-33.

29. Sevalho G. The concept of vulnerability and health education based on the theory laid out by Paulo Freire. *Interface (Botucatu)*. 2018 [acesso em 2019 dez 20]; 22(64):177-88. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0822>.
30. Zaldúa G, Pawlowicz MP, Longo R, et al. Right's infringement and alternatives to exigibility in communitarian health. *Anu. investig. – Fac. Psicol., Univ. B. Aires*. 2013 [acesso em 2020 abr 24]; 20(1):265-275. Disponível em: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862013000100027&lng=en&tlng=en.
31. Brisbois BW, Almeida PP. Attending to Researcher Positionality in Geographic Fieldwork on Health in Latin America: Lessons from La Costa Ecuatoriana. *J. Latin Am. Geogr.* 2017 [acesso em 2019 dez 20]; 16(1):194-201. Disponível em: <https://doi.org/10.1353/lag.2017.0005>.
32. Ventres WB, Fort MP. Eyes wide open: an essay on developing an engaged awareness in global medicine and public health. *BMC int. health hum. rights*. 2014 [acesso em 2019 dez 20]; (14):29. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-698X/14/29>.
33. Camargo DA, Gómez EA, Ovalle J, et al. La cultura física y el deporte: fenómenos sociales. *Rev. salud pública (Bogotá)*. 2013; 31(s1):S116-S125.
34. Chasin J. Marx, hoje: da razão do mundo ao mundo sem razão. *Nova Escr. Ensaio*. 1983; (11/12):7-47.
35. Dardot P, Laval C. A nova razão do mundo. Ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo; Boitempo; 2006.
36. Wemrell M, Merlo J, Mulinari S, et al. Contemporary Epidemiology: A Review of Critical Discussions Within the Discipline and A Call for Further Dialogue with Social Theory. *Soc. Compass*. 2016 [acesso em 2019 out 16]; 10(2):153-171. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/soc4.12345>.
37. Krieger N. Refiguring “race”: epidemiology, racialized biology, and biological expressions of race relations. *Int. j. health serv.* 2000 [acesso em 2019 dez 20]; 30(1):211-6. Disponível em: <https://doi.org/10.2190/672j-1ppf-k6qt-9n7u>.
38. Edelman N. Towards a critical epidemiology approach for applied sexual health research. *J health Psychol*. 2018 [acesso em 2019 dez 20]; 23(2):161-174. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1359105317743768>.
39. Acero-Aguilar M. Zoonosis y otros problemas de salud pública relacionados con los animales: reflexiones a propósito de sus aproximaciones teóricas y metodológicas. *Rev Gerenc. Polít Salud*. 2016 [acesso em 2020 abr 14]; 15(31):232-245. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyyps15-31>.
40. Mascaró AL. Estado e Forma Política. São Paulo: Boitempo; 2013.
41. Santos M. A natureza do espaço. São Paulo: Editora Hucitec; 1996.
42. Breilh J. La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud Colect*. 2010; 6(1):83-101.
43. Mészáros I. A crise estrutural do capital. São Paulo: Boitempo; 2009.
44. Abramovay R. Muito além da economia verde. São Paulo: Editora abril; 2012.
45. Franco-Cortés AM, Otálvaro-Castro GJ, Ochoa-Acosta E, et al. Inequidades en salud de la primera infancia en el municipio de Andes, Antioquia. Un análisis desde la epidemiología crítica. *Rev. Gerenc. Polít. Salud*. 2016 [acesso em 2019 dez 20]; 15(31):246-261. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyyps15-31.ispi>.
46. Eslava Castañeda JC. Pensando la determinación social del proceso salud-enfermedad. *Rev. salud pública (Bogotá)*. 2017 [acesso em 2019 out 20]; 19(3):396. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v19n3.68467>.
47. Fromm E. Ter ou ser? Tradução Nathanael C. Caixeiro. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1987.

48. Nunes JA. Saúde, direito à saúde e justiça sanitária. *Rev. crit. cienc. sociais*. 2009 [acesso em 2020 jul 4]; (87):143-169. Disponível em: <https://doi.org/10.4000/rccs.1588>.
49. Breilh J. De la vigilancia convencional al monitoreo participativo. *Ciênc. saúde coletiva*. 2003 [acesso em 2020 abr 24]; 8(4):937-951. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000400016>.
50. Pernalet ME, Lópes PV. De la crítica a la práctica en Epidemiología, a la práctica de una Epidemiología crítica de construcción sócio-comunitaria. *Saber (Cumana)*. 2018; (30):37-52.
51. Wallace R. *Pandemia e agronegócio: doenças infecciosas, capitalismo e ciência*. São Paulo: Editora Elefante; 2020.
52. Chasin J. Excertos sobre revolução, individuação e emancipação humana. *Rev. Filosof. Ciênc. Hum.* 2017 [acesso em 2020 mar 16]; 23(1):23-105. Disponível em: <http://www.verinotio.org/sistema/index.php/verinotio/article/view/301>.
53. Franco-Cortés AM, Roldán-Vargas O. Sentido de la responsabilidad con la salud: perspectiva de sujetos que reivindican este derecho. *Rev. latinoam. cienc. soc. niñez juv.* 2015; 13(2):823-835.
54. Ramírez MOS, Puerto LJS, Rojas VMR, et al. El suicidio de indígenas desde la determinación social en salud. *Rev. salud pública (Bogota)*. 2018 [acesso em 2020 mar 14]; 36(1):55-65. Disponível em: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v36n1a07>.
55. Montero-Moretta GE. Determinación social de la mortalidad por accidentes de tránsito en el distrito metropolitano de Quito, año 2013. *Rev. salud pública (Bogota)*. 2018 [acesso em 2020 abr 20]; 36(3):31-42. Disponível em: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v36n3a04>.
56. Varela LE, Ocampo DC, Ramírez MC, et al. Perfil de algunas condiciones psicosociales de un grupo de adultos mayores. *Rev. salud pública (Bogota)*. 2008 [acesso em 2020 maio 6]; 24(2):51-60. Disponível em: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/244>.
57. Moraes RJS, Barroco SMS. Concepções do Alcoolismo na Atualidade: Pesquisas Hegemônicas, Avanços e Contradições. *Psicol. teor. pesqui.* 2016 [acesso em 2019 nov 12], 32(1):229-237 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-37722016012124229237>.
58. Ramirez GMC, Lopez LMV, Gaviria NDL. Diagnóstico participativo de salud em usuários de um Programa de hipertensão arterial. *Invest. educ. enferm.* 2006; 24(1):16-25.

Recebido em 29/04/2022

Aprovado em 26/09/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Exposição ao cádmio e Síndromes Hipertensivas da Gestação: uma revisão sistemática

Cadmium exposure and Hypertensive Disorders of Pregnancy: a systematic review

Angelica dos Santos Vianna¹, Larissa Gabrielle Avelino do Nascimento¹, Talita Viana Martins¹, Aline Souza Espíndola Santos¹, Nataly Damasceno de Figueiredo^{1,2}, Carmen Ildes Rodrigues Froes Asmus¹

DOI: 10.1590/0103-1104202313619

RESUMO As Síndromes Hipertensivas da Gestação (SHG) são uma das principais causas de morbimortalidade materna. Evidências crescentes indicam a associação entre a exposição ao cádmio e a hipertensão arterial na população em geral, mas não as SHG. Afim de investigar esse tema, realizou-se uma revisão sistemática seguindo as diretrizes PRISMA, nas bases de dados BVS/Lilacs, PubMed/Medline e SciELO e no repositório da Universidade de São Paulo (USP) até agosto de 2021. A qualidade metodológica foi avaliada pelo checklist Downs and Black. Selecionaram-se dezenove artigos, sendo treze caso-controle, quatro coortes e dois seccionais. No total, 11.451 participantes foram avaliadas, sendo 1.445 (12,6%) com SHG e, destas, 1.071 (74,1%) com pré-eclâmpsia. Observou-se o ajuste inadequado para confundimento em onze estudos. Dos sete estudos considerados de boa qualidade metodológica, quatro relataram associação positiva e três não a observaram, enquanto somente um estudo observou diferença de média, que foi maior nas gestantes com SHG. Atribuiu-se a divergência dos resultados às diferenças metodológicas e ao ajuste inadequado para os fatores de confusão. Como o cádmio é um metal tóxico que pode levar ao aumento do estresse oxidativo, que desempenha papel importante na fisiopatologia das SHG, estudos adicionais são necessários para elucidar esta associação.

PALAVRAS-CHAVE Cádmio. Hipertensão induzida pela gravidez. Pré-eclâmpsia. Eclâmpsia.

ABSTRACT *Hypertensive Disorders of Pregnancy (HDP) are one of the main causes of maternal morbimortality. Strong evidence point to an association between cadmium and hypertension in the general population, but not HDP. A systematic review was carried out to investigate this potential relationship, following PRISMA guidelines, in the BVS/LILACS, PubMed/MEDLINE, and SciELO databases and a repository (University of São Paulo – USP) until August 2021. The methodological quality was assessed using the Downs and Black checklist. Nineteen articles were selected, thirteen of which were case-control, four were cohorts, and two were cross-sectional. A total of 11.451 participants were evaluated, 1.445 (12.6%) with HDP, and of these 1.071 (74.1%) with preeclampsia. The inadequate adjustment for confounding was observed in eleven studies. Out of the seven studies considered good methodological quality, four reported a positive association, and three did not observe it. In contrast, only one observed a mean difference, which was higher in HDP. The inconsistency of the results was attributed to the methodological differences and inadequate adjustment for confounding. As cadmium is a toxic metal that can induce an increase in oxidative stress, which plays an essential role in the pathophysiology of HDP, additional studies are needed to elucidate this association.*

KEYWORD *Cadmium. Hypertension, pregnancy-induced. Pre-eclampsia. Eclampsia.*

¹Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. angelica@iesc.ufrj.br

²Fundação Técnico Educacional Souza Marques (FTESM), Escola de Medicina – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

A gestação é um estado fisiológico associado com aumento do metabolismo e demanda de oxigênio. Ela pode ser marcada por complicações, como as Síndromes Hipertensivas da Gestação (SHG), cuja incidência situa-se entre 7,3 a 15,3%¹. Por representarem uma

das principais causas mundiais de morbimortalidade materna e perinatal, as SHG são consideradas um importante problema de saúde pública^{2,3}. Elas são classificadas como Hipertensão Crônica (HC), Hipertensão Gestacional (HG), Pré-Eclâmpsia (PE) e pré-eclâmpsia superposta à hipertensão crônica (*quadro 1*)³.

Quadro 1. Critérios para classificação das Síndromes Hipertensivas da Gestação

Classificação	Critérios
Hipertensão crônica	Surgimento de hipertensão até a 20ª semana de gestação.
Hipertensão gestacional	Surgimento de hipertensão após a 20ª semana de gestação, podendo ir até as primeiras 12 semanas de puerpério.
Pré-eclâmpsia	Surgimento de hipertensão após a 20ª semana de gestação acompanhado de: proteinúria ou comprometimento de órgão materno incluindo insuficiência renal, alteração da função hepática, complicação neurológica, complicação neurológica, disfunção uteroplacentária.
Pré-eclâmpsia superposta à hipertensão crônica	Elevação aguda da pressão arterial, podendo surgir trombocitopenia ou anormalidades da função hepática em gestantes portadoras de hipertensão arterial sistêmica crônica, após a 20ª semana de gestação.

Fonte: adaptado pelos autores de Garovic VD, Dechend R, Easterling T, et al.³.

As gestantes diagnosticadas com SHG apresentam maior risco de complicações antes, durante e após o parto. Tanto a saúde do feto como da mãe pode ser afetada, seja pela restrição do crescimento fetal, parto prematuro e baixo peso ao nascer seja pelo descolamento prematuro da placenta, necessidade de parto cesáreo e aumento do risco materno de desenvolver HC, doença do coração ou acidente vascular cerebral^{1,3}.

Dentre os fatores de risco relacionados às SHG estão os tradicionais para hipertensão arterial sistêmica, como sedentarismo, sobrepeso, obesidade, além de outros fatores específicos da gestação, como primiparidade, gestação gemelar, métodos de reprodução assistida e idade materna maior que 35 anos⁴. Se substâncias tóxicas amplamente distribuídas no meio ambiente, como o cádmio, podem também aumentar o risco de SHG, é uma questão emergente na literatura científica².

Os mecanismos pelos quais o cádmio pode induzir à hipertensão não estão totalmente esclarecidos. Entretanto, o efeito deletério desse metal sobre a função placentária, relacionado ao seu poder de desregulação da homeostase redox com o aumento do estresse oxidativo e à inibição da migração das células trofoblásticas, parece ser uma explicação biologicamente plausível^{2,5,6}.

As principais fontes de exposição ao cádmio são a dieta, i.e. vegetais folhosos, batata, grãos, e o tabagismo, além de certas atividades tais como a mineração de metais não ferrosos, a produção de baterias recarregáveis de níquel-cádmio, além da queima de combustíveis fósseis⁷. As gestantes expostas ao cádmio apresentam maior vulnerabilidade aos efeitos tóxicos desse metal devido às alterações fisiológicas próprias desse período associadas às deficiências nutricionais de cálcio, ferro e zinco, que levam ao aumento da absorção gastrointestinal, dos níveis de cádmio e de seu acúmulo nos tecidos⁸.

A primeira descrição da relação entre a exposição ao cádmio e hipertensão na população geral ocorreu em 1955⁵ e, desde então, vários estudos vêm investigando a associação com SHG e apresentando resultados conflitantes⁹. Entretanto, até o momento, nenhum estudo de revisão sistemática examinou especificamente se a exposição materna ao cádmio está associada a essas síndromes. Diante do exposto, este estudo objetiva avaliar e sintetizar as evidências científicas relativas à associação entre exposição materna ao cádmio e as SHG.

Material e métodos

Esta revisão sistemática seguiu as diretrizes atualizadas Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA), objetivando avaliar e sintetizar as evidências científicas relativas à pergunta: ‘A exposição materna ao cádmio está associada com as SHG?’¹⁰.

Desenvolveu-se uma busca sistemática nas bases de dados eletrônicas BVS/Lilacs, PubMed/Medline e SciELO, em uma biblioteca digital de dissertação e em tese da Universidade de São Paulo em 31 de agosto de 2021. A composição da sintaxe final foi feita com o uso dos operadores booleanos AND e OR para diversas combinações dos descritores com palavras de texto da seguinte forma: “cadmium” [MeSH Terms] OR “cadmium” [Text Word] AND “hypertension, pregnancy-induced” [MeSH Terms] OR “pregnancy induced hypertension” [Text Word] OR “pre-eclampsia” [MeSH Terms] OR “PREECLAMPSIA” [Text Word] OR “eclampsia” [MeSH Terms] OR “ECLAMPSIA” [Text Word] OR “gestational hypertension” [Text Word].

Os artigos foram considerados para inclusão segundo a estratégia PICOS: Participantes eram gestantes ou puérperas; Intervenção incluiu a avaliação da exposição ao cádmio por meio de sua medição em alguma matriz biológica; Comparação com gestantes ou puérperas normotensas que apresentassem a medição de cádmio documentada em alguma matriz biológica; Desfecho (*Outcome*) compreendeu as SHG

com seus critérios relatados pelos autores; Estudo (*Study*) incluiu os analíticos observacionais escritos em espanhol, inglês ou português, publicados até o dia da pesquisa, 31 de agosto de 2021. Realizou-se a exclusão de todos aqueles que não relataram a avaliação da exposição ao cádmio em pelo menos uma matriz biológica, assim como os que não descreveram os critérios utilizados para classificação das SHG. Os editoriais, opinião de autor e livro, estudos experimentais *in vitro* e de revisão também foram excluídos. O PubMed foi usado como referência para a duplicata de artigos.

Os revisores LG e TV analisaram de forma independente todo o processo de seleção. As divergências foram resolvidas por meio de consenso e mediadas por um terceiro pesquisador (ASV). O fluxograma incluiu a análise dos títulos, resumo e texto completo. Procedeu-se à consulta manual das referências dos artigos selecionados na etapa do texto completo, com o objetivo de identificar estudos relevantes não detectados.

Utilizou-se um formulário para extração dos dados, que incluiu: 1. Identificação com nome do primeiro autor, ano da publicação e país do estudo; 2. Características do estudo com tipo do desenho epidemiológico e tamanho da amostra; 3. Características das participantes, incluindo idade, etnia e se era tabagista; 4. Avaliação da exposição ao cádmio incluindo local de exposição e matriz biológica avaliada com a técnica laboratorial empregada; 5. Discriminação da SHG avaliada; 6. Análise estatística empregada incluindo diferença de média e medidas de associação: razão de prevalência, odds ratio, risco relativo, hazard ratio e seus respectivos intervalos de confiança 95%; e 7. Fatores de confusão avaliados.

A qualidade metodológica dos artigos foi avaliada segundo o *checklist* Downs and Black¹¹. Ele contém 27 itens, sendo dez para avaliar relato, três para validade externa, treze para validade interna e um para avaliar poder. A pontuação de 26 itens é sim = 1, não = 0 ou incapaz de determinar = 0. O item 5, que avalia a distribuição das variáveis confundidoras principais, apresenta diferença no critério de pontuação: sim = 2; parcialmente = 1 e não = 2. Foi adotada a categorização da

qualidade dos estudos proposta por Hooper et al.¹²: excelente (26-28), boa (20-25), satisfatória (15-19) ou ruim (≤ 14).

Originalmente, planejamos realizar metanálise, entretanto consideramos inadequada a sua execução devido às limitações metodológicas dos artigos selecionados e a alta heterogeneidade na avaliação da exposição, com diferentes biomarcadores e pontos distintos de corte para classificação de grau de exposição dos grupos. Dessa forma, relatamos os achados como uma síntese narrativa mostrando as medidas de associação e diferenças de média para os estudos individuais.

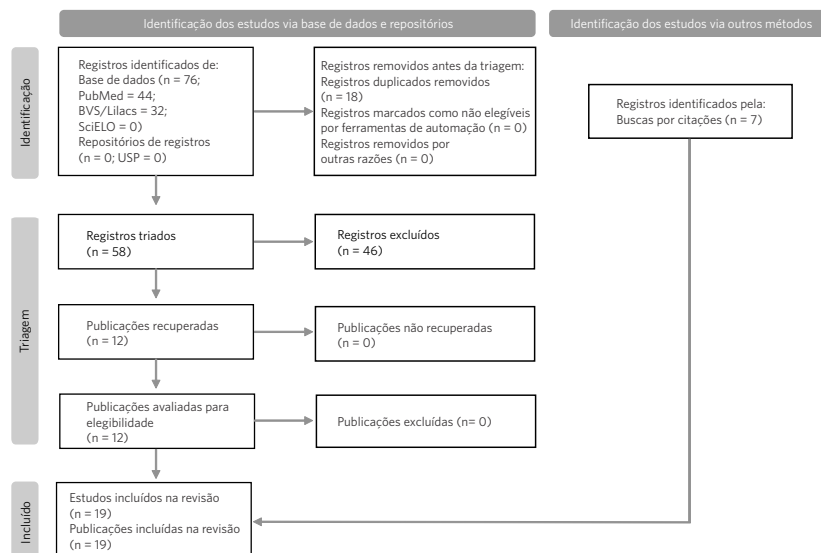
A análise da qualidade da evidência foi realizada por meio do emprego do método GRADE¹³. Em virtude do delineamento observacional dos estudos selecionados, a qualidade geral começa baixa nesse método, podendo ocorrer sua redução ou o aumento desta de acordo com a análise de algumas características. O risco de viés decorrente de limitações individuais do estudo, a consistência, o direcionamento, ou evidência indireta, e a

precisão dos resultados foram analisados para redução da qualidade. Enquanto a magnitude do efeito, o gradiente de resposta à exposição ou dose-resposta e a probabilidade de confusão residual foram considerados para o aumento da qualidade.

Resultados

Encontraram-se 76 artigos, sendo 44 na base de dados PubMed, 32 na BVS/Lilacs e nenhum na SciELO entre 1969 a 2021. Retiraram-se 18 duplicatas. Após a análise do título e do resumo, num total de 46 exclusões, doze artigos foram elegíveis para leitura do texto completo, sem exclusão nessa fase. A consulta manual das referências adicionou sete artigos. Ao final, 19 artigos compuseram esta revisão. Os motivos para exclusão foram não se ater à temática (n=27), sendo cinco sem cádmio, sete sem SHG e 15 sem ambos; não humano (n=7); tipo de estudo (n=5); e idioma (n=7) (figura 1).

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos artigos, adaptado das diretrizes PRISMA



Fonte: adaptado pelos autores de Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al.¹⁰.

BVS/Lilacs - Biblioteca Virtual em Saúde/Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde; SciELO - Scientific Library Online; USP - Universidade de São Paulo.

Dos 19 estudos, treze eram caso-controle, quatro coortes e dois seccionais, todos escritos em inglês. O local de condução das pesquisas foi: EUA (seis), China (três), África do Sul, Irã e Sérvia (dois cada), Bulgária, França, República do Congo e Turquia (um cada). A maioria das participantes se expuseram em meio não ocupacional (11.442 = 99%) e nove casos ocorreram no trabalho.

Das 11.451 participantes, 9.985 eram controles (9.089 gestantes, 408 puérperas e 488 não gestantes) e 1.445 (12,6%) foram diagnosticadas com SHG, sendo 23 HC (1,6%), 351 HG (24,3%) e 1.071 PE (74,1%). Trinta casos eram referentes a outras complicações, como anemia e ameaça de aborto. A PE foi a SHG mais investigada (15 artigos)^{6,8,14-26}.

As características das participantes foram: 11.235 (98,1%) tinham idade entre 15 e 49 anos e em 216 (1,9%) casos não havia relato. Observou-se uma grande lacuna quanto à etnia, com 10.635 (92,9%) casos sem essa variável. Somente 825 (7,2%) participantes tinham essa informação, sendo 621 (75,3%) brancas, 120 (14,5%) pretas, 51 (6,2%) orientais e 33 (4%) classificadas como outras. Os autores de dois artigos, um originário da China (5.429 indivíduos) e outro da República do Congo (176 pessoas), não descreveram a etnia, apesar de poder se presumir maioria étnica^{9,21}.

O hábito de fumar foi avaliado em 14 estudos^{6,8,9,14,15,17,20,21,23-25,27-29}, sendo 7.824 (68,3%) não tabagistas, 2.550 (22,3%) tabagistas, 246 (2,1%) ex-tabagistas e não houve relato em 748 (6,5%) casos. Das não tabagistas, 6.396 (81,7%) eram mulheres normotensas, 958 (12,3%) tinham alguma SHG (750 com PE) e não houve classificação em 441 casos. Já entre as tabagistas, 2.240 (87,8%) eram normotensas, 266 (10,4%) tinham alguma SHG (104 com PE) e 43 casos não foram classificados. Finalmente, 118 ex-tabagistas eram normotensas, 25 tinham PE e em 103 casos não houve relato. Em relação aos níveis de cádmio, de acordo com hábito de fumar, sete estudos fizeram essa comparação. Cinco estudos^{14,15,19,27,28} relataram maiores níveis de cádmio nas gestantes tabagistas

em relação às não tabagistas, independente do diagnóstico de SHG, e dois estudos não encontraram diferença estatisticamente significativa^{8,20}.

Em relação aos nutrientes cálcio, ferro e zinco, quatro estudos os incluíram nas análises como fatores confundidores^{8,9,24,25}. Observaram-se níveis menores de cálcio entre as gestantes com SHG em três estudos^{16,22,23} e sem diferença em seis^{8,9,20,24,26,29}. Quanto ao ferro, foi observado maior nível nas gestantes com SHG em um estudo¹⁸ e sete não relataram diferença^{9,16,20,22,24,26,29}. Finalmente, foram encontrados níveis menores de zinco nas gestantes com SHG em quatro estudos^{8,14,16,18}, sem diferença em outros quatro estudos^{17,20,26,28} e em dois estudos os níveis foram maiores em gestantes com SHG^{21,22}.

Dezoito estudos dosaram o cádmio uma única vez e somente um estudo o dosou em três momentos: 18, 26 e 35 semanas de gestação²⁴. Utilizaram-se sete matrizes biológicas diferentes – cabelo, líquido amniótico, placenta, sangue cordão umbilical, sangue materno, unha e urina –, sendo o sangue materno o mais usado para avaliação (11 artigos). Em cinco estudos (740 participantes), foi colhido material em mais de uma matriz^{14,17,22,23,27}. Níveis médios de cádmio >1,0 g/l no sangue materno das gestantes não tabagistas foram relatados em cinco artigos^{6,14,23,27,28}. Em dois artigos, observou-se que os níveis medidos na placenta eram pelo menos quatro vezes maior no sangue materno^{14,23}. Por outro lado, os níveis de cádmio no sangue do cordão umbilical foram inferiores aos do sangue materno^{17,23,27}. As técnicas usadas para detectar os níveis de cádmio foram a espectrometria com plasma, em onze estudos^{6,8,9,17,20-26}, e a espectrometria de absorção atômica, em oito estudos^{14-16,18,19,27,28,29}.

As análises estatísticas compreenderam cálculo de diferença de média em 16 artigos; modelo de regressão em sete artigos; correlação, Razão de Prevalência (RP) e comparação de prevalências (um artigo cada). Em sete dos oito estudos^{9,16,18,21,23,26,27,28} que encontraram diferença de média, os níveis de cádmio foram

maiores nas gestantes com SHG^{9,16,18,21,23,27,28}. Quanto à comparação de prevalências, ela foi maior no grupo classificado como de alta exposição [Cádmio placentar >10 µg/l], com prevalência de 21,4%, contra 11,5% no grupo de moderada exposição [Cádmio placentar = 1-10 µg/l] e 9,8% no grupo de baixa exposição [Cádmio placentar <1 µg/l], $p < 0,05$ ¹⁹. Em relação às medidas de associação, foram encontrados quatro estudos com associação positiva (OR Cádmio placentar = 1,5 IC95% = 1,1-2,2; OR Cádmio urina $\geq 0,53 \mu\text{g/g}$ = 2,24 IC95% =

1,47-3,41; OR Cádmio sangue $\geq 1,36 \mu\text{g/L}$ = 7,83 IC95% = 1,64-37,26; RP = 1,15 IC95% = 0,98-1,36, $p = 0,009$)^{9,20,23,25}, três sem associação (RR = 0,88 IC95% = 0,12-6,7; HR unimetal = 0,94 IC95% = 0,54-1,83, $p = 0,83$; HR multimetal = 1,63 IC95% = 0,74-3,61, $p = 0,22$)^{8,24,29} e um com associação inversa no modelo unimetal e níveis de Cádmio sangue $\geq 3,83 \mu\text{g/l}$ (OR = 0,64 IC95% = 0,45-0,91, $p = 0,019$), não confirmada no modelo multimetal (OR = 0,53 IC95% = 0,27-1,05)⁶. A *tabela 1* resume as características dos estudos selecionados.

Tabela 1. Características dos estudos selecionados

Autor et al., Ano, País	Estudo (desenho; número)	Características das participantes		Avaliação da exposição ao Cádmio			Diferença de média / Medida de associação
		Idade (Média: anos)	Etnia	Local da exposição (fonte)	Matriz biológica (técnica laboratorial) #	Desfecho	
Lazebnik, 1989, EUA	Caso controle n = 86	NI	NI	Não Ocupacional	Sangue materno e placenta (FAAS)	HC PE	Diferença de média: não
Tabacova, 1994, Bulgária	Seccional n = 66	17 a 36	NI	Não Ocupacional e Ocupacional	Sangue materno (AAS)	PE	Diferença de média: não
Dawson, 1999, EUA	Seccional n = 130	NI	NI	Não Ocupacional	Líquido amniótico (GFAAS)	PE	Diferença de média: sim (PE >)
Kosanovic et al., 2002	Seccional N = 60	29 ± 6	NI	Não Ocupacional	Sangue materno, sangue do cordão umbilical e líquido amniótico (AAS)	HG	Diferença de média: sim (sangue materno; HG >)
Vigeh, 2006, Irã	Caso controle n = 396	27	NI	Não Ocupacional	Sangue materno e sangue do cordão umbilical (ICP-MS)	PE	Diferença de média: não
Kosanovic, 2007, Sérvia	Seccional n = 60	26 a 31	NI	Não Ocupacional	Sangue materno (AAS)	HG	Diferença de média: sim (HG >)
Kolusari, 2008, Turquia	Seccional n = 145	26 a 28	NI	Não Ocupacional	Soro materno (AAS)	PE	Diferença de média: sim (PE >)
Yazbeck, 2009, França	Coorte n = 971	29,3 ± 4,3	NI	Ambiental	Sangue materno (AAS)	HG	Diferença de média: não /OR sem associação
Ebrahim, 2015, Irã	Coorte n = 341	33,6 ± 5,1	NI	Não Ocupacional	Líquido amniótico (AAS)	PE	Comparação de prevalência: Baixa exposição (<1µg/l): não; Moderada exposição (1 a 10 µg/l): sim; Alta exposição (>10µg/l): sim
Laine, 2015, EUA	Caso controle n = 172	25	106 pretas e 66 brancas	Não Ocupacional	Placenta (ICP-MS)	PE	Diferença de média: não / OR = 1,5 (1,1-2,2)

Autor et al., Ano, País	Estudo (desenho; número)	Características das participantes		Avaliação da exposição ao Cádmio			Diferença de média / Medida de associação
		Idade (Média: anos)	Etnia	Local da exposição (fonte)	Matriz biológica (técnica laboratorial) #	Desfecho	
Moyene, 2016, República do Congo	Caso controlen = 176	26,7 ± 5,9 (controle), 27,1 ± 6,1 (PE)	NI	Não Ocupa- cional	Urina materna (ICP-MS)	PE	Diferença de média: sim (PE >)
Osorio-Yañez, 2016, EUA	Coorte n = 653	32,9 ± 4,4	14 pretas 555 brancas 51 orien- tais 33 outras	Não Ocupa- cional	Urina materna (ICP-MS)	PE	Diferença de média: não RR = 0,88 (0,12-6,7)
Maduray, 2017, África do sul	Caso controle n = 66	24 ± 5 (contro- le), 25 ± 5 (PE)	NI	Não Ocupa- cional	Cabelo e sangue materno (ICP- OES)	PE	Diferença de média: não / Correlação - Cabelo (pré- -eclâmpsia): PAD= r= 0,07; PAS= r= -0,03 (p>0,05) (normotensa): PAD = r = 0,015; PAS = 0,22 (p>0,05)/ Soro (pré-eclâmpsia): PAD= r =0,18; PAS= r= 0,25 (p>0,05) (normotensa): PAD = -0,08; PAS = 0,12 (p>0,05)
Liu, 2018, China	Seccional n = 5.429	28,5 ± 3,7	NI	Não Ocupa- cional	Urina materna (ICP-MS)	HG	Diferença de média: sim (HG >) /OR= 1,75 (1,45 - 2,11)
Wang, 2018, China	Caso controle n = 102	26,97 ± 2,94 (controle), 26,97 ± 2,94 (PE)	NI	Não Ocupa- cional	Sangue materno, sangue do cordão umbilical e pla- centa (ICP-MS)	PE	Diferença de média: sim (san- gue materno e placenta; PE >) / OR = 7,83 (1,64 - 37,26)
Soobramoney, 2019, África do Sul	Caso controle n = 66	26,97 ± 2,94 (controle), 26,33 ± 3,96 (PE)	NI	Não Ocupa- cional	Unha (ICP-OES)	PE	Diferença de média: sim (Normotensa >)
Liu, 2019, EUA	Coorte n = 1.274	27,99 ± 6,31 (controle), 29,12 ± 6,17 (PE)	NI	Não Ocupa- cional	Sangue materno (ICP-MS)	PE	Diferença de média: não / RP = 1,15 (0,98 - 1,36) para cada aumento 0,69
Bommarito, 2019, EUA	Caso controle n = 383	32,7	NI	Não Ocupa- cional	Urina materna (ICP-MS)	PE	HRunimetal = 0,94 (0,54 - 1,64) HRmultimetal = 1,63 (0,74 - 3,61)
Wang, 2020, China	Caso controle n = 854	25 a 30	NI	Não Ocupa- cional	Sangue materno (ICP-MS)	PE	OR (Cd ≥3,83) = 0,64 (0,45 - 0,91)

Fonte: elaboração própria.

NI: Não informado; # CVAAS: espectrometria de absorção atômica a vapor frio; FAAS: Espectroscopia de absorção atômica com chama; GFAAS: Espectroscopia de absorção atômica do forno de grafite; ICP-MS: Espectrometria de massa por plasma acoplado indutivamente; ICP-OES: Espectrometria de emissão ótica com plasma indutivamente acoplado; HC: Hipertensão Crônica; PE: Pré-Eclâmpsia; HG: Hipertensão Gestacional; Cd: Cádmio; Mn: Manganês; Pb: Chumbo.

A avaliação da qualidade metodológica dos artigos (*tabela 2*) mostrou que nove (47,4%) foram considerados satisfatórios^{6,14,17,18,21-23,26,28}, sete (36,8%) bons^{8,9,19,20,24,25,29} e três (15,8%) regulares^{15,16,27}. A pontuação média foi de 17,9 ± 3,2, variando

entre 12 e 23. A representatividade das amostras e o ajuste para fatores de confusão foram os itens que mais frequentemente não estavam descritos. Em onze dos 19 artigos, não foi feito nenhum ajuste.

Tabela 2. Análise da qualidade metodológica dos estudos selecionados

Autor et al., ano	Relato (11 pontos)	Validade externa (3 pontos)	Validade Interna: Viés (7 pontos)	Validade		Total (28 pontos)	Qualidade do estudo*
				Interna: Confundidor (6 pontos)	Poder (1 ponto)		
Lazebnik, 1989	5	2	5	2	1	15	Satisfatória
Tabacova, 1994	7	0	5	1	1	14	Regular
Dawson, 1999	5	0	5	1	1	12	Regular
Kosanovic, 2002	5	1	5	2	1	14	Regular
Vigeh, 2006	6	2	5	2	1	16	Satisfatória
Kosanovic, 2007	6	2	5	2	1	16	Satisfatória
Kolusari, 2008	6	1	5	2	1	15	Satisfatória
Yazbeck, 2009	8	3	5	3	1	20	Boa
Ebrahim, 2015	8	3	5	3	1	20	Boa
Laine, 2015	9	3	5	3	1	21	Boa
Moyenne, 2016	6	3	5	2	1	17	Satisfatória
Osorio-Yañez, 2016	10	3	5	4	1	23	Boa
Maduray, 2017	7	3	5	2	1	18	Satisfatória
Liu, 2018	9	3	5	3	1	21	Boa
Wang, 2018	8	2	5	2	1	18	Satisfatória
Bommarito, 2019	9	3	5	3	1	21	Boa
Liu, 2019	10	3	5	4	1	23	Boa
Soobramoney, 2019	6	3	5	2	1	17	Satisfatória
Wang, 2020	8	3	5	2	1	19	Satisfatória

Fonte: Downs SH, Black N11; Hooper P, Jutai JW, Strong G, et al.¹².

Nota: Checklist Downs and Black, 1998.

* Qualidade do estudo segundo a categorização proposta por Hooper P, Jutai JW, Strong G, et al.¹².

Usando o método GRADE, classificamos a qualidade da evidência como baixa. Esse julgamento foi baseado em uma limitação séria tanto para risco de viés como para inconsistência dos resultados. A presença do gradiente dose-resposta em três estudos^{6,9,23} aumentou

a qualidade da evidência em um nível. Por outro lado, a observação de grande magnitude de efeito em somente um estudo²³ (OR > 2,0) não foi suficiente para também aumentar outro nível (*tabela 3*).

Tabela 3. Análise da qualidade da evidência pelo método GRADE

Pergunta: A exposição materna ao cádmio está associada às Síndromes Hipertensivas da Gestação?							
Número de estudos	Desenho	Risco de viés ^a	Inconsistên- cia ^b	Evidência indireta ^c	Imprecisão ^d	Outros fatos ^e	Qualidade
Desfecho: Síndromes Hipertensivas da Gestação							
19	Observacionais	Grave	Grave	Sem evidên- cia indireta	Sem imprecisão	Gradiente dose- res- posta	⊕⊕○○ Baixa

Fonte: Adaptado pelos autores de Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, et al.¹³.

^a Risco de viés: avaliado pelo checklist Downs and Black e observou-se que 11 estudos não fizeram nenhum controle para fatores de confusão.

^b Inconsistência: observada variabilidade nas medidas de associação, possivelmente relacionadas com a diferença na população estudada, os biomarcadores usados, a classificação heterogênea de nível de exposição ao cádmio e papel da mistura de substâncias químicas.

^c Evidência indireta: Foram avaliadas a população de interesse (gestantes) e os critérios para definição do desfecho estudado (Síndromes Hipertensivas da Gestação) foram claramente descritos.

^d Imprecisão: Número mínimo de eventos atingido com intervalo de confiança das medidas sem ampla variação.

^e Outros fatores: A presença do gradiente dose-resposta em três estudos^{9,9,23} aumentou a qualidade da evidência. Por outro lado, a presença de grande magnitude de efeito em um estudo²³ (OR > 2,0) não foi suficiente para também aumentar a qualidade da evidência.

Discussão

O cádmio é um metal pesado amplamente encontrado no meio ambiente, podendo induzir a desregulação da homeostase redox com o aumento do estresse oxidativo e levar à inibição da migração das células trofoblásticas. Esses mecanismos desempenham papel importante na fisiopatologia das SHG devido ao efeito deletério sobre a placenta^{2,5,6}. Ademais, evidências vêm demonstrando o aumento da mortalidade por doenças cardiovasculares relacionados ao cádmio, e a associação deste com hipertensão arterial em adultos^{2,30}. Portanto, é biologicamente plausível supor que a exposição materna a esse metal possa influenciar o desenvolvimento e a função da placenta, de forma a predispor as gestantes às SHG².

Objetivando investigar a associação da exposição materna ao cádmio e às SHG, esta revisão avaliou 19 estudos observacionais, encontrando resultados conflitantes com qualidade de evidência considerada baixa. Anteriormente, quatro revisões sistemáticas haviam analisado a associação entre cádmio e hipertensão, englobando 58 artigos^{5,30-32}. Destes, somente oito avaliaram SHG, mais

especificamente PE, considerada a forma mais grave. Os resultados de dois desses estudos concluíram pela forte evidência de possível associação positiva após a avaliação de seis estudos, todos eles incluídos em nossa revisão^{30,31}. Entretanto, há que se ter cautela na interpretação desse resultado, pois, diferentemente do nosso estudo, os autores não realizaram a análise da qualidade da evidência.

Dos sete estudos considerados como de boa qualidade metodológica, somente um encontrou diferença de média, sendo maior nas gestantes com SHG⁹. Todavia, há que se interpretar esse resultado com atenção, porque níveis maiores significam maior exposição e não necessariamente refletem efeito adverso à saúde³³. Quanto às medidas de associação, esses estudos relataram maior prevalência no grupo classificado como de maior exposição¹⁹; associação positiva^{9,20,25}, sendo que dois dos estudos também estão no grupo classificado como de maior exposição^{9,25}; associação inversa no modelo unimetal⁶; e sem associação^{8,24,29}.

As divergências encontradas nos resultados dessa revisão podem estar relacionadas com diferenças na metodologia do estudo,

como tamanho da amostra, características gerais das populações, polimorfismo genético da proteína metalotioneína, diferentes níveis de exposição com pontos de corte distintos, uso de diferentes biomarcadores, papel da mistura de substâncias ou o ajuste inadequado ou ausente para os fatores de confusão, como tabagismo e deficiências nutricionais de cálcio, ferro e zinco^{9,33,34}.

As metalotioneínas são proteínas de baixo peso molecular que atuam na homeostase de elementos essenciais, no transporte e detoxificação de metais pesados e na eliminação de radicais livres de oxigênio. Sua síntese ocorre principalmente no fígado e nos rins, podendo ser induzida pelo cádmio, com o qual apresenta uma forte ligação. As células que produzem metalotioneínas são resistentes aos efeitos tóxicos do cádmio, enquanto aquelas que não a sintetizam são mais sensíveis³⁵. O papel do polimorfismo genético das metalotioneínas na susceptibilidade individual dos efeitos tóxicos do cádmio vem sendo estudado, revelando correlação direta entre expressão da metalotioneína IA e elevados níveis sanguíneos de cádmio³⁶. Entretanto, não foi observada associação entre polimorfismo genético das metalotioneínas e hipertensão até o momento³⁷. Nenhum dos artigos selecionados nesta revisão abordou o tema.

O uso de biomarcadores para avaliar a exposição ao cádmio tem se mostrado útil após os avanços na tecnologia laboratorial na década de 1990³². Os artigos selecionados nesta revisão o avaliaram em sete matrizes biológicas distintas: cabelo, líquido amniótico, placenta, sangue do cordão umbilical, sangue materno, unha e urina. Algumas são coletadas de forma não invasiva, como cabelo, placenta, sangue do cordão umbilical, unha e urina, sendo esta última geralmente a escolhida, tanto pela maior certeza da qualidade das técnicas analíticas como por apresentar níveis de referência estabelecidos^{7,31,32}. Ademais, as matrizes refletem informações diferentes em relação ao tempo de exposição: a dosagem no sangue materno indica exposição recente e a urina

expressa a exposição cumulativa e a carga corporal³⁸. Por outro lado, a dosagem no cabelo ou na unha, embora reflita a exposição cumulativa, é suscetível à contaminação externa, fato que dificulta sua interpretação^{7,31,38}. Por fim, a dosagem no líquido amniótico, na placenta ou no sangue do cordão umbilical expressa a exposição ocorrida durante a gestação e apresenta utilidade também para a saúde fetal^{14,16,19,20,31,38}.

Outro ponto digno de nota diz respeito ao fato de somente o sangue materno e a urina apresentarem níveis de referência estabelecidos⁷. Nesta revisão, as análises em cinco dos onze artigos que usaram o sangue materno para avaliar a exposição ao cádmio, mostraram valores médios nas gestantes não tabagistas acima do nível recomendado (>1.0 g/l)^{7,38}. Ademais, embora os níveis no sangue do cordão umbilical tenham sido menores do que os do sangue materno, o mesmo não se observou para os níveis placentários, que foram, pelo menos, quatro vezes maiores que os do sangue materno. Tal resultado traz grande preocupação, pois a disfunção placentária vem sendo relacionada com as SHG². Por outro lado, a disponibilidade restrita da placenta até o parto limita sua utilidade para monitorização biológica em comparação com o sangue materno³¹.

É desafiador comparar níveis médios de cádmio entre biomarcadores devido à sua toxicocinética peculiar, que inclui sua forte ligação com metalotioneínas; uma baixa taxa de excreção renal relacionada à quase completa reabsorção nos túbulos renais do complexo metalotioneína-cádmio presente no plasma; seu acúmulo em vários tecidos como fígado e rins; e uma meia vida estimada do cádmio no sangue de três a quatro meses e do cádmio na urina de 14 a 23 anos. Como a excreção é lenta, o acúmulo de cádmio, principalmente no fígado e nos rins, pode ser significativo^{33,38}. Nessa revisão, a interpretação comparativa dos resultados encontrados foi limitada tanto pela diversidade de biomarcadores usados para avaliar a exposição ao cádmio como pela

única medição desses biomarcadores (18 dos 19 estudos). Em relação a este último dado, a falta de conhecimento da sequência temporal entre a exposição ao cádmio e as SHG não nos permitiu entender o significado de um único valor mensurado deste metal.

A exposição a múltiplos metais é reconhecida como o cenário diário habitual do ser humano, podendo ocorrer mudanças na toxicocinética e na toxicodinâmica de um metal devido a efeito sinérgico ou antagônico^{34,39}. Entretanto, a maioria dos estudos que avaliaram a associação com hipertensão, incluindo as SHG, o fizeram com um único metal³⁹. Essa revisão corroborou esse padrão de investigação, havendo somente dois estudos dos 19 selecionados que analisaram a associação em modelos unimetal e multimetal^{6,24}. Contudo, não foi observada a associação no modelo multimetal. Uma possível explicação poderia estar relacionada à avaliação dos efeitos de misturas em um único ponto do tempo³⁴.

O tabagismo é considerado um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, levando também a um aumento agudo da pressão arterial. Estudos têm defendido que o cádmio, que é um componente da fumaça do cigarro – um cigarro contém 1 ×g cádmio –, poderia explicar em parte esse risco, devido ao efeito tóxico direto sobre o endotélio vascular^{38,40,41}. Ademais, o tabagismo é o fator mais fortemente relacionado com o aumento dos níveis de cádmio, sendo a duração em anos do hábito de fumar mais correlacionada entre os níveis urinários e o número de cigarros por dia com os níveis no sangue³⁸. Conforme exposto, o tabagismo é um fator de risco para doenças cardiovasculares e uma fonte de exposição cádmio, convertendo-se numa variável confundidora nos estudos epidemiológicos cujos desfechos de saúde estejam relacionados a ele. Por esse motivo, é recomendável o ajuste do modelo estatístico para a variável, seja pelo auto relato seja pela dosagem de cotina.

Nesta revisão, observamos sete estudos^{9,14,15,19,20,27,28} que avaliaram a diferença de média dos níveis de cádmio de acordo com

o hábito de fumar e seis estudos^{8,9,20,24,25,29} que fizeram o ajuste do modelo estatístico incluindo tabagismo como variável confundidora. Em relação ao primeiro, cinco estudos encontraram diferenças estatisticamente significativas, sendo maiores nas gestantes tabagistas quando comparadas às não tabagistas, independentemente do diagnóstico de SHG, corroborando os resultados da literatura^{38,42}.

Durante a gestação, há um aumento do metabolismo e, conseqüentemente, da necessidade de nutrientes para atender às demandas relativas ao desenvolvimento do feto e à preparação da mãe para a lactação⁴³. Cálcio, ferro e zinco são três exemplos de elementos traço essenciais, cujas deficiências vêm sendo relacionadas tanto com níveis maiores de cádmio, devido à maior absorção intestinal, como no desenvolvimento de SHG^{4,22,28,44,45}. O cálcio tem um papel vital na regulação da pressão arterial²³. A redução dos seus níveis estimula a liberação do hormônio da paratireoide e de renina, resultando num aumento do cálcio intracelular e da resistência vascular⁴³. Sua suplementação durante a gestação vem sendo recomendada a partir da 20ª semana pela Organização Mundial da Saúde como medida para reduzir a pressão arterial e as SHG^{22,45}. Nossa revisão observou que dos nove estudos que avaliaram esse elemento, somente três relataram níveis menores nas gestantes com SHG, diferentemente do descrito na literatura⁴³.

O ferro é um elemento essencial para a eritropoiese e a produção de hemoglobina, participando também de vários processos bioquímicos, como a regulação do estresse oxidativo⁴. Nas gestantes, sua deficiência é reconhecida como a principal causa de anemia com significativo impacto na morbimortalidade materna e fetal⁴⁶⁻⁴⁸. Dentre essas conseqüências, está o baixo peso ao nascer, havendo questionamento sobre as SHG^{4,46}. Duas meta-análises investigaram a associação entre anemia e SHG, relatando o aumento da chance de desenvolvimento dessas síndromes^{47,48}. Uma delas revelou que a deficiência de ferro era a principal causa de anemia e que tanto maior seria o impacto na saúde materno-fetal quanto mais grave e duradoura ela fosse⁴⁷.

Por outro lado, tanto a deficiência de ferro como sua reposição no início da gestação têm sido associadas com maior risco de SHG, possivelmente relacionadas à desregulação do status de ferro⁴⁶. Esse desequilíbrio pode induzir o aumento do estresse oxidativo, o qual desempenha papel importante na fisiopatologia dessas síndromes⁴⁶. Na nossa revisão, oito estudos avaliaram os níveis de ferro e em nenhum revelou níveis menores nas gestantes com SHG^{9,16,18,20,22,24,26,29}.

Por fim, o zinco é um dos componentes essenciais da enzima superóxido dismutase que é responsável pela remoção de radicais livres²⁶. Assim como os demais elementos traço descritos, sua deficiência vem sendo associada à SHG, particularmente à PE^{14,16,22,28,43}. No presente estudo, dez estudos o dosaram, com resultados conflitantes: quatro estudos com níveis menores, quatro sem diferença e dois com níveis maiores nas gestantes com SHG. Tais achados já haviam sido relatados anteriormente²², embora, classicamente, sejam esperados níveis menores de zinco⁴³.

Esta revisão foi a primeira a focar na associação entre a exposição materna ao cádmio e as SHG. Ela adicionou mais nove artigos às revisões sistemáticas prévias, sendo três publicações recentes. Abordar este tema é de extrema importância para a saúde pública devido à ampla presença do cádmio no meio ambiente, ao reconhecido potencial tóxico desse metal e pelo fato de as gestantes serem mais vulneráveis aos efeitos tóxicos do cádmio devido às alterações fisiológicas próprias associadas às deficiências nutricionais de cálcio, ferro ou zinco⁸. Dessa forma, seguimos métodos pré-especificados para sintetizar as evidências de forma sistemática de acordo com as diretrizes PRISMA atualizadas, incluindo uma busca estruturada e processos independente da seleção dos artigos, da extração dos dados e da análise da qualidade metodológica. Ademais, o protocolo do estudo foi submetido na plataforma PROSPERO e seu registro obtido.

No entanto, devemos ressaltar algumas limitações, a começar pelo fato de sete potenciais artigos escritos em outro idioma, que não o espanhol, inglês ou português, não terem sido

selecionados para avaliação. Em segundo lugar, embora tenhamos escolhido como critério de inclusão somente aceitar os estudos que avaliaram a exposição ao cádmio por meio de sua medição em alguma matriz biológica, não devemos desconsiderar as variações interindividuais na toxicocinética do cádmio³³. Ademais, o fato de haver sete biomarcadores diferentes, i.e., cabelo, líquido amniótico, placenta, sangue materno, sangue do cordão umbilical, unha e urina, pode trazer incertezas quanto à avaliação da exposição a esse metal devido à longa meia vida e à baixa taxa de excreção³². Em terceiro lugar, foi observada uma heterogeneidade significativa com relação à classificação do nível de exposição dos grupos, fato que não permitiu comparar os resultados dos estudos e estabelecer qual concentração de cádmio pode estar associada com SHG. Outro fator de relevante importância diz respeito ao ajuste inadequado para os fatores de confusão.

Dos 19 estudos selecionados, onze não fizeram nenhum ajuste e somente três incluíram o status de ferro e tabagismo no modelo. Tal ausência ou inadequação do ajuste pode ter interferido nos resultados observados. Finalmente, chama a atenção a ausência de estudos nos países da América Latina e Caribe, onde as SHG são responsáveis por aproximadamente 22% das mortes maternas⁴⁹. Num continente com acentuadas desigualdades, onde mais da metade das mulheres em idade reprodutiva são de baixo nível socioeconômico e, conseqüentemente, apresentam maior risco de exposição a uma série de ameaças ambientais que incluem os metais pesados, essa lacuna de informação traz prejuízo do real impacto dessa exposição nas SHG, embora seja uma das complicações cardiovasculares mais comuns em gestantes^{9,50}.

Conclusões

Esta revisão avaliou 19 estudos que investigaram a associação entre a exposição materna ao cádmio e as SHG, encontrando resultados conflitantes com qualidade

de evidência classificada como baixa pelo método GRADE. O risco de viés e a inconsistência foram os fatores que contribuíram para essa classificação. Pela importância do tema, a realização de estudos adicionais para elucidar essa associação é necessária. Recomendamos que, no delineamento desses estudos, especial atenção deve ser dada tanto ao controle dos fatores de confusão para redução do risco de viés como aos métodos de avaliação de exposição, os biomarcadores, e à padronização dos pontos de corte para classificação de grau de exposição ao cádmio, de forma a permitir a adequada comparação entre os estudos. Dessa forma, será possível obter resultados mais confiáveis para orientar a elaboração e implantação de novas estratégias de prevenção das SHG que envolvam a exposição ao cádmio.

O protocolo do estudo foi submetido na plataforma PROSPERO e aprovado com o número CRD42021286234.

Colaboradoras

Vianna AS (0000-0003-0657-2141)* contribuiu para concepção do projeto, interpretação dos dados e redação. Nascimento LGA (0000-0002-4362-9701)* e Martins TV (0000-0001-6252-4385)* contribuíram para aquisição, interpretação dos dados e redação. Santos ASE (0000-0002-5498-3992)* contribuiu para análise e interpretação dos dados, e revisão crítica do conteúdo. Figueiredo ND (0000-0001-8898-9893)* e Asmus CIRF (0000-0002-9864-6656)* contribuíram para a concepção do projeto e revisão crítica do conteúdo. ■

Referências

1. Garovic VD, White WM, Vaughan L, et al. Incidence and Long-Term Outcomes of Hypertensive Disorders of Pregnancy. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2020; 75(18):2323-2334.
2. Kahn LG, Trasande L. Environmental Toxicant Exposure and Hypertensive Disorders of Pregnancy: Recent Findings. *Curr. Hypertens. Rep.* 2018 [acesso em 2021 maio 3]; 20(10):87. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9371848/pdf/nihms-1827156.pdf>.
3. Garovic VD, Dechend R, Easterling T, et al. Hypertension in Pregnancy: Diagnosis, Blood Pressure Goals, and Pharmacotherapy: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Hypertension.* 2022; 79(2):e21-e41.
4. Lewandowska M, Sajdak S, Lubinski J. Can Serum Iron Concentrations in Early Healthy Pregnancy Be Risk Marker of Pregnancy-Induced Hypertension? *Nutrients.* 2019 [acesso em 2021 dez 8]; 11(5):1086. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6566422/pdf/nutrients-11-01086.pdf>.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

5. Martins AC, Lopes ACBA, Urbano MR, et al. An updated systematic review on the association between Cd exposure, blood pressure and hypertension. *Ecotoxicol. Environ. Saf.* 2021 [acesso em 2021 maio 20]; (208):111636. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7785863/pdf/nihms-1646625.pdf>.
6. Wang Y, Wang K, Han T, et al. Exposure to multiple metals and prevalence for preeclampsia in Taiyuan, China. *Environ. Int.* 2020; (145):1-8.
7. Agency for Toxic Substances and Disease Registry. Toxicological profile for cadmium. Atlanta: ATSDR; 2012. [acesso em 2021 nov 14]. Disponível em: <https://wwwn.cdc.gov/TSP/ToxProfiles/ToxProfiles.aspx?id=48&tid=15>.
8. Osorio-Yañez C, Gelaye B, Miller RS, et al. Associations of Maternal Urinary Cadmium with Trimester Specific Blood Pressure in Pregnancy: Role of Dietary Intake of Micronutrients. *Biol. Trace Elem. Res.* 2016; 174(1):71-81.
9. Liu H, Xia W, Xu S, et al. Cadmium body burden and pregnancy-induced hypertension. *Int. J. Hyg. Environ. Health.* 2018; (221):246-251.
10. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ.* 2021 [acesso em 2022 out 29]; (372):71. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/bmj/372/bmj.n71.full.pdf>.
11. Downs SH, Black N. The feasibility of creating a checklist for the assessment of the methodological quality of both randomised and non-randomised studies of health care interventions. *J. Epidemiol. Community Health.* 1998; (52):377-384.
12. Hooper P, Jutai JW, Strong G, et al. Age-related macular degeneration and low-vision rehabilitation: a systematic review. *Can. J. Ophthalmol.* 2008; (43):180-187.
13. Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, et al. GRADE guidelines: 1. Introduction-GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *J. Clin. Epidemiol.* 2011; 64(4):383-394.
14. Labeznik N, Kuhnert BR, Kuhnert PM. Zinc, cadmium, and hypertension in parturient women. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1989; 161(2):437-440.
15. Tabacova S, Little RE, Balabaeva L, et al. Complications of pregnancy in relation to maternal lipid peroxides, glutathione, and exposure to metals. *Reprod. Toxicol.* 1994; 8(3):217-224.
16. Dawson EB, Evans DR, Nosovitch J. Third-Trimester Amniotic Fluid Metal Levels Associated with Preeclampsia. *Arch. Environ. Health.* 1999; 54(6):412-415.
17. Vige M, Yokoyama K, Ramezanzadeh F, et al. Lead and other trace metals in preeclampsia: A case-control study in Tehran, Iran. *Environ. Res.* 2006; (100):268-275.
18. Kulusari A, Kurdoglu M, Yildizhan R, et al. Catalase Activity, Serum Trace Element and Heavy Metal Concentrations, and Vitamin A, D and E Levels in Pre-eclampsia. *J. Int. Med. Res.* 2008; (36):1335-1341.
19. Ebrahim K, Ashtarinezhad A. The Association of Amniotic Fluid Cadmium Levels with the Risk of Preeclampsia, Prematurity and Low Birth Weight. *Iran. J. Neonatol.* 2015; 6(2):1-6.
20. Laine JE, Ray P, Bodnar W, et al. Placental Cadmium Levels Are Associated with Increased Preeclampsia Risk. *PloS One.* 2015 [acesso em 2021 jun 30]; 10(9):e0139341. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4589375/pdf/pone.0139341.pdf>.
21. Moyene JPE, Scheers H, Tandu-Umba B, et al. Preeclampsia and toxic metals: a case control study in Kinshasa, DR Congo. *Environ. Health.* 2016; 15(48):1-12.
22. Maduray K, Moodley J, Soobramoney C, et al. Elemental analysis of serum and hair from pre-eclamptic South African women. *J. Trace Elem. Med. Biol.* 2017; (43):180-186.

23. Wang F, Fan F, Wang L, et al. Maternal Cadmium Levels During Pregnancy and the Relationship with Preeclampsia and Fetal Biometric Parameters. *Biol. Trace Elem. Res.* 2018; (186):322-329.
24. Bommarito PA, Kim SS, Meeker JD, et al. Urinary trace metals, maternal circulating angiogenic biomarkers, and preeclampsia: a single-contaminant and mixture-based approach. *Environ. Health.* 2019 [acesso em 2021 ago 11]; (18):63. Disponível em: <https://ehjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12940-019-0503-5>.
25. Liu T, Zhang M, Guallar E, et al. Trace Minerals, Heavy Metals, and Preeclampsia: Findings from the Boston Birth Cohort. *J. Am. Heart Assoc.* 2019 [acesso em 2021 jun 30]; (8):e012436. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6759885/pdf/JAH3-8-e012436.pdf>.
26. Soobramoney C, Maduray K, Moodley J, et al. The Screening of Nails for Selected Essential and Toxic Elements in Normotensive and Pre-Eclamptic Women. *Biol. Trace Elem. Res.* 2018; (189):28-32.
27. Kosanovic M, Jokanovic M, Jevremovic M, et al. Maternal and Fetal Cadmium and Selenium Status in Normotensive and Hypertensive Pregnancy. *Biol. Trace Elem. Res.* 2002; (89):97-103.
28. Kosanovic M, Jokanovic M. The association of exposure to cadmium through cigarette smoke with pregnancy-induced hypertension in a selenium deficient population. *Environ. Toxicol. Pharmacol.* 2007; (24):72-78.
29. Yazbeck C, Thiebaugeorges O, Moreau T, et al. Maternal blood lead levels and the risk of pregnancy-induced hypertension: the EDEN cohort study. *Environ. Health Perspect.* 2009; 117(10):1526-1530.
30. Pollack AZ, Ranasinghe S, Sjaarda LA, et al. Cadmium and Reproductive Health in Women: A Systematic Review of the Epidemiologic Evidence. *Curr. Environ. Health Rep.* 2014; 1(2):172-184.
31. Rosen EM, Muñoz MGI, McElrath T, et al. Environmental contaminants and preeclampsia: a systematic literature review. *J. Toxicol. Environ. Health B Crit. Rev.* 2018; 21(5):219-319.
32. Gallagher CM, Meliker JR. Blood and urine cadmium, blood pressure, and hypertension: a systematic review and meta-analysis. *Environ. Health Perspect.* 2010; 118(12):1676-1684.
33. Prozialeck WC, Edwards JR. Early biomarkers of cadmium exposure and nephrotoxicity. *Biometals.* 2010; 23(5):793-809.
34. Levin-Schwartz Y, Gennings C, Schnaas L, et al. Time-varying associations between prenatal metal mixtures and rapid visual processing in children. *Environ. Health.* 2019 [acesso em 2022 abr 3]; (18):92. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6822453/pdf/12940_2019_Article_526.pdf.
35. Genchi G, Sinicropi MS, Lauria G, et al. The Effects of Cadmium Toxicity. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2020 [acesso em 2022 abr 9]; 17(11):3782. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7312803/pdf/ijerph-17-03782.pdf>.
36. Singh P, Mitra P, Goyal T, et al. Effect of metallothionein 1A rs8052394 polymorphism on lead, cadmium, zinc, and aluminum levels in factory workers. *Toxicol. Ind. Health.* 2020; 36(10):816-822.
37. Sekovani A, Jurasovi J, Piasek M. Metallothionein 2A gene polymorphisms in relation to diseases and trace element levels in humans. *Arh. Hig. Rada Toksikol.* 2020; 71(1):27-47.
38. Hecht EM, Arheart K, Lee DJ, et al. A cross-sectional survey of cadmium biomarkers and cigarette smoking. *Biomarkers.* 2016; 21(5):429-435.
39. Shih YH, Howe CG, Scannell BM, et al. Exposure to metal mixtures in relation to blood pressure among children 5-7 years old: An observational study in Bangladesh. *Environ. Epidemiol.* 2021 [acesso em 2022 abr 9]; 5(2):e135. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7939402/pdf/ee9-5-e135.pdf>.

40. Hecht EM, Landy DC, Ahn S, et al. Hypothesis: cadmium explains, in part, why smoking increases the risk of cardiovascular disease. *J. Cardiovasc. Pharmacol. Ther.* 2013; 18(6):550-554.
41. Li H, Fagerberg B, Sallsten G, et al. Smoking-induced risk of future cardiovascular disease is partly mediated by cadmium in tobacco: Malmö Diet and Cancer Cohort Study. *Environ. Health.* 2019 [acesso em 2022 abr 9]; 18(1):56. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6570857/pdf/12940_2019_Article_495.pdf.
42. Edwards SE, Maxson P, Miranda ML, et al. Cadmium levels in a North Carolina cohort: Identifying risk factors for elevated levels during pregnancy. *J. Expo. Sci. Environ. Epidemiol.* 2015; 25(4):427-432.
43. Spencer BH, Vanderlelie JJ, Perkins AV. Essentiality of Trace Element Micronutrition in Human Pregnancy: A Systematic Review. *J. Pregnancy Child Health.* 2015; 2(3):1-7.
44. Miura N. Individual susceptibility to cadmium toxicity and metallothionein gene polymorphisms: with references to current status of occupational cadmium exposure. *Ind. Health.* 2009; 47(5):487-494.
45. Kyozuka H, Murata T, Fukuda T, et al. Association between pre-pregnancy calcium intake and hypertensive disorders during the first pregnancy: the Japan environment and children's study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2020 [acesso em 2022 abr 16]; (20):424. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-020-03108-2>.
46. Taeubert MJ, Wiertsema CJ, Vermeulen MJ, et al. Maternal Iron Status in Early Pregnancy and Blood Pressure Throughout Pregnancy, Placental Hemodynamics, and the Risk of Gestational Hypertensive Disorders. *J. Nutr.* 2022; 152(2):525-534.
47. Dorsamy W, Bagwandeen C, Moodley J. The prevalence, risk factors and outcomes of anaemia in South African pregnant women: a systematic review and meta-analysis. *Syst. Rev.* 2022 [acesso em 2022 abr 10]; 11(1):16. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8789334/pdf/13643_2022_Article_1884.pdf.
48. Jung J, Rahman MM, Rahman MS, et al. Effects of hemoglobin levels during pregnancy on adverse maternal and infant outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 2019; 1450(1):69-82
49. Leal LF, Grandi SM, Miranda VIA, et al. Hypertensive Disorders of Pregnancy and Medication Use in the 2015 Pelotas (Brazil) Birth Cohort Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2020 [acesso em 2022 abr 1]; 17(22):8541. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7698775/pdf/ijer-ph-17-08541.pdf>.
50. Herrera-Cuenca M, Previdelli AN, Koletzko B, et al. Childbearing Age Women Characteristics in Latin America. Building Evidence Bases for Early Prevention. Results from the ELANS Study. *Nutrients.* 2020 [acesso em 2021 dez 8]; 13(1):45. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7824015/pdf/nutrients-13-00045.pdf>.

Recebido em 05/07/2022

Aprovado em 20/12/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Consultório de Rua: cuidado no território na interface entre HIV/Aids, drogas e Redução de Danos

‘Street Outreach Teams’: care in the territory at the interface between HIV/AIDS, drugs and Harm Reduction

Pollyanna Fausta Pimentel de Medeiros^{1,2}, Rossana Carla Rameh-de-Albuquerque^{3,4}, Renata Barreto Fernandes de Almeida⁵, Alda Roberta Lemos Campos-Boulitreau^{4,6}, Naíde Teodósio Valois-Santos⁷, Ana Lucia Marinho Marques⁸

DOI: 10.1590/0103-1104202313620

RESUMO Este artigo teve como objetivo apresentar a experiência da implementação dos Consultórios de Rua na cidade do Recife-PE como estratégia de prevenção ao HIV/Aids e Redução de Danos (RD) decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. Ainda que o resgate da história desse processo apresente tensões, impermanências e alternâncias nos modelos de cuidado implementados pela gestão municipal, sua análise aponta a importância de reafirmar, no contexto atual, a proposição de práticas e experiências nesse campo, ancoradas na RD e na defesa da cidadania e dos direitos humanos. Observa-se que os Consultórios de Rua contribuem para fortalecer a prática de RD no Sistema Único de Saúde (SUS) como estratégia de saúde pública, assim como reduzem as vulnerabilidades às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e Aids associadas ao uso de álcool, crack e outras drogas. A experiência do CR ampliou a promoção à linha de cuidado para pessoas que usam álcool, crack, e outras drogas, reduzindo também as vulnerabilidades das IST/Aids associadas a esse consumo. No entanto, vê-se que é preciso investir e manter processos formativos que sejam permanentes, além de estudos e pesquisas epidemiológicas que demonstrem os resultados alcançados nos diferentes contextos.

PALAVRAS-CHAVE HIV. Políticas públicas de saúde. Redução de Danos. Substâncias psicoativas.

ABSTRACT *This article aims to present the experience of implementing ‘Street Outreach Teams’ in the city of Recife-PE as a strategy for HIV/AIDS prevention and Harm Reduction (HR) associated with the use of alcohol, crack, and other drugs. Although the review of the history of this process reveals tensions, volatility, and alternations in the care models implemented by the city management, the analysis points out the importance of reaffirming, in the current context, the practices and experiences in that field, anchored in HR and in the defense of civil and human rights. Street outreach teams have been found to help strengthen the practice of HR in the Unified Health System, as a public health strategy to reduce vulnerabilities to Sexually Transmitted Infections (STI) and AIDS associated with the use of alcohol, crack, and other drugs. The experience has expanded the promotion of the line of care for people who use alcohol, crack, and other drugs and reduced the vulnerabilities of STI/AIDS associated with such use. However, it seems that it is necessary to invest and maintain permanent training processes, in addition to epidemiological studies and research demonstrating the results achieved in different contexts.*

KEYWORDS HIV. Health policy. Harm Reduction. Psychotropic drugs.

¹Centro Universitário Maurício de Nassau (Uninassau) - Recife (PE), Brasil.

²Faculdade de Ciências Humanas ESUDA (FCHE) - Recife (PE), Brasil.

³Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de Pernambuco (IFPE) - Recife (PE), Brasil.

⁴Tessituras Psicologia e Saúde - Recife (PE), Brasil.

⁵Centro Universitário UniFBV (UniFBV) - Recife (PE), Brasil.

⁶Espaço Trilhares Psicologia - Recife (PE), Brasil.

⁷Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Aggeu Magalhães (IAM) - Recife (PE), Brasil.

⁸Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) - Recife (PE), Brasil.
ana.mmarques@ufpe.br

Introdução

No Brasil, na década de 1980, quando centenas de casos de Aids haviam sido detectados, o Ministério da Saúde (MS) reconheceu a infecção como um problema de saúde pública e, por meio da Portaria nº 236/1985, criou o Programa Nacional da Aids com objetivo de definir diretrizes e estratégias para o enfrentamento da epidemia no País¹.

A cidade de Santos-SP, em 1989, foi a primeira a adotar a Redução de Danos (RD) como estratégia de saúde pública no Brasil diante dos altos índices de transmissão de HIV relacionados com o uso de drogas injetáveis. Durante os anos 1990, em outros municípios brasileiros, começaram a ser elaboradas as primeiras intervenções de prevenção ao HIV específicas para Usuários de Drogas Injetáveis (UDI) – com destaque para Salvador-BA, que implementou o primeiro Programa de Troca de Seringas (PTS) –, uma estratégia de RD que abordava UDI informando, orientando sobre medidas de prevenção ao HIV e propondo o não compartilhamento de agulhas e seringas^{2,3}. Em Recife-PE, o Programa de Redução de Danos foi implementado nos anos 2000 e adotou uma característica diferente, sendo direcionado para pessoas que usam álcool e outras drogas.

É importante ressaltar que, nesse período, ainda não havia políticas públicas de saúde voltadas especificamente para o tratamento das pessoas com problemas decorrentes do uso do álcool e de outras drogas, ficando estas sob os cuidados de instituições filantrópicas, religiosas ou psiquiátricas, na sua maioria de caráter asilar, manicomial e voltadas exclusivamente para a abstinência de drogas. A resposta do MS para essa questão só foi oficializada em 2003, com a publicação da Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas⁴.

Com a diminuição da infecção pelo HIV em decorrência do compartilhamento de agulhas e seringas e o reconhecimento da relevância da perspectiva da RD para abordar

problemas relacionados com o consumo de diversas drogas em diferentes contextos, o MS assumiu essa perspectiva de forma ampliada para o cuidado de pessoas que usam drogas como estratégia de saúde pública e no diálogo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse contexto, a RD foi afirmada como diretriz fundamental para o cuidado nesse campo, definida como

Estratégia de saúde pública que visa reduzir os danos causados pelo abuso de drogas lícitas e ilícitas, resgatando o usuário em seu papel autorregulador, sem a preconização imediata da abstinência e incentivando-o à mobilização social⁴⁽²⁷⁾.

Ao longo dos anos, a RD foi se tornando um novo paradigma, na medida em que trazia a perspectiva do acolhimento das pessoas que usam drogas como cidadãs de direitos e sujeitos políticos e as incluía como protagonistas das ações de cuidado. Ao se contrapor ao paradigma da abstinência como única direção de cuidado possível, a RD se afirmou como uma estratégia de produção de saúde e de vida^{5,6}.

Nas últimas décadas, o campo das políticas públicas de cuidado direcionadas às pessoas vivendo com HIV/Aids, assim como outras políticas sociais, tem sido atravessado por desafios diversos (como congelamento no financiamento, redução do papel do Estado, repressão dos movimentos sociais, visão conservadora quanto a determinados temas como gênero e sexualidade), que diminuem a possibilidade de desenvolvimento de respostas institucionais adequadas ao perfil da epidemia e às necessidades sociais e de saúde das pessoas, bem como produzem ações que aumentam estigma e o preconceito^{7,8}.

Este artigo tem como objetivo apresentar a experiência da implementação dos Consultórios de Rua no município do Recife-PE, desde a sua criação, em 2010, no contexto da Política Municipal de Redução de Danos e Atenção aos usuários de álcool, fumo e outras drogas, denominada Programa Mais Vida. É

importante considerar que parte das autoras atuaram diretamente na formulação, articulação e implementação dos Consultórios de Rua (CR), de modo que este texto se torna um relato vivo e dinâmico por tratar-se de uma práxis em um campo de muitas complexidades e paradoxos. Em um período marcado por tantas dificuldades e retrocessos, espera-se, com este artigo, contribuir para o fortalecimento de políticas públicas e promover reflexões sobre indicadores e elementos essenciais na formulação de boas práticas nesse campo; além de destacar a importância do CR como política pública de prevenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e sua interface com o uso de drogas, utilizando a RD como referencial ético, técnico e político e em defesa da cidadania e dos direitos humanos.

Contexto

Recife, capital de Pernambuco, integra a Região Metropolitana com outros 14 municípios; tem uma área de 220 km² e população estimada em 2021 de 1.661.017 habitantes, a nona maior do Brasil⁹. Seus 94 bairros são divididos em 6 regiões político-administrativas, que expressam na sua configuração físico-territorial as diferenças provocadas pelo quadro de desigualdades socioeconômicas que se consolidou ao longo de sua história. Estudo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontou o Recife como a capital brasileira com maior índice de desigualdade em 2019, com cerca de 115 mil pessoas, 7% de sua população, vivendo abaixo da linha de extrema pobreza¹⁰.

No que se refere ao perfil do município quanto ao consumo de álcool e outras drogas, o III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela população brasileira, realizado em 2015 com a população de 12 a 65 anos, estimou para o conjunto das capitais brasileiras prevalências superiores à média nacional. A prevalência de pessoas que consumiram álcool nos últimos 12 meses foi de 47,4%; medicamentos não prescritos, 2,8%; e drogas consideradas ilícitas, 4,8%¹¹.

Quanto à infecção pelo HIV, estudo realizado pela Fiocruz Pernambuco com população que faz uso regular de drogas ilícitas, em especial o crack, estimou prevalência de HIV cerca de 17 vezes a estimativa para a população geral¹², reforçando essa população como grupo prioritário para ações de prevenção e cuidado.

No âmbito do SUS municipal, a estruturação de ações de RD voltadas para a população que faz uso de álcool e outras drogas iniciou com a implantação do CR, a partir de uma carta-convite do MS para municípios que realizavam investimentos no cuidado na área de álcool e outras drogas para a população em diferentes territórios vulneráveis, a partir de recursos do Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (Pead)¹³, de 2009, e do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas (Piec), de 2010¹⁴.

O Programa Mais Vida foi criado em 2004, tendo o CR sido implantado em 2010 como principal estratégia para o cuidado da população em situação de rua no âmbito da Política Municipal de Redução de Danos no consumo de álcool, fumo e outras drogas. O Programa Mais Vida comportava os serviços de atenção à população usuária de álcool e outras drogas – seis Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas (CapsAD), quatro Casas do Meio do Caminho, equipamentos precursores das unidades de acolhimento, e uma unidade de desintoxicação em hospital geral^{15,16}.

O CR contava com seis equipes de redutores de danos, uma para cada distrito sanitário, vinculadas a um CapsAD, e uma equipe itinerante de arte-educadores, que desenvolviam atividades no território, visitando comunidades, dialogando e intervindo por meio de ações de prevenção e de promoção da saúde e da cidadania. O Recife foi o primeiro município brasileiro a instituir, por meio de concurso público, o cargo efetivo de Agente de Redução de Danos (ARD) no âmbito da administração direta, pela Lei Municipal nº 17.400/2007^{16,17}.

Posteriormente, a proposta do CR foi reformulada nacionalmente e, em 2011, foram

instituídas as equipes de Consultório na Rua pela Política Nacional de Atenção Básica do MS, objetivando ampliar o acesso ao cuidado da população em situação de rua e em convergência com os fundamentos e diretrizes da Atenção Básica. Em Recife, mantiveram-se os dois modelos de equipe – o CR e o Consultório na Rua –, com uma articulação com as Equipes de Saúde da Família, direcionando sua intervenção para a população em situação de rua^{18,19}.

Nesta revisão iremos apresentar o CR, que tinha por objetivo principal ampliar o acesso a cuidados em saúde das pessoas que usam drogas em diversas situações e contextos, como a rua e eventos culturais, sendo a prevenção no campo HIV/Aids uma das principais estratégias desenvolvidas. O relato pretende também identificar potencialidades do projeto, com o olhar para suas ações em HIV/Aids, e retrocessos ligados às mudanças nas políticas de saúde mental e de IST/Aids.

A experiência

O projeto CR foi concebido considerando a territorialização do Recife e sua organização em distritos sanitários. Cada equipe era formada por três ARD, cargo que pedia a certificação de nível médio, e um técnico de nível superior, geralmente profissionais da psicologia ou do serviço social. A equipe itinerante de arte-educadores era formada por quatro profissionais e seis oficinairos, também podendo ser de nível médio ou superior, com as seguintes linguagens artísticas: capoeira, teatro, autocuidado e percussão. Para a gestão dessas equipes, o CR contava com uma coordenadora das ações de campo, que atuava no monitoramento das atividades realizadas, três motoristas e uma supervisora clínica, trazendo um diferencial na leitura dos problemas encontrados no campo e um alinhamento para o trabalho em equipe.

Para a construção do processo de trabalho da equipe do CR, incluindo a definição dos territórios e horários prioritários para as intervenções, foram realizadas reuniões com

os gestores da atenção básica, dos CapsAD e com profissionais da rede do Sistema Único de Assistência Social (Suas). Para a estruturação das intervenções a partir das realidades dos territórios, seguiam-se as seguintes etapas: a) mapeamento de serviços e/ou instituições disponíveis à população em áreas definidas para a intervenção do projeto; b) observação e identificação da dinâmica dessas áreas quanto a organizações e lideranças comunitárias, segurança pública, prostituição e tráfico de drogas; c) em articulação com a política de DST/Aids, fornecimento de insumos (preservativos masculino e feminino, gel lubrificante e folhetos informativos sobre prevenção e serviços de DST/Aids) e formação das equipes para o aconselhamento em HIV/Aids; d) realização de abordagens educativas conjuntas com a rede de saúde, tanto direcionadas a casos específicos sinalizados pelos CapsAD, Núcleos de Apoio a Saúde da Família (Nasf) e equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), incluindo visitas domiciliares a pessoas fazendo uso contínuo de drogas, como em eventos culturais, praças ou cenas de uso de drogas; e) encaminhamentos de casos específicos aos serviços da saúde e da assistência social; f) registro em diário de campo das vivências e percepções do território, e elaboração de relatórios periódicos.

É importante ressaltar que as ações do CR se davam tanto em horário diurno como noturno, e que as áreas definidas para as intervenções seguiam critérios de identificação de locais onde havia pessoas em maior situação de vulnerabilidade, em um contexto de uso de substâncias psicoativas ou, ainda, vivendo com HIV/Aids. Nesse sentido, o espaço da rua era um local frequente para as intervenções, devendo ser compreendido como um ambiente privado para quem nele vive. Como ressalta Nery Filho, Valério e Monteiro¹⁶, atividades como higiene pessoal, alimentação, relação sexual e o ato de dormir, consideradas como privadas, são experienciadas no cotidiano da rua, o que evidencia dificuldades no acesso às práticas de prevenção às IST e à gravidez, por exemplo.

A utilização de insumos (garrafas plásticas para troca pelas garrafas de vidro, chaveiros com dicas de RD, lanches ou copos de água mineral, camisinhas etc.) foi ferramenta primordial para a ida ao campo, pois funcionava como um facilitador para a entrada dos ARD nos territórios, bem como para a aproximação e vinculação com grupos, dando um diferencial na abordagem às pessoas que usam drogas. Além de favorecer o acesso a esses insumos, abordavam informações sobre as formas de transmissão do HIV e outras IST, como as hepatites B e C.

Também como facilitador para a entrada no campo, bem como para sua segurança, as equipes do CR utilizavam fardamento próprio (colete e camisas) e carro adesivado. A participação do motorista na equipe também contribuía para entrada e saída das áreas de maior risco de violência, juntamente com a articulação com as lideranças comunitárias antes da entrada da equipe no território para a realização das atividades de campo.

Inicialmente, por meio de observação direta no campo, os ARD faziam o reconhecimento do local onde iriam atuar, a fim de identificar suas características e dinâmicas, e melhor orientar seu processo de trabalho. Identificavam o padrão de consumo de drogas e suas vias de consumo, ou seja, quais drogas estavam presentes e como eram consumidas – de modo injetável, aspiradas, fumadas, bem como se havia compartilhamento de apetrechos para esse consumo. Observavam também se havia associação ou combinação com drogas medicamentosas e se elas eram para o controle da infecção pelo HIV, tuberculose ou ainda para comorbidades psiquiátricas. Verificavam ainda se havia impedimentos e dificuldades para as práticas preventivas. Diante desse conjunto de informações, e com o intuito de atuarem de modo mais eficiente e acolhedor, os ARD, respeitando os saberes, comportamentos e fluxos estabelecidos no território, planejavam o desenvolvimento das estratégias de ação, desde orientações gerais até disponibilização de insumos.

Antes da ida ao campo, as equipes do CR discutiam as estratégias de acesso ao território (pré-campo); e, após as atividades de campo, a equipe fazia uma avaliação das dificuldades encontradas (pós-campo), buscando aprimorar o planejamento das intervenções. Semanalmente, era realizada reunião técnica para discutir as questões administrativas e clínicas, a condução de casos e o cenário político do uso de drogas, com utilização de recursos como: manuais do MS, cartilhas sobre RD e HIV/Aids, artigos científicos e notícias atuais sobre os temas. Assim, na estruturação de suas atividades, trabalhavam-se questões do pré e do pós-campo ao mesmo tempo que funcionavam como processo formativo.

Para qualificação desse processo formativo, foi instituída uma supervisão clínico-institucional para a equipe, que funcionava como espaço de compartilhamento de experiências, de reflexão sobre a prática, examinando situações-problema vivenciadas pelos ARD e pelos arte-educadores. Durante a supervisão, também se trabalhavam a relação interpessoal e as dificuldades vivenciadas no grupo. A reflexão sobre o processo de trabalho e a autoavaliação promoviam mudanças positivas, gerando compromisso e responsabilidade na atuação do ARD com as pessoas que usam drogas e na articulação com outras equipes.

A falta de retaguarda e as dificuldades no trabalho em rede foram temas frequentes na supervisão clínico-institucional e caracterizavam o grande desafio no trabalho territorial, além dos conflitos interpessoais, algumas vezes gerados pela presença de ex-usuários de CapsAD na equipe técnica do CR. O novo olhar para o usuário e os próprios preconceitos e limitações da equipe foram amplamente discutidos. O trabalho da supervisão centrou-se na relação ‘pessoa que usa droga e o profissional’, o processo de encontro entre estes e os demais técnicos da equipe, ou seja, as pessoas e suas subjetividades. Assim, momentos de confiabilidade e esperança foram produzindo relações de vínculo e aceitação²⁰.

Dentre os impactos observados com a atuação das equipes do CR, pode-se destacar significativa ampliação de encaminhamentos para a rede socioassistencial e de saúde, incluindo os próprios CapsAD e a sensibilização para o atendimento aos usuários de drogas de profissionais das redes Suas e SUS, especialmente dos Centros de Referência da Assistência Social, das equipes de Nasf e da ESF, e dos serviços especializados em HIV/Aids e outras IST. Pode-se ainda referir a articulação com lideranças comunitárias e do Orçamento Participativo favorecendo a articulação intersetorial.

Assim, a atuação do CR favoreceu a qualificação da rede de serviços para o cuidado e a atenção aos usuários de drogas e seus familiares, promovendo a linha de cuidado para pessoas que usam crack, com universidades e médicos clínicos e psiquiatras da rede SUS, formando um grupo de trabalho para discutir o atendimento e os consensos sobre as abordagens aos usuários de crack, identificando as possibilidades de atendimentos a partir dos dispositivos do SUS.

As ações foram singularizadas e centradas nas necessidades das pessoas, sendo realizadas no local em que essas se encontravam. Segundo Merhy²⁰, trabalhar em um modelo assistencial centrado no usuário exige compromisso com uma gestão mais coletiva dos processos de trabalho no interior das equipes de saúde. Isso envolve uma equipe multiprofissional e interdisciplinar visando à promoção da saúde, avaliando as mudanças de comportamento em relação ao uso de drogas e as práticas sexuais seguras, os benefícios alcançados e a redução de riscos e danos na vida das pessoas atendidas.

Nesse sentido, os recursos tecnológicos com que conta, são praticamente inesgotáveis, pois fica centrado no trabalho vivo, que, enquanto tecnologia leve, produz um compromisso permanente com a tarefa de 'acolher', 'responsabilizar', 'resolver', 'autonomizar'²⁰⁽⁵⁾.

Potências e aprendizados do Consultório de Rua do Recife

A Secretaria de Saúde foi modificada com a eleição de nova gestão municipal e sofreu reflexos advindos dos desinvestimentos nos níveis federal e estadual, incluindo aspectos de financiamento, concepção de cuidado e descontinuidade das ações²¹. Fatores políticos e ideológicos interferiram para as mudanças nos modelos de atenção às pessoas que usam drogas e às pessoas que vivem com HIV/Aids na cidade do Recife.

É sabido que a formulação e a execução de políticas de cuidado às pessoas que fazem uso de drogas e às pessoas vivendo com HIV/Aids implicam disputas, contradições, significados e interesses profusos nas tomadas de decisão e na produção de discursos, entre os saberes e práticas de intervenção conservadoras ou progressistas^{7,22}.

Sobre políticas de álcool e outras drogas e considerando como um fato histórico e contextualizado, Marques e Couto²³ observaram, em pesquisa desenvolvida no município de São Paulo, que as descontinuidades e rupturas nos programas municipais, desenvolvidos nos momentos de transição de gestão, trouxeram importantes mudanças que interferiram nos sistemas da assistência social e da saúde no município, e, por conseguinte, na implementação das redes e serviços públicos:

[...] refletindo-se em impermanências e alternâncias nas proposições de políticas, nos arranjos e culturas gerenciais e organizacionais, nos modelos de atenção e cuidado, na participação popular nos processos decisórios²³⁽¹⁵⁵⁾.

Acerca das políticas de HIV/Aids⁷, os autores supracitados também pontuam que as conexões simbólicas e práticas são alvos de disputas no campo de gênero, da sexualidade, dos direitos humanos, dos ativismos políticos e do financiamento; e, como tal, apresentam-se

impactadas diretamente pelas dimensões da crise sanitária. Nas palavras desses autores:

[...] diferentes acontecimentos e iniciativas – no campo societário e governamental, dentro e fora do SUS – têm incidido de maneira feroz sobre aspectos centrais ao enfrentamento do HIV/Aids, ampliando as possibilidades de estigmas, preconceitos, medos e violências, colocando em risco a continuidade de ações mundialmente reconhecidas e diminuindo as possibilidades de respostas adequadas ao perfil atual da epidemia no Brasil⁷⁽⁴⁶⁰²⁾.

A criação do CR do Recife, apesar de mostrar o trabalho efetivo dos ARD no SUS – e de representar o fortalecimento da abordagem da RD na atenção às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas e pessoas que vivem com HIV/Aids –, ao mesmo tempo, demonstra a dificuldade de acolhimento das equipes dos serviços com as pessoas em situação de rua, o que interfere em uma certa descontinuidade da proposta. Vale ressaltar que, na pandemia, também houve recuo das ações realizadas pelo CR.

Além disso, havia, igualmente, um tensionamento em receber no serviço pessoas que usavam drogas, mas que não expressavam o desejo de parar de usá-las. Tal questão trouxe para as equipes de saúde mental um grande desafio: a RD. Esse fato, para as equipes que atuavam diretamente com o HIV/Aids, já era uma situação bastante comum. Compreende-se que a transformação da lógica do cuidado na atenção às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas e às pessoas que vivem com HIV/Aids requer constante avaliação dos serviços e das estratégias de intervenção. Desse modo, as ações do CR podem ser consideradas como:

- uma clínica inovadora, de grande potência na abordagem às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas e que vivem com HIV/Aids em situação de rua;

- uma estratégia intersetorial para reduzir os riscos e os danos e ampliar acesso e melhoria da qualidade de vida das pessoas;

- uma diretriz que atua no rompimento da lógica da abstinência como abordagem única para a compreensão da singularidade de cada pessoa.

Assim, consideramos que o CR do Recife apresentou-se, desde o momento de sua implantação, como uma potente estratégia no acesso e na atenção integral às pessoas que usam álcool e outras drogas e que vivem com HIV/Aids, buscando atingir três grandes objetivos, como nos aponta Merhy²⁰ em sua discussão do modelo assistencial e de intervenção: 1) a constante produção de espaços de acolhimento, responsabilização e vínculo com as pessoas que usam drogas; 2) a construção de uma clínica que também produza espaços de relação e intervenções que se dão de modo compartilhado, e no qual há um jogo entre necessidades e modos tecnológicos de agir; e, finalmente, 3) a existência de espaços de trocas de falas e escutas e de cumplicidade e responsabilizações.

Um dos princípios do CR é o respeito dos saberes e fluxos já existentes e estabelecidos na comunidade, para poder instituir as estratégias de ação, orientação e disponibilização de insumos¹⁹. Outro aspecto importante a ser destacado foi a regularidade da presença da equipe no mesmo local e horário da ação, permitindo o estabelecimento de vínculo entre os usuários e profissionais. Para tanto, foi necessário que as equipes do CR fizessem o mapeamento e o levantamento das áreas prioritárias a fim de que a sistemática de ida ao mesmo campo pudesse ser definida. Também a decisão de trabalhar nos horários noturno e diurno, para intervenção no território, foi algo que merece destaque, visto que as cenas de uso em Recife são itinerantes, e até mesmo ‘sazonais’, ou seja, não há ‘cracolândias’ como as observadas em São Paulo e no Rio de Janeiro²⁴. Desse modo, as intervenções precisavam privilegiar a forma como as cenas de uso apareciam no

território, tentando abarcar as necessidades e as diferenças apresentadas.

Uma importante aprendizagem também se deu quanto à necessidade de ida ao território garantindo um mínimo de segurança das equipes. Ao dispensar o aparato policial, era sempre importante um trabalho minucioso de observação do território, fazendo com que as equipes transitassem nos cenários de uso em diferentes horários e dias da semana com o propósito de averiguar aspectos de vulnerabilidades desses contextos. Só após esse mapeamento era feita a escolha dos locais para abordagem.

Considerações finais

Apesar dos desafios, faz-se necessário conhecer e reconhecer esse território como dinâmico, historicamente determinado e, além disso, que, para consolidar um modelo de cuidado pautado nos direitos humanos, o poder público e a sociedade, em geral, precisam investir em processos formativos permanentes, estudos e pesquisas epidemiológicas que demonstrem os resultados alcançados nos diferentes contextos.

A abordagem educativa do CR e o estímulo à adoção de medidas preventivas contribuem para o fortalecimento da prática de RD no SUS como estratégia de saúde pública e para a redução de vulnerabilidades às IST/Aids associadas ao uso de álcool, crack e outras drogas. Compartilhar esta experiência permitiu apresentar reflexões de como a Prefeitura do Recife criou estratégias de intervenção para o cuidado das pessoas na dinâmica da rua a partir da RD, bem como reconhecer a

necessidade de resistir com um projeto que faça diferença na vida das pessoas que usam drogas e que vivem com HIV/Aids.

Agradecimentos

Às pessoas que usam drogas, pessoas que vivem com HIV, viventes de ruas e aos redutores de danos que nos inspiram na luta diária por políticas públicas justas que considerem a natureza do consumo de drogas como algo do humano, que nunca se acabará, e que são pessoas com direitos ao cuidado e atenção.

Colaboradoras

Medeiros PFP (0000-0003-1679-5330)* contribuiu para a concepção, planejamento, interpretação dos dados, redação, revisão e aprovação da versão final do manuscrito. Rameh-de-Albuquerque RC (0000-0002-5273-1476)* contribuiu para a concepção do trabalho; análise de dados; revisão, redação e aprovação final do manuscrito. Almeida RBF (0000-0002-3330-6992)* contribuiu para a concepção, planejamento, interpretação dos dados, redação, revisão e aprovação da versão final do manuscrito. Campos-Boulitreau ARL (0000-0002-9598-2443)* contribuiu para a concepção do trabalho; revisão, redação e aprovação final do manuscrito. Valois-Santos NT (0000-0002-5290-092X)* contribuiu para a redação, revisão e aprovação da versão final do manuscrito. Marques ALM (0000-0002-9314-0904)* contribuiu para a redação, revisão e aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Souza BMB, Vasconcelos CC, Tenório DM, et al. A Política de AIDS no Brasil: uma abordagem histórica. *AIDS Policy in Brazil: a historical approach*. J Manag Prim Heal Care. 2010; 1(1):23-6.
2. Santos VB, Miranda M. Programas de redução de danos no Brasil: uma revisão de literatura. *Rev Psicol Divers e Saúde*. 2016; 5(1):106-18.
3. Mesquita F. Aids e drogas injetáveis. In: Lancetti A, organizador. *Saúde e Loucura 3*. São Paulo: Hucitec; 1991. p. 46-53.
4. Brasil. Ministério da Saúde. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2003.
5. Passos EH, Souza TP. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Psicol Soc*. 2011; 23(1):154-62.
6. Rameh-de-Albuquerque RC. Da pessoa que cai à pessoa que se levanta: a recursividade dos que usam crack. [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2017.
7. Agostini R, Rocha F, Melo E, et al. The Brazilian response to the HIV/AIDS epidemic amidst the crisis. *Ciênc. saúde coletiva* 2019; 24(12):4599-604.
8. Antunes da Costa PH, Mendes KT. Contribuição à Crítica da Economia Política da Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira. *Argumentum*. 2020; 12(2):44-59.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Cidades e Estados. *Cidades e Estados do Brasil: Consulta de área, população e dados básicos dos municípios*. Rio de Janeiro: IBGE; 2022.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais - Uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.
11. Bastos FI, Bertoni N, organizadores. *Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?* Rio de Janeiro; Fiocruz; 2017.
12. Santos NTV, Almeida RBF, Brito AM. Vulnerabilidade de usuários de crack ao HIV e outras doenças transmissíveis: estudo sociocomportamental e de prevalência no estado de Pernambuco. Recife: Fiocruz; 2016.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009. Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União*. 4 Jun 2009.
14. Brasil. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Plano Federal de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas. *Diário Oficial da União*. 20 Maio 2010.
15. Recife. Decreto nº 22.643 de 14 de fevereiro de 2007. Prefeitura do Recife. Institui o Programa Mais Vida, no âmbito da Secretaria de Saúde. *Diário Oficial*. 15 Fev 2007.
16. Nery Filho A, Leite ARV, Monteiro LF. Guia do projeto consultório de rua. Brasília, DF: SENAD; Salvador: CETAD; 2011.
17. Recife. Prefeitura do Recife. Lei Municipal nº 17400 de 28 de dezembro de 2007. Cria cargos efetivos no âmbito da administração direta do município. *Diário Oficial*. 28 Dez 2007.
18. Londero MFP, Ceccim RB, Bilibio LFS. Consultório de/na rua: Desafio para um cuidado em verso na saúde. *Interface Commun Heal Educ*. 2014; 18(49):25160.
19. Brasil. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. *Diário Oficial da União*. 1 Fev 2012.

20. Merhy E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: Cecílio LCO, organizador. Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec; 1994. p. 117-60.
21. Uchôa R, Medeiros PFP, Pergentino PRLM. Programa Mais Vida – Redução de danos no consumo de álcool, fumo e outras drogas: avaliação da implantação no município de Recife no período de 2009-2012. In: Castro Neto AG, organizador. Ensino, pesquisa e extensão na área das drogas: indissociabilidade na produção e na socialização do conhecimento. Recife: UFPE; 2018. p. 113-30.
22. Ronzani TM, Costa PHA. Desafios para a prevenção e tratamento em álcool e outras drogas: quais evidências procuramos? In: Associação Brasileira Multidis-
- ciplinar de Estudos sobre Drogas. Drogas e políticas públicas: educação, saúde coletiva e direitos humanos. Salvador: UFBA; 2015. p. 155-64.
23. Marques ALM, Couto MT. Políticas públicas de cuidado dirigidas a pessoas que usam drogas no município de São Paulo/SP: uma análise desde a perspectiva da interseccionalidade. Cad Bras Saúde Ment. 2021; 13(37):138-160.
24. Bastos FI. Crack in Brazil: A public health emergency. Cad. Saúde Pública. 2012; 28(6):1016-1017.

Recebido em 29/04/2022

Aprovado em 26/09/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Saúde em Debate

Instruções aos autores

ATUALIZADAS EM FEVEREIRO DE 2021

ESCOPO E POLÍTICA EDITORIAL

A revista 'Saúde em Debate', criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) que tem como objetivo divulgar estudos, pesquisas e reflexões que contribuam para o debate no campo da saúde coletiva, em especial os que tratem de temas relacionados com a política, o planejamento, a gestão e a avaliação em saúde. Valorizam-se estudos feitos a partir de diferentes abordagens teórico-metodológicas e com a contribuição de distintos ramos das ciências.

A periodicidade da revista é trimestral, e, a critério dos editores, são publicados números especiais que seguem o mesmo processo de submissão e avaliação dos números regulares.

A 'Saúde em Debate' aceita trabalhos originais e inéditos que aportem contribuições relevantes para o conhecimento científico acumulado na área.

A revista conta com um Conselho Editorial que contribui para a definição de sua política editorial. Seus membros integram o Comitê Editorial e/ou o banco de pareceristas em suas áreas específicas.

Os trabalhos submetidos à revista são de total e exclusiva responsabilidade dos autores e não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente.

Em caso de aprovação e publicação do trabalho no periódico, os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade da revista, que adota a Licença Creative Commons CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) e a política de acesso aberto, portanto, os textos estão disponíveis para que qualquer pessoa leia, baixe, copie, imprima, compartilhe, reutilize e distribua, com a devida citação da fonte e autoria. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

A 'Saúde em Debate' aceita artigos em *preprints* de bases de dados nacionais e internacionais reconhecidas academicamente como o SciELO *preprints* (<https://preprints.scielo.org>). Não é obrigatória a submissão do artigo em *preprint* e isso não impede a submissão concomitante à revista 'Saúde em Debate'.

A revista adota as 'Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas' - International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), 'Princípios de

Transparência e Boas Práticas em Publicações Acadêmicas' recomendadas pelo Committee on Publication Ethics (Cope): www.publicationethics.org. Essas recomendações, relativas à integridade e padrões éticos na condução e no relatório de pesquisas, estão disponíveis na URL http://www.icmje.org/urm_main.html. A versão para o português foi publicada na Rev Port Clin Geral 1997, 14:159-174. A 'Saúde em Debate' segue o 'Guia de Boas Práticas para o Fortalecimento da Ética na Publicação Científica' do SciELO: <https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Guia-de-Boas-Praticas-para-o-Fortalecimento-da-Etica-na-Publicacao-Cientifica.pdf>. Recomenda-se a leitura pelos autores.

A 'Saúde em Debate' não cobra taxas dos autores para a submissão ou para a publicação de trabalhos, mas, caso o artigo seja aprovado para editoração, fica sob a responsabilidade dos autores a revisão de línguas (obrigatória) e a tradução do artigo para a língua inglesa (opcional), com base em uma lista de revisores e tradutores indicados pela revista.

Antes de serem enviados para avaliação pelos pares, os artigos submetidos à revista 'Saúde em Debate' passam por *softwares* detectores de plágio. Assim, é possível que os autores sejam questionados sobre informações identificadas pela ferramenta para que garantam a originalidade dos manuscritos, referenciando todas as fontes de pesquisa utilizadas. O plágio é um comportamento editorial inaceitável, dessa forma, caso seja comprovada sua existência, os autores envolvidos não poderão submeter novos artigos para a revista.

NOTA: A produção editorial do Cebes é resultado de apoios institucionais e individuais. A sua colaboração para que a revista 'Saúde em Debate' continue sendo um espaço democrático de divulgação de conhecimentos críticos no campo da saúde se dará por meio da associação dos autores ao Cebes. Para se associar, entre no site <http://www.cebes.org.br>.

ORIENTAÇÕES PARA A PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DOS TRABALHOS

Os trabalhos devem ser submetidos pelo site: www.saudeemdebate.org.br. Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão criará seu *login* e senha, para o acompanhamento do trâmite.

Modalidades de textos aceitos para publicação

1. Artigo original: resultado de investigação empírica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter no máximo 6.000 palavras.

2. Ensaio: análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e/ou internacional. O texto deve conter no máximo 7.000 palavras.

3. Revisão sistemática ou integrativa: revisões críticas da literatura sobre tema atual da saúde. A revisão sistemática sintetiza rigorosamente pesquisas relacionadas com uma questão. A integrativa fornece informações mais amplas sobre o assunto. O texto deve conter no máximo 8.000 palavras.

4. Artigo de opinião: exclusivo para autores convidados pelo Comitê Editorial, com tamanho máximo de 7.000 palavras. Neste formato, não são exigidos resumo e *abstract*.

5. Relato de experiência: descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com até 5.000 palavras que 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 2023-2024)

NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2023-2024)

Presidente:	Carlos Fidelis da Ponte
Vice-Presidente:	Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
Diretora Administrativa:	Ana Tereza da Silva Pereira Camargo
Diretora de Política Editorial:	Maria Lucia Frizon Rizzotto
Diretores Executivos:	Ana Maria Costa
	Lívia Milena Barbosa de Deus e Mello
	Jamilli Silva Santos
	Matheus Zuliane Falcão
	André Luiz da Silva Lima

CONSELHO FISCAL | FISCAL COUNCIL

Claudia Maria de Rezende Travassos (Presidente)

Victória Souza Lima Araújo do Espírito Santo

Iris da Conceição

Suplentes | *Substitutes*

José Leonídio Madureira de Sousa Santos

Maura Vanessa Silva Sobreira

Maria Lúcia Freitas Santos

CONSELHO CONSULTIVO | ADVISORY COUNCIL

Amanda Cavalcante Frota
Carla Daniele Straub
Claudimar Amaro de Andrade Rodrigues
Dimitri Taurino Guedes
Heleno Rodrigues Corrêa Filho
Itamar Lages
José Carvalho de Noronha
José Ruben de Alcântara Bonfim
Lizaldo Andrade Maia
Lucia Regina Florentino Souto
Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos
Maria Edna Bezerra da Silva
Maria Eneida de Almeida
Ronaldo Teodoro dos Santos
Sergio Rossi Ribeiro

SECRETÁRIO EXECUTIVO | EXECUTIVE SECRETARY

Carlos dos Santos Silva

SETOR FINANCEIRO | FINANCIAL SECTOR

Marco Aurélio Ferreira Pinto

EQUIPE DE COMUNICAÇÃO | COMMUNICATION TEAM

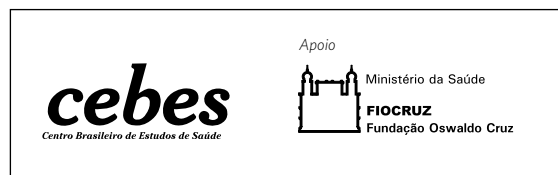
Xico Teixeira
Francisco Barbosa

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Avenida Brasil, 4036 – sala 802 – Manguinhos
21040-361 – Rio de Janeiro – RJ – Brasil
Tel.: (21) 3882-9140 | 3882-9141 Fax.: (21) 2260-3782

Site: www.cebes.org.br • www.saudeemdebate.org.br
E-mail: cebes@cebes.org.br • revista@saudeemdebate.org.br

A revista Saúde em Debate é
associada à Associação Brasileira
de Editores Científicos



Saúde em Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes – n.1 (1976) – São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes, 2023.

v. 47. n. 136; 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