



saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 48, NÚMERO 141
RIO DE JANEIRO, ABR-JUN 2024
ISSN 2358-2898

SAÚDE EM DEBATE

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

EDITORA-CHEFE | EDITOR-IN-CHIEF

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

EDITORES ASSOCIADOS | ASSOCIATE EDITORS

Ana Maria Costa - Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília (DF), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-1931-3969> - dottorana@gmail.com
Elda Coelho de Azevedo Bussinguer - Faculdade de Direito de Vitória, Vitória (ES), Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-4303-4211> - elda.cab@gmail.com
Eli Iola Gurgel Andrade - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0206-2462> - iola@medicina.ufmg.br
Fátima Sueli Neto Ribeiro - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8201-4806> - fatsuerj@gmail.com
Gicelle Galvan Machineski - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel (PR), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8084-921X> - gmachineski@gmail.com
Ingrid D'avilla Freire Pereira - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-2042-2871> - ingriddavilla@gmail.com
Jamilli Silva Santos - Universidade Federal da Bahia, Salvador (BA), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-8965-0904> - jamilli.santos@ufba.br
Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato - Universidade Federal Fluminense, Niterói (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-2646-9523> - lenauralobato@uol.com.br
Mario Parada - Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile. <https://orcid.org/0000-0003-2526-5972> - mapale.2008@gmail.com
Maura Vanessa Silva Sobreira - Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Caicó (RN), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6804-4198> - maurasobreira@ufrn.br
Raquel Abrantes Pego - Aposentada, Belo Horizonte (MG), Brasil. <https://orcid.org/0009-0005-6111-257X> - rabra.peg@gmail.com
Ronaldo Teodoro - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0125-7700> - ronaldosann@gmail.com

CONSELHO EDITORIAL | PUBLISHING COUNCIL

Ademar Arthur Chioro dos Reis - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-7184-2342> - arthur.chioro@unifesp.br
Alicia Stolkner - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0000-0001-9372-7556> - astolkner@gmail.com
Ana Maria Costa - Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília (DF), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-1931-3969> - dottorana@gmail.com
Angel Martinez Hernaiz - Universitat Rovira I Virgili, Tarragona, España. <https://orcid.org/0000-0002-5122-7075> - angel.martinez@urv.cat
Breno Augusto Souto Maior Fontes - Universidade Federal de Pernambuco, Recife (PE), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-7285-9012> - brenofontes@gmail.com
Carlos Botazzo - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8646-1769> - cbotazzo@hotmail.com
Cornelis Johannes van Stralen - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-0921-098X> - stralen@medicina.ufmg.br
Debora Diniz - Universidade de Brasília, Brasília (DF), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6987-2569> - d.diniz@anis.org.br
Eduardo Luis Menéndez Spina - Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Mexico (DF), Mexico. <https://orcid.org/0000-0003-1483-0390> - emenendez1@yahoo.com.mx
Eduardo Maia Freese de Carvalho - Fundação Oswaldo Cruz, Recife (PE), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8995-6089> - freese@cpqam.fiocruz.br
Elda Coelho de Azevedo Bussinguer - Faculdade de Direito de Vitória, Vitória (ES), Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-4303-4211> - elda.cab@gmail.com
Eli Iola Gurgel Andrade - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0206-2462> - iola@medicina.ufmg.br
Elias Kondilis - Queen Mary University of London, London, England. <https://orcid.org/0000-0001-9592-2830> - kondilis@qmul.ac.uk
Fátima Sueli Neto Ribeiro - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8201-4806> - fatsuerj@gmail.com
Gicelle Galvan Machineski - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel (PR), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8084-921X> - gmachineski@gmail.com
Helena Rodrigues Corrêa Filho - Universidade de Brasília, Brasília (DF), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-8056-8824> - helenocorreia@uol.com.br
Hugo Spinelli - Universidad Nacional de Lanús, Lanús, Argentina. <https://orcid.org/0000-0001-5021-6377> - hugospinelli09@gmail.com
Ingrid D'avilla Freire Pereira - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-2042-2871> - ingriddavilla@gmail.com
Jairnilson Silva Paim - Universidade Federal da Bahia, Salvador (BA), Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-0783-262X> - jairnil@ufba.br
Jamilli Silva Santos - Universidade Federal da Bahia, Salvador (BA), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-8965-0904> - jamilli.santos@ufba.br
Jean Pierre Unger - Institut de Médecine Tropicale, Anvers, Belgique. <https://orcid.org/0000-0001-5152-6545> - contact@jeanpierreunger.com
José Carlos Braga - Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-1961-557X> - bragajcs@uol.com.br

Jose da Rocha Carvalho - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-3745-4802> - jrcaival@fiocruz.br
Kenneth Rochel de Camargo Jr - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-3606-5853> - kenneth@uerj.br
Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato - Universidade Federal Fluminense, Niterói (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-2646-9523> - lenauralobato@uol.com.br
Ligia Giovanna - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-6522-545X> - ligiogiovanna@gmail.com
Luiz Augusto Facchini - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas (RS), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-5746-5170> - luizfacchini@gmail.com
Luiz Odorico Monteiro de Andrade - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-3335-0619> - odorico@saude.gov.br
Maria Salette Bessa Jorge - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6461-3015> - maria.salette.jorge@gmail.com
Mario Esteban Hernández Álvarez - Universidad Nacional de Colombia, Bogota, Colombia. <https://orcid.org/0000-0002-3996-7337> - mariohernandez62@gmail.com
Mario Parada - Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile. <https://orcid.org/0000-0003-2526-5972> - mapale.2008@gmail.com
Mario Teodoro Rovere - Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Argentina. <https://orcid.org/0000-0002-6413-2120> - roveremario@gmail.com
Maura Vanessa Silva Sobreira - Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Caicó (RN), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6804-4198> - maurasobreira@ufrn.br
Paulo Duarte de Carvalho Amarante - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6778-2834> - pauloamarante@gmail.com
Paulo Marchiori Buss - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-9944-9195> - paulo.buss@fiocruz.br
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira - Universidade Federal do Pará, Belém (PA), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-1969-380X> - pttarso@gmail.com
Raquel Abrantes Pego - Aposentada, Belo Horizonte (MG), Brasil. <https://orcid.org/0009-0005-6111-257X> - rabra.peg@gmail.com
Ronaldo Teodoro - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0125-7700> - ronaldosann@gmail.com
Rubens de Camargo Ferreira Adorno - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8772-3222> - radorno@usp.br
Sonia Maria Fleury Teixeira - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-7678-7642> - profsoniafleury@gmail.com
Sulamis Dain - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-4118-3443> - sulamis@uol.com.br
Walter Ferreira de Oliveira - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-1808-0681> - wfolive@terra.com.br

EDITORA EXECUTIVA | EXECUTIVE EDITOR

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

EDITORA ASSISTENTE | ASSISTANT EDITOR

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

DIAGRAMAÇÃO E EDITORAÇÃO ELETRÔNICA | LAYOUT AND DESKTOP PUBLISHING

Rita Loureiro. <http://www.apoioacultura.com.br> - rita.loureiro@apoioacultura.arq.br

DESIGN DE CAPA | COVER DESIGN

Alex I. Peirano Chacon

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

Ana Lafaiete (inglês/english)
Ana Luísa Moreira Nicolino (inglês/english)
André Luiz Frizon Faust (português e inglês/portuguese and english)
Annabella Blyth (inglês/english)
Carina Munhoz (normalização/normalization)
Carla de Paula (português/portuguese)
Carlos Eduardo Chiba - Tikinet Edição Ltda. (inglês/english)
Eloiza de Oliveira Frederico (inglês/english)
Jean Pierre Barakat (inglês/english)
Lenise Saraiva de Vasconcelos Costa (português e inglês/portuguese and english)
Lígia Girão (inglês/english)
Paula Santos Diniz (inglês/english)
Peter John Lenny (inglês/english)
Todd Irwin Marshall (inglês/english)
Wanderson Ferreira da Silva (normalização, português e inglês/normalization, portuguese and english)

saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 48, NÚMERO 141
RIO DE JANEIRO, ABR-JUN 2024

ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

ISSN 2358-2898

EDITORIAL | EDITORIAL

Crise climática e os novos desafios para os sistemas de saúde: o caso das enchentes no Rio Grande do Sul/Brasil

Climate crisis and new challenges for health systems: the case of floods in Rio Grande do Sul/Brazil

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

ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

Afetividade pessoa-ambiente nas hortas comunitárias: promoção da saúde e da sustentabilidade

People-environmental affectiveness in community gardens: health and sustainability promotion

Eduardo Chierrito-Arruda, Gabriela Costa Alves, Catherine Menegaldi Silva, Bárbara Peixoto de Araujo, Rute Grossi-Milani

Ambiente alimentar em um território de vulnerabilidade social em Piraquara-PR

Food environment in a socially vulnerable territory in Piraquara-PR

Leticia Soares Amancio, Luiza Buzatto Schemiko, Anabelle Retondario

Environmental and occupational exposure to pesticides according to sociodemographic factors that affect cancer patients in Mato Grosso, Brazil

Exposição ambiental e ocupacional a agrotóxicos segundo fatores sociodemográficos em pacientes com câncer em Mato Grosso, Brasil

Mariana Rosa Soares, Marcia Leopoldina Montanari Corrêa, Amanda Cristina de Souza Andrade, Maelison Silva Neves, Haya Del Bel, Noemi Dreyer Galvão, Pablo Cardozo Rocon

O combate à fome na pandemia de covid-19: arranjos de cuidado em saúde mental em uma periferia paulistana

The battle against hunger during the COVID-19 pandemic: mental health arrangements in a favela at São Paulo

Amanda Seraphico Carvalho Pereira da Silva, Lumena Almeida Castro Furtado, Valéria Monteiro Mendes, Arthur Chioro

Condições de trabalho e saúde de profissionais da linha de frente na pandemia de covid-19

Working conditions and health of frontline professionals in the COVID-19 pandemic

Laura Izabel do Nascimento Alves, Gisela Rocha de Siqueira, Gabriela da Silva Santos, Aenoan Rayane de Souza Soares, Ana Izabel Godoy Souza, Diego de Sousa Dantas, Angélica da Silva Tenório

Uso de agrotóxicos em canaviais de Pernambuco e danos à saúde do trabalhador

Use of pesticides in Pernambuco sugarcane fields and damage to workers' health

Renata Cordeiro Domingues, Aline do Monte Gurgel, Romário Correia dos Santos, Fernanda Lowenstein Monteiro de Araújo Lima, Carla Caroline Silva dos Santos, Mariana Olívia Santana dos Santos, Idê Gomes Dantas Gurgel

A Frente pela Vida e a atualização do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira

The Front for Life and updating the Brazilian Health Sector Reform Movement

Sonia Fleury, Ana Ester Maria Melo Moreira, Munyra Barreto, Jamilli Silva Santos

Cuidados Paliativos em hospital oncológico de referência: atenção primária, diagnóstico tardio e mistanásia

Palliative Care in a referral oncology hospital: Primary Health Care, late diagnoses and mysthanasia

Thiago Rocha da Cunha, Madalena de Faria Sampaio, Carla Corradi-Perini, José Eduardo de Siqueira, Ursula Bueno do Prado Guirro

Insegurança alimentar e nutricional e os comportamentos de risco e proteção para saúde em adolescentes durante a pandemia de covid-19

Food and nutritional insecurity and health risk behaviors in adolescents during the COVID-19 pandemic

Crizian Saar Gomes, Alanna Gomes da Silva, Marilisa Berti de Azevedo Barros, Célia Landmann Szwarcwald, Deborah Carvalho Malta

Prescrição de benzodiazepínicos em Unidades Básicas de Saúde em uma comunidade com alta vulnerabilidade social

Prescription of benzodiazepines in Health Centers in a community with high social vulnerability

André Luiz Bigal, Solange Aparecida Nappo

O trabalho das equipes de saúde bucal na pandemia da covid-19 segundo gestores de saúde

The work of oral health teams in the COVID-19 pandemic according to health managers

Juliane Fagundes, Liliane Elze Falcão Lins Kusterer, Marcela Beatriz Aguiar Moreira, Adeilda Ananias de Lima, Julie Eloy Kruschewsky, Erica Lima Costa de Menezes, Fernando Martins Carvalho

Programa Atenas: serviço pioneiro de atenção extra hospitalar ao aborto no primeiro trimestre por telemedicina

Atenas Program: Pioneer Brazilian service of outpatient care by telemedicine for women with miscarriage or incomplete abortion

Ana Gabriela Lima Bispo de Victa, Cecilia McCallum, Greice Menezes

Validação transcultural da ImpRes-Tool-BR: uma ferramenta para desenvolvimento de projetos e pesquisas de implementação

Cross-cultural validation of ImpRes-Tool-BR: a tool for project development and implementation research

Carlos Alberto dos Santos Treichel, Leidy Janeth Erazo Chavez, Nikolaos Sevdalis, Ioannis Bakolis, Louise Mary Hull, Rosana Teresa Onocko Campos

Itinerários terapêuticos de pessoas hospitalizadas por covid-19 no SUS: um estudo quantitativo no Distrito Federal

Therapeutic itineraries of people hospitalized for COVID-19 in the SUS: quantitative and qualitative study in the Federal District

Samira Virginia de França, Ana Carolina Esteves da Silva Pereira, Luciana Guerra Gallo, Éverton Luís Pereira

O perfil dos egressos de um mestrado profissional: uma contribuição para o entendimento da relação formação-trabalho no SUS

Profile of graduates of a Professional Master's Degree: a contribution to understanding the training-work relationship in the SUS

Ana Paula do Nascimento, Eduarda Ângela Pessoa Cesse, Ana Cláudia Figueiró

Planejamento no SUS: a agenda das Práticas Corporais e Atividades Físicas de 2004 a 2023

Planning at the SUS: the agenda of Body Practices and Physical Activities from 2004 to 2023

Leonardo Araújo Vieira, Fabio Fortunato Brasil de Carvalho

Questionário Pالمore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice: atualização e validação de conteúdo

Pالمore-Neri-Cachioni Questionnaire on Basic Knowledge about Old Age: Update and content validation

Mayra Marcela Ribeiro Simião, Tábatta Renata Pereira de Brito, Helen Hermana Miranda Hermsdorff, Meire Cachioni, Fernanda de Carvalho Vidigal

Ensino na Residência em Área Profissional da Saúde no Brasil: análise documental

Teaching in Residency in the Professional Health Area in Brazil: documental analysis

Ana Carolina de Oliveira Paiva, Kênia Lara da Silva

'Uma parte de mim sabia que isso aconteceria um dia': vivências de jovens com HIV/aids

'A part of me knew this would happen one day': experiences of young people with HIV/AIDS

Beatriz Sousa da Fonseca, Thamires Fernandes Cardoso da Silva Rodrigues, Guilherme Malaquias Silva, Rosângela Aparecida Pimenta, Marcelo da Silva, Marcela Demitto Furtado, Maria de Fátima Garcia Lopes Merino

Financiamento da saúde mental pública: estudo do caso do Rio de Janeiro (2019 a 2022)

Financing public mental health: a case study of Rio de Janeiro (2019 to 2022)

Karen Athié, Paulo Amarante

Associação entre avaliação elevada da Atenção Primária à Saúde, estado de saúde e uso dos serviços de saúde no Brasil

Association between high assessment of Primary Health Care and health state and use of health services in Brazil

Fernanda Cunha de Carvalho, Crizian Saar Gomes, Regina Tomie Ivata Bernal, Hêider Aurélio Pinto, Cimar Azeredo Pereira, Deborah Carvalho Malta

Ansiedade e depressão em trabalhadores de saúde de UTI Covid-19 em um hospital de referência

Anxiety and depression in health workers in a COVID-19 ICU in a reference hospital

Bruno Ishigami, Aline do Monte Gurgel, Jennifer Maiara da Silva Barros, Kátia Rejane de Medeiros, Idê Gomes Dantas Gurgel, Wayner Vieira de Souza

Os Determinantes Sociais da Saúde no planejamento da testagem à covid-19 no Amazonas, Brasil

The Social Determinants of Health in the planning of COVID-19 testing in Amazonas, Brazil

Raylson Nóbrega, Stéphanie Medeiros, Kate Zinszer, Lara Gautier, Valéry Ridde, Sydia Oliveira

REVISÃO | REVIEW

Evangélicos, 'agenda neoconservadora' e política de saúde das mulheres: uma revisão narrativa (2016-2021)

Evangelicals, 'neoconservative agenda' and women's health policy: a narrative review (2016-2021)

Ana Ester Maria Melo Moreira, Carmen Fontes Teixeira

Crise climática e os novos desafios para os sistemas de saúde: o caso das enchentes no Rio Grande do Sul/Brasil

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

DOI: 10.1590/2358-28982024141EDP

OS EFEITOS DAS MUDANÇAS CLIMÁTICAS NO PLANETA, previstos pelos cientistas para as próximas décadas, anteciparam-se. Nos primeiros meses de 2024, ocorreram enchentes em países da África (Quênia) e da Ásia (Indonésia, Afeganistão), deixando centenas de mortos e milhares de desabrigados. Em maio, no Brasil, as chuvas causaram a maior tragédia da história do estado do Rio Grande do Sul e uma das maiores do País.

O estado possui uma população de 10.880 milhões de habitantes que residem em 497 municípios, dos quais 90,9% (452) foram atingidos pelas enchentes, muitos deles completamente destruídos. A tragédia, além dos danos materiais incalculáveis (destruição de casas, comércio, plantações, estradas, aeroporto, infraestrutura em todas as áreas), causou, até o dia 25 de maio, a morte de 169 pessoas, e 61 seguem desaparecidas. Cerca de 2,1 milhões de pessoas foram afetadas, 650 mil foram desalojadas e 71.500 estão desabrigadas (acolhidas em abrigos públicos). Além disso, centenas delas não poderão mais voltar para suas casas por estas terem sido levadas pela enchente e por estarem em áreas de risco, sendo impossível reconstruí-las no mesmo lugar¹. Na área da saúde, mais de 3 mil estabelecimentos de saúde foram atingidos².

A ação dos governos estadual e municipais teve o apoio humano e financeiro imediato do governo federal, que enviou mais de 20 mil profissionais dos diferentes ministérios para auxiliar na reconstrução do estado e destinou mais de R\$ 51 bilhões em diferentes programas, direcionados aos setores produtivos e às famílias atingidas, buscando mitigar o sofrimento de quem tudo perdeu³.

A solidariedade, demonstrada de norte a sul do País, envolveu os mais diversos setores da sociedade, artistas, *influencers*, Organizações Não Governamentais (ONG), movimentos sociais, setores da economia e mídia, com doações e atuação direta na defesa civil, que se revelaram fundamentais nos primeiros dias da tragédia, cujo objetivo era salvar vidas, por meio do resgate das pessoas e animais ilhados, busca de desaparecidos e acolhimento dos desabrigados. No entanto, essa solidariedade – necessária e fundamental – não substitui o papel do Estado como neoliberais, defensores do Estado mínimo, tentaram fazer crer. Sem investimentos públicos, não há como recuperar a infraestrutura destruída (estradas, pontes, aeroportos, escolas, serviços de saúde etc.) nem estimular a recuperação do setor produtivo (comércio, indústria, agricultura e outros), tampouco garantir a transferência de recursos financeiros às famílias.

A tragédia desvelou o descaso das administrações do estado do Rio Grande do Sul, da capital Porto Alegre e de vários municípios, que adotaram políticas de estrangulamento do setor público e privatização de áreas de interesse público. Várias recomendações de medidas de

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



prevenção haviam sido anunciadas por técnicos das áreas afins, mas pouco ou nada foi feito. O exemplo mais evidente foi o alerta, feito ainda em 2018, e agora tornado público, de que o sistema de bombeamento da cidade de Porto Alegre requeria manutenção urgente, sem a qual poderia falhar em uma provável enchente – foi exatamente o que aconteceu. Também falhou o sistema de comportas, que tinha visíveis fragilidades de manutenção. O prefeito da cidade desprezou todos os avisos dos servidores municipais. Diante disso, o jornalista Leandro Demori chamou a capital Porto Alegre de “a cidade *case* do estado mínimo”⁴. O governador do estado, Eduardo Leite, também conhecido defensor do estado mínimo, quando cobrado sobre os avisos repetidamente anunciados sobre as fortes chuvas que viriam, manifestou que não investiu em prevenção porque o estado tinha “*outras agendas*”.

De fato, as agendas eram outras. Foram mais de 489 medidas tomadas pelo governo do estado do Rio Grande do Sul, a partir de 2019, primeiro ano de mandato do atual governador Eduardo Leite, que causaram o desmonte da legislação ambiental, como a flexibilização de regras ambientais para a construção de barragens para irrigação em Áreas de Preservação Permanente (APP)⁵ e, mais recentemente, o não investimento em infraestrutura para proteção de encostas e na recuperação do sistema de proteção contra enchentes de Porto Alegre (capital do estado), que, na enchente de setembro de 2023, já havia mostrado a necessidade de recuperação e que agora “*falhou miseravelmente*”, lamenta Walter Collischonn, professor de engenharia ambiental e engenharia hídrica na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)⁶.

O negacionismo climático desconsidera os alertas dos cientistas e repete a narrativa de que eventos extremos acontecem de tempos em tempos, sendo, portanto, um acontecimento natural. Ademais, não admitem que tais eventos estão acontecendo com muito mais frequência e em uma intensidade muito maior, consequência do aquecimento global, causado pela ação humana. O próprio Rio Grande do Sul sofreu duas enchentes no prazo de menos de um ano: uma em setembro de 2023, que deixou 47 mortos e dezenas de desabrigados, e a atual, além de alertas para outras em curto espaço de tempo.

O enfrentamento das mudanças climáticas implica, além da redução do desmatamento, da emissão de dióxido de carbônico, com redução do uso de combustíveis fósseis, mineração etc., repensar o processo de urbanização e de proteção das populações, especialmente as mais vulneráveis, sejam urbanas ou rurais.

Paralelamente à demonstração de solidariedade da população, muitos utilizaram a tragédia para autopromoção ou disputa política, utilizando-se de *fake news* que atrapalharam o trabalho de resgate e mesmo de doações, o que mostra que a regulação das redes sociais é tema urgente.

Os sistemas de saúde e as mudanças climáticas

Muito se analisou sobre as demandas dos sistemas de saúde na pandemia da covid-19, a importância de sistemas universais, a capacidade de resiliência e a preparação para pandemias futuras, mas pouco sabemos sobre as demandas de saúde em casos de tragédias ambientais.

A devastação causada pelas enchentes tem evidente impacto à saúde mental dos mais de 160 mil desalojados, pois as chuvas afetam de modo imediato as pessoas que perderam entes queridos, suas casas, seus modos de vida e seu sustento. Nessas situações, há o risco de elevação de casos de violência doméstica e do consumo de álcool e outras substâncias. O sofrimento mental, aliado às doenças respiratórias facilitadas pelos abrigos coletivos, é a primeira preocupação em termos de saúde. No momento que as águas começam a baixar,

deixando rastros de esgoto, putrefação e lama nas cidades, surgem, diariamente, novos casos de leptospirose (um mês depois do início da enchente, já temos 7 mortes, 141 casos confirmados e mais de mil em investigação), aumento de doenças diarreicas agudas, doenças parasitárias, tétano, dengue, hepatite A e picadura de animais peçonhentos, que se somam aos problemas relacionados com saúde mental, doenças respiratórias e doenças crônicas da população atingida.

A complexidade da situação de saúde e os fatores que a determinam mobilizam diversos setores nas respostas e urgências que vão da garantia à segurança alimentar drasticamente alterada pela tragédia, à segurança de meninas e mulheres expostas ao risco da violência sexual. Já houve denúncia de violência sexual cometida contra mulheres e meninas em abrigos, indicando que as estratégias de enfrentamento de crises climáticas exigem cuidar de aspectos associados às relações e vulnerabilidade de gênero, requerendo planos e estratégias específicas⁷. Estima-se que dois terços das unidades de Atenção Básica estejam comprometidas e que muitos dos profissionais de saúde que atuam nos serviços de saúde (incluindo farmácias e laboratórios) tiveram familiares e residências afetadas. Com suas unidades hospitalares e de atenção primária debaixo d'água, o Sistema Único de Saúde (SUS) deslocou a atenção primária para os abrigos coletivos e criou hospitais de campanha para operar como retaguarda assistencial. Para isso, contou com as equipes da Força Nacional do SUS e das Forças Militares, além do voluntariado que nacionalmente se mobilizou para atuação remota em apoio aos gaúchos. Esse cenário demanda urgência em restabelecer as capacidades do SUS em responder aos conhecidos e aos novos problemas e necessidades de saúde da população.

A emergência cria um caos de gestão no sistema que deve ser enfrentado por planos de contingência específicos para cada um dos eventos. Simultaneamente, é fundamental que estados e municípios desenvolvam planos de gestão de riscos de desastres, envolvendo os diferentes setores e atores da sociedade – e não apenas sobre medidas de preparação e respostas aos desastres, mas também de prevenção de riscos futuros à mitigação dos riscos existentes, além de políticas de reabilitação e reconstrução baseadas no princípio do Marco de Sendai de reconstruir de modo melhor e mais seguro^{7,8}.

Reconstruir é preciso! Mas em que bases? O consenso razoável é o de reavaliar os cenários e redimensionar os riscos já que a tendência é a recomposição da minimização do risco após a fase da comoção com a tragédia. Isso vale não apenas para as habitações, mas também para os equipamentos públicos que, se reconstruídos nos mesmos locais, continuam a submeter as populações a viverem nas mesmas condições de vulnerabilidade que já estavam antes. Nesse contexto, urge passar das políticas e ações reativas aos desastres para políticas e estratégias prospectivas e preventivas.

A Constituição brasileira prevê o direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado como bem de uso comum do povo e essencial “à qualidade de vida, tendo o poder público e a coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para as presentes e futuras gerações”⁹. Por outro lado, ela também prevê que o direito à saúde deve garantir “políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”⁹, o que é qualificado no conceito ampliado de saúde da Lei nº 8.080, que regulamenta o SUS, em que

[...] a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País¹⁰.

Essas diretrizes, estabelecidas há quase quatro décadas, são mais atuais do que nunca, e cabe à sociedade cobrá-las de seus gestores, pela segurança e bem-estar de todos.

Toda solidariedade ao povo gaúcho!

Colaboradoras

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

Referências

1. Rio Grande do Sul. Coordenadoria Estadual de Defesa Civil, Defesa Civil do Rio Grande do Sul. Avisos e Alertas em vigor. Porto Alegre: CEDEF; 2024. [acesso em 2024 maio 26]. Disponível em: <https://defesacivil.rs.gov.br/inicial>.
2. G1 RS, RBS TV, TV Globo. Cheias no RS afetaram mais de 3 mil estabelecimentos de saúde, afirma Fiocruz. G1. 2024 maio 22. [acesso em 2024 maio 26]. Disponível em: <https://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2024/05/22/cheias-no-rs-afetaram-mais-de-3-mil-estabelecimentos-de-saude-afirma-fiocruz.ghtml>.
3. Brasil. Secretaria de Comunicação Social. Mais de 20 mil profissionais ligados ao Governo Federal atuam diretamente no auxílio ao Rio Grande do Sul. Gov.br. 2024 maio 12. [acesso em 2024 maio 26]. Disponível em: <https://www.gov.br/secom/pt-br/assuntos/noticias/2024/05/mais-de-20-mil-profissionais-ligados-ao-governo-federal-atuam-diretamente-no-auxilio-ao-rio-grande-do-sul>.
4. Demori L. Resumão do Demori #22: POA é “case” global. A Grande Guerra. 2024 maio 25. [acesso em 2024 maio 26]. Disponível em: <https://www.agrandeguerra.com.br/p/resumao-demori-22-porto-alegre-case-global>.
5. Sindicato dos Trabalhadores do Judiciário Federal; Ministério Público da União. Mais de 400 normas ambientais foram mudadas pelo governo do RS em 2019; medidas acompanharam política de Sales, ministro da “passagem da boiada”. Sintajufe RS. 2024 maio 10. [acesso em 2024 maio 26]. Disponível em: <https://sintrajufe.org.br/mais-de-400-normas-ambientais-no-rs-foram-mudadas-pelo-governo-do-rs-em-2019-medidas-acompanharam-politica-de-sales-ministro-da-passagem-da-boiada/>.
6. Pontes N. Por que sistema contra cheias não funcionou em Porto Alegre. G1. 2024 maio 18. [acesso em 2024 maio 26]. Disponível em: <https://g1.globo.com/meio-ambiente/noticia/2024/05/18/por-que-sistema-contra-cheias-nao-funcionou-em-porto-alegre.ghtml>.
7. Maçulo L. Enchentes no Rio Grande do Sul e os desafios para a Saúde Pública: crise, insegurança alimentar e violência. Abrasco. 2024 maio 13. [acesso em 2024 maio 26]. Disponível em: <https://abrasco.org.br/enchentes-no-rio-grande-do-sul-desafios-para-a-saude-publica-em-meio-a-catastrofe/>.
8. Silva RF, Siqueira AM, Silveira LTC, et al. A redução de risco de desastres, a agenda dos Objetivos Sustentáveis e os princípios do SUS, no contexto da pandemia de COVID-19. Ciênc. saúde coletiva. 2023 [aces-

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- so em 2024 maio 26]; 28(6):1777-1788. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023286.11272022>.
9. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988. [acesso em 2024 maio 26]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.
 10. 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. 20 Set 1990. [acesso em 2024 maio 26]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm.

Climate crisis and new challenges for health systems: the case of floods in Rio Grande do Sul/Brazil

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

DOI: 10.1590/2358-28982024141EDI

THE EFFECTS OF CLIMATE CHANGE ON THE PLANET, predicted by scientists for the coming decades, have already come. In the first months of 2024, floods occurred in countries in Africa (Kenya) and Asia (Indonesia, Afghanistan), leaving hundreds dead and thousands homeless. In May, in Brazil, rain caused the biggest tragedy in the history of the state of Rio Grande do Sul, and one of the biggest in the country.

The state has a population of 10.88 billion inhabitants residing in 497 municipalities, of which 90.9% (452) were affected by floods, many of them completely destroyed. The tragedy, in addition to the incalculable material damage (destruction of houses, businesses, plantations, roads, airport, infrastructure in all areas), caused, until May 25, the death of 169 people, and 61 are still missing. Around 2.1 million people were affected, 650,000 were displaced, and 71,500 are homeless (hosted in public shelters). Furthermore, hundreds of them will no longer be able to return to their houses because they were washed away by the flood and because they are located in risk areas, making it impossible to rebuild them in the same place¹. In the health sector, more than 3 thousand health establishments were affected².

The action of the state and municipal governments had the immediate human and financial support of the federal government, which sent more than 20 thousand professionals from different Ministries to assist in the reconstruction of the state and allocated more than R\$51 billion in different programs, aimed at the productive sectors and to the affected families, seeking to alleviate the suffering of those who lost everything³.

Solidarity, demonstrated from North to South of the country, involved the most diverse sectors of society, artists, influencers, Non-Governmental Organizations (NGOs), social movements, sectors of the economy and media, with donations and direct action in civil defense, which proved fundamental in the first days of the tragedy, when the objective was to save lives, by rescuing stranded people and animals, searching for the missing and sheltering the homeless. However, this solidarity – necessary and fundamental – does not replace the role of the State as neoliberals, defenders of the minimal State, tried to make us believe. Without public investments, there is no way to recover the destroyed infrastructure (roads, bridges, airports, schools, health services etc.) nor to stimulate the recovery of the productive sector (commerce, industry, agriculture, and others), nor to guarantee the transfer of financial resources to the families.

The tragedy revealed the negligence of the administrations of the state of Rio Grande do Sul, the capital Porto Alegre, and several municipalities, which adopted policies to strangle the public sector and privatize areas of public interest. Several recommendations for preventive

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



measures had been announced by technicians from related areas, but little or nothing was done. The most obvious example was the warning, announced in 2018, and now made public, that the pumping system in the city of Porto Alegre required urgent maintenance, without which it could fail in a likely flood – that is exactly what happened. The floodgate system also failed, which had visible maintenance weaknesses. The city mayor ignored all the warnings from municipal employees. In the face of that, journalist Leandro Demori called the capital Porto Alegre “the case-city of the minimum state”⁴. The state governor, Eduardo Leite, also a well-known defender of the minimum state, when asked about the warnings repeatedly announced about the heavy rains to come, stated that he did not invest in prevention because the state had “*other agendas*”.

In fact, the agendas were different. There were more than 489 measures taken by the administration of the state of Rio Grande do Sul, starting in 2019, the first year of the current governor Eduardo Leite’s term, which caused the dismantling of environmental legislation, such as the relaxation of environmental rules for the construction of dams for irrigation in Permanent Preservation Areas (APP)⁵ and, more recently, the failure to invest in infrastructure to protect slopes and in the recovery of the flood protection system in Porto Alegre (state capital), which, in the September flood of 2023, had already shown the need for recovery and has now “*failed miserably*”, laments Walter Collischonn, professor of environmental engineering and water engineering at the Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS)⁶.

Climate denialism disregards scientists’ warnings and repeats the narrative that extreme events happen from time to time, and are therefore a natural occurrence. Furthermore, they do not admit that such events are happening at a much higher rate and at a much greater intensity, a consequence of global warming caused by human action. Rio Grande do Sul itself suffered two floods within less than a year: one in September 2023, which left 47 dead and dozens homeless, and the current one, in addition to warnings for others in a short space of time.

Fighting climate change implies, in addition to reducing deforestation, carbon dioxide emissions, reducing the use of fossil fuels, mining etc., rethinking the process of urbanization and protecting populations, especially the most vulnerable, whether urban or rural.

In parallel with the population’s demonstration of solidarity, many used the tragedy for self-promotion or political dispute, using fake news that hindered the rescue work and even donations, which shows that the regulation of social networks is an urgent issue.

Health systems and climate change

Much has been analyzed about the demands on health systems in the COVID-19 pandemic, the importance of universal systems, the capacity for resilience, and preparation for future pandemics, but we know little about the health demands in cases of environmental tragedies.

The devastation caused by the floods has an obvious impact on the mental health of the more than 160,000 displaced people, as the rains immediately affect people who have lost loved ones, their homes, their way of life, and their livelihood. In these situations, there is a risk of an increase in cases of domestic violence and the consumption of alcohol and other substances. Mental suffering, combined with respiratory illnesses facilitated by collective shelters, is the first concern in terms of health. At the moment the waters begin to recede, leaving trails of sewage, putrefaction and mud in the cities, new cases of leptospirosis appear daily (one month after the start of the flood, we already have 7 deaths, 141 confirmed cases, and more than a thousand in investigation), increase in acute diarrheal diseases, parasitic

diseases, tetanus, dengue fever, hepatitis A, and bites from venomous animals, which add to the problems related to mental health, respiratory diseases, and chronic diseases of the affected population.

The complexity of the health situation and the factors that determine it mobilize different sectors in responses and emergencies that range from guaranteeing food security drastically altered by the tragedy, to the safety of girls and women exposed to the risk of sexual violence. There have been reports of sexual violence committed against women and girls in shelters, indicating that strategies for confronting climate crises require taking care of aspects associated with gender relations and vulnerability, requiring specific plans and strategies⁷. It is estimated that two thirds of Primary Care units are compromised and that many of the health professionals who work in health services (including pharmacies and laboratories) had family members and homes affected. With its hospital and Primary Care units underwater, the Unified Health System (SUS) relocated Primary Care to collective shelters and created field hospitals to operate as assistance support. To achieve this, it counted on teams from the SUS National Force and the Military Forces, in addition to volunteers who mobilized nationally to work remotely in support of the people of Rio Grande do Sul. This scenario demands urgency in reestablishing the SUS's capabilities to respond to the known and the new health problems and needs of the population.

The emergency creates some management chaos in the system that must be addressed by specific contingency plans for each event. At the same time, it is essential that states and municipalities develop disaster risk management plans, involving different sectors and actors in society – and not only on preparedness measures and responses to disasters, but also on the prevention of future risks and the mitigation of existing risks. , in addition to rehabilitation and reconstruction policies based on the Sendai Framework principle of rebuilding better and safer^{7,8}.

Rebuilding is necessary! But on what basis? The reasonable consensus is to reevaluate the scenarios and resize the risks since the tendency is to recompose risk minimization after the phase of shock caused by the tragedy. This applies not only to housing, but also to public facilities which, if rebuilt in the same locations, continue to subject populations to living in the same vulnerable conditions as they were before. In that context, it is urgent to move from reactive policies and actions to disasters to prospective and preventive policies and strategies.

The Brazilian Constitution provides for the right to an ecologically balanced environment as a common good for the people and essential “to the quality of life, with public authorities and the community having the duty to defend and preserve it for present and future generations”⁹. On the other hand, it also provides that the right to health must guarantee “social and economic policies that aim to reduce the risk of disease and other health problems and universal and equal access to actions and services for their promotion, protection, and recovery”⁹, which is qualified in the expanded concept of health in Ordinance 8,080, which regulates the SUS, in which

[...] health has as determining and conditioning factors, among others, food, housing, basic sanitation, the environment, work, income, education, transport, leisure, and access to essential goods and services; The population's health levels express the country's social and economic organization¹⁰.

These guidelines, established almost four decades ago, are more topical than ever, and it is up to society to demand them from their managers, for the safety and well-being of everyone.

All solidarity with the people of Rio Grande do Sul!

Collaborators

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

References

1. Rio Grande do Sul. Coordenadoria Estadual de Defesa Civil, Defesa Civil do Rio Grande do Sul. Avisos e Alertas em vigor. Porto Alegre: CEDF; 2024. [acesso em 2024 maio 26]. Disponível em: <https://defesacivil.rs.gov.br/inicial>.
2. G1 RS, RBS TV, TV Globo. Cheias no RS afetaram mais de 3 mil estabelecimentos de saúde, afirma Fiocruz. G1. 2024 maio 22. [acesso em 2024 maio 26]. Disponível em: <https://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2024/05/22/cheias-no-rs-afetaram-mais-de-3-mil-estabelecimentos-de-saude-afirma-fiocruz.ghtml>.
3. Brasil. Secretaria de Comunicação Social. Mais de 20 mil profissionais ligados ao Governo Federal atuam diretamente no auxílio ao Rio Grande do Sul. Gov.br. 2024 maio 12. [acesso em 2024 maio 26]. Disponível em: <https://www.gov.br/secom/pt-br/assuntos/noticias/2024/05/mais-de-20-mil-profissionais-ligados-ao-governo-federal-atuam-diretamente-no-auxilio-ao-rio-grande-do-sul>.
4. Demori L. Resumão do Demori #22: POA é “case” global. A Grande Guerra. 2024 maio 25. [acesso em 2024 maio 26]. Disponível em: <https://www.agrandeguerra.com.br/p/resumao-demori-22-porto-alegre-case-global>.
5. Sindicato dos Trabalhadores do Judiciário Federal; Ministério Público da União. Mais de 400 normas ambientais foram mudadas pelo governo do RS em 2019; medidas acompanham política de Sales, ministro da “passagem da boiada”. Sintajufe RS. 2024 maio 10. [acesso em 2024 maio 26]. Disponível em: <https://sintrajufe.org.br/mais-de-400-normas-ambientais-no-rs-foram-mudadas-pelo-governo-do-rs-em-2019-medidas-acompanharam-politica-de-sales-ministro-da-passagem-da-boiada/>.
6. Pontes N. Por que sistema contra cheias não funcionou em Porto Alegre. G1. 2024 maio 18. [acesso em 2024 maio 26]. Disponível em: <https://g1.globo.com/meio-ambiente/noticia/2024/05/18/por-que-sistema-contra-cheias-nao-funcionou-em-porto-alegre.ghtml>.
7. Maçulo L. Enchentes no Rio Grande do Sul e os desafios para a Saúde Pública: crise, insegurança alimentar e violência. Abrasco. 2024 maio 13. [acesso em 2024 maio 26]. Disponível em: <https://abrasco.org.br/enchentes-no-rio-grande-do-sul-desafios-para-a-saude-publica-em-meio-a-catastrofe/>.
8. Silva RF, Siqueira AM, Silveira LTC, et al. A redução de risco de desastres, a agenda dos Objetivos Sustentáveis e os princípios do SUS, no contexto da pandemia de COVID-19. Ciênc. saúde coletiva. 2023 [acesso em 2024 maio 26]; 28(6):1777-1788. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023286.11272022>.
9. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988. [acesso em 2024 maio 26]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

10. 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. 20 Set 1990. [acesso em 2024 maio 26]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm.

Afetividade pessoa-ambiente nas hortas comunitárias: promoção da saúde e da sustentabilidade

People-environmental affectiveness in community gardens: health and sustainability promotion

Eduardo Chierrito-Arruda¹, Gabriela Costa Alves¹, Catherine Menegaldi Silva¹, Bárbara Peixoto de Araujo¹, Rute Grossi-Milani²

DOI: 10.1590/2358-289820241418732P

RESUMO As hortas comunitárias inspiradas em modelos agroecológicos já são tendências nas cidades que buscam estimular ambientes positivos. Entre as possíveis estratégias, permitem integrar políticas que visam à erradicação da fome, a garantia de qualidade alimentar e o aumento da economia familiar. O presente estudo objetiva analisar os significados simbólicos e afetivos dos usuários diante de suas atividades nas hortas comunitárias urbanas. Foram 40 entrevistados com idade média entre 45 e 80 anos, por meio do Instrumento Gerador de Mapas Afetivos. A pesquisa foi realizada *in loco* e os participantes foram convidados a desenhar a horta e responder à entrevista. As imagens produzidas foram analisadas a partir de suas estruturas, sentimentos e sentidos. Constatou-se que as vivências nesses ambientes foram mediadas por sentimentos de agradabilidade, pertencimento e restauração. Entre os sentidos atribuídos, destacaram-se a conexão com a natureza e a interação social. Conclui-se que tais dimensões presentes nas hortas estudadas podem contribuir para a promoção da saúde, da sustentabilidade e a preservação ambiental.

PALAVRAS-CHAVE Agroecologia. Promoção da saúde. Psicologia ambiental. Saúde ambiental. Agricultura urbana.

ABSTRACT *Community gardens inspired by agroecological models are trends in cities that seek to stimulate positive environments. Among the possible strategies, they allow us to integrate policies that aim to eradicate hunger, guarantee food quality and increase the family economy. This study aims to analyze the symbolic and emotional meanings of users during their activities in urban community gardens. There were 40 interviewees with average age between 45 and 80 years old, through the Affective Map Generator Instrument. The research was carried out on site and the participants were invited to develop the information and respond to the interview. The images produced are analyzed from their structures, feelings and senses. It is confirmed that experiences in these environments are mediated by feelings of pleasantness, belonging and restoration. Among the senses attributed, the connection with nature and social interaction stand out. It is concluded that these dimensions present in the studied gardens can contribute to the promotion of health, sustainability and environmental preservation.*

KEYWORDS *Agroecology. Health promotion. Environmental psychology. Environmental health. Urban agriculture.*

¹Universidade Cesumar (UniCesumar) - Maringá (PR), Brasil.

²Universidade Cesumar (UniCesumar), Instituto Cesumar de Ciência, Tecnologia e Inovação (Iceti) - Maringá (PR), Brasil.

rute.milani@docentes.unicesumar.edu.br



Introdução

As práticas agrícolas ecológicas urbanas são tendências nas cidades que buscam estimular territórios saudáveis e sustentáveis, por meio da integração de políticas que visam a erradicação da fome, a garantia de qualidade alimentar, o aumento da economia familiar e a sustentabilidade ambiental¹. As hortas comunitárias configuram-se propostas comuns em centros urbanos, dentre os vários espaços que podem ser promotores da saúde. Geralmente sua implementação e manutenção são de responsabilidade do poder público, com o apoio técnico e logístico das instituições da sociedade civil e de ensino superior^{1,2}.

Tais espaços, ao serem incrementados nas cidades, beneficiam a regulação climática e a biodiversidade³. Entre os métodos de manejo, considera-se que a prática agroecológica é uma das mais benéficas e sustentáveis, principalmente ao fomentar o ciclo de vida, a conservação do solo, a agrobiodiversidade e a preservação dos recursos naturais. Em níveis estruturais, tendem a integrar as vivências sociogeográficas da cidade e podem garantir a congruência de políticas sistêmicas nos bairros. Como tecnologia social, viabilizam saúde à comunidade e contribuem diretamente na (re)construção de cidades para as pessoas, incentivando os aspectos produtivos, criativos e solidários^{3,4}.

É possível destacar três temas principais em estudos sobre hortas comunitárias: (1) o desenvolvimento da educação ambiental; (2) o empoderamento social; e (3) a contracultura⁵. O primeiro, por meio da educação ambiental transversalmente presente em disciplinas escolares ou acadêmicas, se propõe a estimular o contato com a natureza, a estimulação de afetos, a preservação ambiental, a alimentação saudável e o aprendizado cognitivo em diferentes disciplinas, com ênfase na vivência, por meio de metodologias ativas e horizontais. O segundo abrange a autonomia econômica das comunidades e a energia criativa no trabalho, e destina-se a impulsionar a liberdade,

a coletividade e a emancipação. O terceiro é comumente representado pelas organizações da sociedade civil e movimentos de contracultura. Suas principais atuações envolvem o ativismo ambiental na busca de fortalecer os princípios agroecológicos e/ou da permacultura na agricultura urbana, com o intuito de subverter o modelo econômico vigente por uma nova perspectiva que envolve o avanço político democrático e a responsabilidade socioambiental. Desta forma, as práticas agrícolas urbanas visam fortalecer experiências e romper com paradigmas antropocêntricos hegemonicamente presentes na sociedade^{1,2}.

Nota-se uma lacuna dentre as temáticas estudadas, no que se refere ao campo das transições pessoas-nos-ambientes, e considera-se a psicologia ambiental como um campo que estabelece pessoa e ambiente como sujeitos ativos e que interagem entre si dialeticamente. Dessa maneira, esse campo da psicologia contribui para compreender como o humano percebe, sente e atua no espaço em que está situado⁶.

Na psicologia ambiental, a propriedade do ambiente favorecer a manifestação de afetos foi motivo das primeiras investigações. Entre elas, os estudos de Stephen e Rachel Kaplan⁷, que buscavam as variáveis com potencial de minimizar os níveis estressores e eliciar sensações prazerosas, o que foi denominado de ambientes restauradores, dada a possibilidade de proporcionar a experiência de restauração psicológica e da atenção.

A vivência afetiva, tanto positiva, quanto negativa, necessariamente envolve respostas e, como resultado, a afetividade é uma variável significativa para condutas de cuidado ambiental⁸. Esse atributo foi sistematizado e ilustrado no modelo teórico dos ambientes positivos, no qual se demonstrou a associação entre as experiências afetivas positivas, presentes na percepção de qualidade de vida e bem-estar, com as respostas pró-sociais e pró-ambientais.

O entorno e suas particularidades podem facilitar ou dificultar a manifestação de variáveis que envolvem tais atitudes. Entre elas, é possível destacar o altruísmo, a solidariedade,

o respeito, a equidade, a preservação e a restauração ambiental, o suporte social e as normas coletivas. Ambientes positivos fornecem recursos materiais e sociais fundamentais que permitem vivenciar bem-estar físico e mental⁹.

Dessa maneira, a clareza dos afetos presentes nas hortas pode viabilizar estratégias que integram fatores de proteção às pessoas e ao entorno, além de estimular a participação cidadã em prol do meio ambiente. O estreitamento entre a percepção e os afetos foi descrito por Kuhnen¹⁰ ao designar o conceito de percepção ambiental. Descreve que os aspectos da realidade não estão apenas subordinados aos sentidos, mas medeiam vivências e favorecem a construção da subjetividade. Para tanto, volta-se ao tema das representações presentes nestas experiências, assim como o questionamento de como tornar os afetos presentes em um contexto particular passíveis de análise.

Uma das principais estratégias para a síntese cognitiva das relações com o entorno possui base teórica da arquitetura e do urbanismo. As imagens da cidade foram sistematizadas e incorporadas no instrumento dos mapas cognitivos, idealizados pelo urbanista Kevin Lynch¹¹. Nos mapas busca-se a manifestação das diferentes estruturas e elementos contidos na percepção dos ambientes pelas pessoas. Na psicologia ambiental, os mapas cognitivos inspiraram Bomfim¹² para a criação dos mapas afetivos, que visam contribuir para a análise das cidades, por meio dos desenhos e dos afetos que se aglutinam nos diferentes símbolos e signos da vida urbana. A autora demonstrou que as simbolizações presentes na construção de metáforas possibilitam a análise da expressão da subjetividade. Cabe ressaltar que embora se busque a propriedade do coletivo, os temas apresentados pelas pessoas podem revelar singularidades, demonstrando o caráter individual das experiências humanas diante de um contexto socioambiental¹³.

Diante o exposto, o presente estudo visa analisar os significados simbólicos e afetivos dos usuários diante de suas atividades nas hortas comunitárias urbanas. O estudo

foi realizado junto ao Programa Hortas Comunitárias, implantado em conjunto pelas Secretarias Municipais de Saúde, Meio Ambiente e Serviços Públicos, do Município de Maringá, em 2000, que levou à construção das hortas em locais estratégicos para substituir terrenos baldios com índices altos de resíduos sólidos dispostos de maneira irregular. Desse modo, a Secretaria de Saúde sustenta a interdisciplinaridade e a intersetorialidade em prol de um espaço que possibilite aos cidadãos uma atividade econômica, alimentação saudável e bem-estar, inspirada em princípios da agroecologia.

Material e métodos

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, de caráter qualitativo. O estudo foi realizado em três hortas comunitárias localizadas na cidade de Maringá do Estado do Paraná, no Sul do Brasil. A cidade foi fundada em 1947 e inspirada nas cidades-jardins da arquitetura moderna. Segundo o IBGE¹⁴ (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), no censo de 2021, a cidade possui aproximadamente 436.472 mil habitantes e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,808, ocupando o 21º no *ranking* nacional.

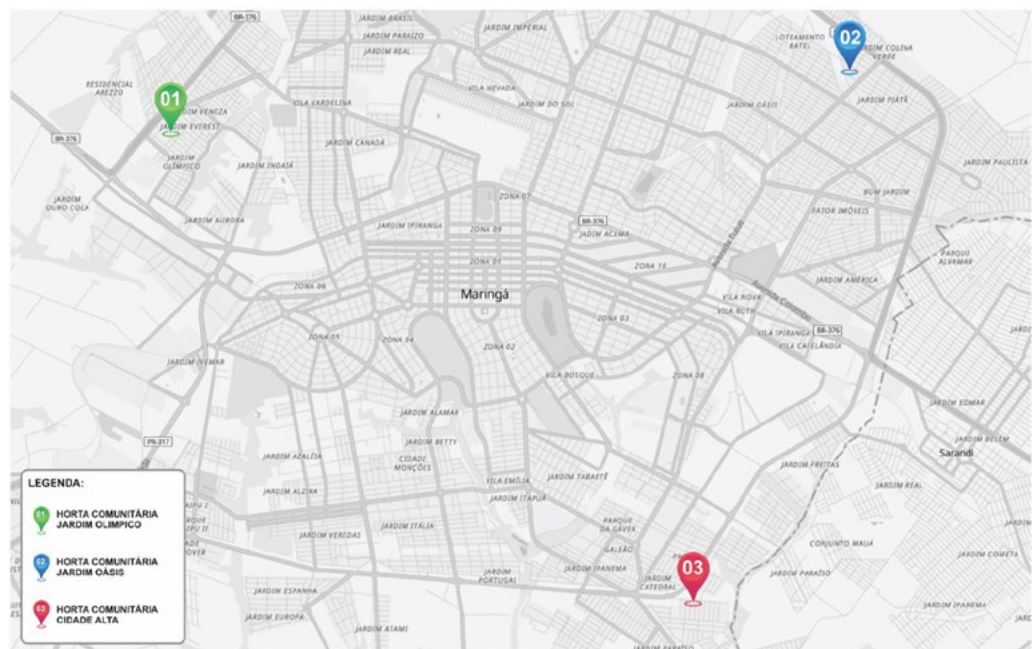
A cidade enfrenta rápida expansão populacional e, conseqüentemente, problemas ambientais como o aumento da quantidade e a disposição inadequada dos resíduos sólidos; os impactos do uso inadequado do solo; a contaminação dos lençóis freáticos, além dos aspectos da injustiça social, como a vulnerabilidade social e a pobreza. Para mitigar e prevenir os impactos ambientais sob uma perspectiva holística, a cidade iniciou diversas ações em comum com as políticas ambientais nacionais para o desenvolvimento socioambiental, visando a promoção da qualidade de vida e a preservação do meio ambiente. Entre elas, foi instituído o Programa Hortas Comunitárias¹⁵.

O cultivo nas hortas comunitárias possibilita a criação de espaços promotores da saúde e

a participação social, pois viabiliza o plantio e a comercialização de produtos sem agrotóxicos, promovendo o acesso e a garantia a alimentos saudáveis¹⁶. Para este estudo, buscou-se três hortas (*figura 1*), que embora tivessem tempos de uso distinto, uma recém implementada e

as outras duas mais antigas, apresentaram semelhanças nas variáveis socioeconômicas e também no processo de construção, em que os usuários participaram ativamente na recuperação do local, antes espaços abandonados e depósitos irregulares de resíduos sólidos.

Figura 1. Mapeamento das hortas comunitárias investigadas. Município de Maringá, Paraná



Fonte: elaboração própria.

A pesquisa foi realizada *in loco* com o objetivo de abranger a dinâmica natural do ambiente investigado. O tempo de investigação durou seis meses, no ano de 2017, com influência etnográfica, uma vez que houve a intenção de compreender os comportamentos e crenças das pessoas com base no seu próprio cotidiano. Por inspiração etnográfica, buscou-se seguir a proposição de apreender as maneiras de viver do grupo de pessoas com uma unidade social dentro das hortas comunitárias¹⁷.

Contou-se com a participação de 40 usuários, representando 40% da população das três hortas (n=100), de ambos os gêneros e selecionados aleatoriamente. Sobre a seleção dos

participantes, os critérios de inclusão foram: pessoas maiores de idade, com canteiros para o cultivo, independente do tempo de horta e de participação no Programa. Os mesmos foram escolhidos de forma randômica, conforme voluntariedade e disponibilidade no território. Foram considerados os seguintes critérios de exclusão: pessoas da mesma família ou que compartilhavam o mesmo espaço de trabalho na horta não foram convidadas a participar, assim como as pessoas que expressaram sentimentos de coerção (por convite do presidente da horta, ou que demonstraram não estar à vontade, mas na presença do mesmo, vieram conversar sobre a pesquisa). Ainda

sobre a seleção dos participantes é importante ressaltar que todas as pessoas presentes no território poderiam participar da investigação com igualdade de acesso e esclarecimento sobre a pesquisa.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (CEP) sob o parecer 1.953.029, conforme Resolução nº 466/2012. Os participantes foram informados sobre o objetivo da pesquisa, a garantia do sigilo em relação aos dados pessoais e a liberdade de resposta, solicitando-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para manter o caráter sigiloso, todos os nomes divulgados são fictícios. Esta pesquisa não ocasionou comprometimento ao meio ambiente e buscou-se minimizar a quantidade de papéis, resíduos e possíveis rejeitos.

Inicialmente, a aproximação dos territórios investigados aconteceu com inspiração na etnografia. A leitura das vivências relatadas fora precedida pela inserção do pesquisador com o cotidiano das pessoas e buscou-se a observação participante da relação pessoa-ambiente com base na rotina e nas vivências compartilhadas¹⁸. Esse cuidado facilitou a leitura e interpretação dos dados obtidos durante a entrevista, uma vez que a forma do cuidado, a expressão e a interação das pessoas com a horta investigada foram temas de interesse desta pesquisa.

Para este fim, o pesquisador vivenciou o dia-a-dia dessas pessoas por um período de aproximadamente duas a três semanas (de acordo com os horários e disposições de cada local). Desde o abrir dos portões até o fechar, a observação permitiu melhor compreensão dos dados obtidos nas entrevistas, uma vez que trouxe o contato com as interações entre os usuários das hortas e a comunidade. Esse evento trouxe experiências sobre a gestão da horta, chegada das sementes, plantio, cuidado, colheita e comercialização.

Foi aplicado um questionário socioeconômico e em seguida a adaptação do Instrumento Gerador de Mapas Afetivos (IGMA)¹². Este instrumento tem por finalidade tornar os afetos passíveis de análise e compreensão, por meio

da produção de imagens que correspondem à horta comunitária. Segundo Bomfim¹², é possível conhecer a cidade através do afeto, que atua como um elemento mediador na relação entre indivíduos. Quando o indivíduo interage na cidade, ele forma uma totalidade com ela, na qual o mundo, o espaço construído e a subjetividade se combinam em uma unidade pulsante.

O questionário semiestruturado de Bomfim¹² possibilita que os participantes expressem seus afetos em relação ao ambiente. A metodologia de captura desses afetos emprega recursos visuais, como metáforas e desenhos, como componentes fundamentais na elaboração e compreensão dos chamados mapas afetivos. Estes mapas são criados com base no preenchimento do Instrumento Gerador de Mapas Afetivos. As imagens que surgem nos mapas afetivos representam sentimentos de pertencimento, agradabilidade, destruição e insegurança resultantes da interação entre o indivíduo e o meio ambiente.

Assim, nesta pesquisa, os participantes foram orientados a elaborar, livremente, um desenho que representasse a horta comunitária em um papel A4. Posteriormente, foram convidados a responder um inquérito que possui como temas: uma metáfora sobre o desenho, os sentimentos, os sentidos atribuídos ao contexto representado. Os resultados destes elementos representam a imagem pertinente ao desenho, ou um tema central eminente nas respostas das pessoas.

Após um estudo piloto, com o intuito de facilitar a coleta de dados e a adequação frente à realidade socioambiental investigada, foram realizadas as adaptações do instrumento. Entre as alterações, buscou-se substituir a instrução sobre a elaboração da metáfora para o convite de criar uma frase que sintetize a experiência das hortas. A justificativa para a mudança foi pautada na dificuldade dos participantes em compreenderem e revelarem os temas, possivelmente devido à idade ou escolaridade. Vale ressaltar que alguns participantes responderam à pesquisa sem desenhar a horta

comunitária, uma vez que o ato de desenhar, muitas vezes, foi comentado como uma atividade difícil. Contudo elaboraram a frase e descreveram os demais atributos de análise.

Os dados obtidos permitiram a catalogação das unidades de acordo com o tipo de desenho (cognitivo ou metafórico), com os sentimentos e com os sentidos atribuídos ao desenho ou à frase. A compreensão e interpretação ocorreram com base na análise de conteúdo de Bardin¹⁹, que busca a categorização e a sistematização de elementos presentes nas unidades de texto para revelar as representações, as crenças e as intenções de comportamento. É importante destacar que algumas respostas foram enquadradas em mais de uma categoria, visando manter a organicidade dos dados. Optou-se por excluir o atributo qualidade da análise, uma vez que vários participantes relataram dificuldades de interpretar o comando sugerido. Quanto à amostra, apenas um entrevistado foi excluído da pesquisa, por apresentar respostas vagas ou superficiais.

O *software* MAQXDA-12 foi usado como ferramenta de apoio para análise dos conteúdos, uma vez que possibilita análises qualitativas

de diferentes categorias, como entrevistas, comumente utilizadas em ciências sociais²⁰.

Resultados e discussão

Com a sistematização dos resultados foi possível identificar o perfil socioeconômico dos usuários das hortas comunitárias investigadas (*tabela 1*). Os dados referentes à faixa salarial dos participantes mostram que 77,5% possuem entre um e 2 dois salários mínimos como renda familiar, enquanto a outra parte da amostra possui de dois a quatro salários mínimos (22,5%). Sobre a ocupação, 65% dos entrevistados estão aposentados, 20% atuam como autônomos e 15% possuem trabalho com registro. No que diz respeito à variável sexo, identificou-se uma homogeneidade de homens e mulheres (50%). Quanto à idade, prevaleceram as pessoas de idade avançada, com mais de 60 anos (55,5%), e de meia idade, entre 45 e 60 anos (42,5%). Todos participantes da pesquisa atuam nas hortas diariamente ou semanalmente e 97,5% dos participantes já haviam morado no campo antes de habitar a área urbana.

Tabela 1. Frequência (f) e percentual (%) das características sociodemográficas dos participantes

Categorias	Variável	f	%
Idade	-50 anos	3	7,5
	50-60 anos	14	35
	60-64 anos	16	40
	+64 anos	7	15,5
Escolaridade	Sem escolaridade	1	2,5
	Educação Infantil	6	15
	Ensino Fundamental	19	47,5
	Ensino Médio	13	32,5
	Ensino Superior	1	2,5
Ocupação	Aposentado	26	65
	Trabalhador autônomo	8	20
	Trabalhador com registro	6	15
Faixa salarial	D (2 a 4 salários mínimos)	9	22,5
	E (até 2 salários mínimos)	31	77,5

Tabela 1. Frequência (f) e percentual (%) das características sociodemográficas dos participantes

Categorias	Variável	f	%
Pessoas por moradia	1	3	7,5
	2	17	42,5
	3-4	17	42,5
	5-6	3	7,5
Tempo de uso da horta	7-24 meses	22	55
	24-72 meses	3	7,5
	72-120 meses	15	37,5

Fonte: elaboração própria.

A amostra predominantemente de pessoas de idade avançada e meia idade sinaliza singularidades, uma vez que, na dialética socioambiental, a percepção, a afetividade, a temporalidade, a memória, a aprendizagem são frequentemente (re)configurados, principalmente pelo acúmulo de aprendizado e pelas transformações inerentes às questões fisiológicas que acontecem nos diferentes períodos da vida.

Na metade da vida, diversas construções e padrões psicológicos foram organizados e os dilemas sobre o viver voltam-se à própria subjetividade. Nessa fase é comum a presença de fatores estressantes do trabalho, depressão e ansiedade. O processo de envelhecimento remete a diversas mudanças significativas na vida do indivíduo, diferentes atividades laborais, troca de papéis e funções desempenhadas que requerem do sujeito adaptação²¹. A transição para a aposentadoria, que remete à faixa de idade investigada, envolve uma adaptação psicológica e social, especialmente pelas transições e pelas representações do envelhecer. A autoeficácia e a autonomia são as principais variáveis que podem auxiliar nessa transição, assim como uma rede social positiva, laços familiares integrados e políticas que compreendam as pessoas em suas diversidades e multiplicidades^{2,22}.

Na velhice, outro público predominante na pesquisa, as transições espaciais e ambientais

também são diferenciadas, porquanto duas variáveis são fundamentais nesse processo: o pertencimento e a funcionalidade. O primeiro diz respeito às apropriações do campo de experiência das pessoas e envolve avaliações cognitivas, emocionais e representações mentais, comumente apresentadas nos instrumentos dos mapas afetivos que serão ilustrados adiante; já a segunda é considerada o campo dos comportamentos e aqui está a potencialidade para o comportamento pró-ambiental e pró-social perante o uso ativo do espaço²³.

A partir destas considerações iniciais sobre o perfil do público das hortas e o ciclo da vida, será que os participantes possuem a percepção destas variáveis e como eles associam suas vivências cotidianas com tais transições? As respostas para estas questões ocorreram por intermédio do Instrumento Gerador de Mapas Afetivos¹². A funcionalidade das representações mentais do contexto socioespacial e as dimensões afetivas revelaram constructos que estão presentes no dia-a-dia dessas pessoas e denotam potencialidades em virtude de uma compreensão holística das diferentes faces da apropriação do lugar, seja nas dimensões simbólicas, funcionais ou identitárias.

Constatou-se na análise dos mapas afetivos as imagens presentes nas hortas comunitárias, categorizadas em três imagens principais que agrupam os atributos sentimento e sentido: agradabilidade, restauração e pertencimento.

A imagem mais apresentada pelos usuários das hortas foi a agradabilidade, moldada por sentimentos de alegria, prazer, contentamento, lembranças, altruísmo, tranquilidade e paz; em seguida, destacou-se o tema restauração, exemplificado nos sentimentos de ‘passar o tempo’, funcionalidade e esquecer problemas e/ou dores; e a terceira abordou o pertencimento, atributo que abrange o participar, o fazer parte e o partilhar de um ambiente comum.

Destacou-se na imagem de agradabilidade a presença do sentido de conexão com a natureza (n=13), seguida do pertencimento e interações sociais (n=6); da distração e ocupação (n=5); da saúde e bem-estar (n=4); do altruísmo e da pró-sociabilidade (n=3); da alimentação saudável (n=2); por fim, a espiritualidade e a beleza foram mencionadas uma vez cada. Na imagem de restauração o sentido mais presente é a interação social (n=4); depois o cultivo e o trabalho (n=5); e a conexão com a natureza (n=2). No que diz respeito à imagem de pertencimento, os dois sentidos principais foram a participação e o compartilhamento, cada um com uma resposta atribuída.

Foi possível reconhecer, entre as imagens, uma variedade de sentimentos e sentidos presentes no uso das hortas. Essa multiplicidade de temas possui afinidade com a pesquisa de Egli, Melody e Tautolo¹⁶, em que foram identificadas 22 especificidades sobre as hortas comunitárias. Alguns temas, como a alimentação saudável, as interações sociais e a conexão com a natureza foram comuns entre as pesquisas e demonstram como os espaços das hortas podem integrar políticas e projetos interdisciplinares no contexto urbano, onde os encontros entre vivências individuais e coletivas são favorecidos²⁴. Tais tendências estão na contramão dos espaços fechados, dos muros e das muralhas, físicas ou psicológicas, que tendem a segregar e não incluir os habitantes das cidades contemporâneas²⁵.

Entre encontrar-se e desencontrar-se nas cidades existe um espaço de transição e é nos lugares que se faz a experiência existir.

Neles os desejos se desenvolvem e possuem a potencialidade de serem atendidos ou não²⁶. Tal realidade, entre o privado e o coletivo, foi possível observar nas hortas comunitárias estudadas, em que as proporções qualitativas e as atribuições de significados e sentidos de seus participantes possibilitou as sistematizações de um coletivo com seus atributos individuais, de histórias e vivências singulares inerentes a cada entrevistado, tornando-se impossível dissociar as representações sociais para apreender as dinâmicas ambientais das pessoas¹³. Dessa maneira, os sentidos atribuídos às imagens foram apresentados com diversas palavras ou imagens, mas com denotações similares, planos de fundo comuns que viabilizam a extração dos conteúdos em categorias.

Na primeira imagem, agradabilidade, a conexão com a natureza foi o tema mais relatado pelos participantes e pode ser exemplificada na seguinte colocação “*Chego cedo... Sinto o cheiro da horta e vem tudo na minha mente, gosto demais e me sinto bem*” (Entrevistada Luna, 77 anos). A qualidade humana de experimentar afetivamente o ambiente, qualificar a natureza e experimentar seus sentidos é resultado do processo evolutivo, uma vez que tais interações possibilitaram o desenvolvimento da espécie, culminando em pessoas capazes de responder positivamente à natureza²⁷. Percebe-se, na fala de Luna, o caráter metafórico entre sentir o cheiro da horta e as coisas que surgem na sua mente, a funcionalidade de acordar cedo e estar disposto em experimentar essa conexão.

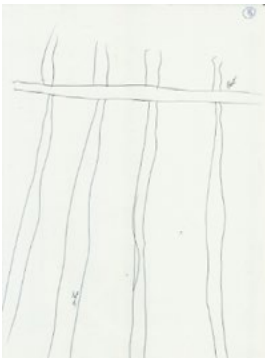
Nas idas e vindas das hortas, percebeu-se frequentemente respostas comportamentais de conexão com a natureza, entre elas o sentir, cheirar, tocar a terra e vestir-se apropriadamente para o contato, tendências ritualísticas que demonstram respeito ao espaço de cultivo. Assim se refere um participante: “*converso com as plantas e pergunto o que elas querem*” (Entrevistado Cauã, 56 anos). Nota-se que o vínculo e os afetos presentes nesses contextos tendem a direcionar ações em que as pessoas

buscam afetar positivamente o seu entorno, ouvir qual é a necessidade e agir em seu favor.

Na *figura 2*, o entrevistado fala do trabalho e a dimensão funcional da horta “*nunca mais comprei verdura e ajuda a ocupar o tempo vazio*” (Entrevistada Araci, 66 anos). Exemplificando a segunda imagem, distração e restauração. Os caminhos são representados e possibilitam a

reflexão sobre a transição presentes nestes lugares, uma vez que o usuário comentou sobre a restauração, a ocupação da mente e a funcionalidade financeira. Entendendo essas perspectivas percebe-se que a apropriação do espaço é renovada a cada cultivo e depende de fatores extrínsecos e intrínsecos²⁸.

Figura 2. Mapa afetivo e inquérito da entrevistada Araci, 66 anos

Desenho	Sentimento	Metáfora	Sentido
	Desfaz o vazio e ocupa a mente, muito bom.	Horta muita coisa e muito bom pra gente ocupar o tempo e ajuda com as despesas.	Nunca mais comprei verdura e ajuda a ocupar o tempo vazio.

Fonte: elaboração própria.

A qualidade de minimizar o sentimento de vazio pela ocupação e trabalho na horta proporciona o desenvolvimento de habilidades pessoais que culminam na autonomia e empoderamento^{29,30}. A literatura aponta que as hortas comunitárias produzem espaços promotores da saúde, salientando como pontos fortes a alimentação saudável, a possibilidade de renda financeira, interações sociais e também a melhora na saúde física e mental¹⁶. Tais tarefas indicam a funcionalidade das pessoas e as falas abaixo representam a dimensão social, física, produtiva e de lazer presentes nas hortas³¹.

Você encontra os amigos, ajuda, e é ajudado, conversa. (Entrevistada Iracema, 64 anos).

Foi bom para minha saúde, eu não conseguia andar bem e agora faço caminhada, até emagreci. (Entrevistada Lara, 73 anos).

Você tira alimento e tem pessoas que até tira seu salarinho. Se ficar cuidando certinho você vende, é uma forma de renda, eu vendo também, mas é mais para o meu uso e pra minha família. (Entrevistado Tupã, 56 anos).

A distração e a restauração foram contempladas nas respostas dos usuários e permitem a reflexão sobre a potencialidade destes espaços serem considerados ambientes facilitadores da restauração psicológica, ou seja, são entornos que permitem a diminuição do estresse cotidiano por meio dos fatores de escape, extensão, fascinação e compatibilidade⁷. O primeiro, refere-se à sensação de fuga e ao distanciamento de locais estressores “*A horta é um refúgio dos problemas*” (Entrevistada Iracema); a extensão envolve o elo afetivo, mediado pelo pertencimento, já abordado neste estudo; a fascinação expõe a pessoa ao uso da atenção de forma involuntária, permitindo o descanso

“Venho regar e as vezes esqueço do tempo, este aqui é meu pezinho de pimenta, eu esqueço de ir embora” (Entrevistada Iraci, 53 anos); a compatibilidade expressa a garantia de satisfação frente ao uso espacial, que também foi apresentado neste estudo.

O pertencimento e a interação social podem ser identificados na produção do entrevistado Avaré, o qual evidenciou que o ato de transitar pela horta permite não apenas a movimentação e a atividade física, mas facilita o convívio e o diálogo com os outros, sejam clientes, colegas ou o próprio ambiente³².

A inserção social é uma qualidade que garante a dimensão do pertencimento, como relatado pelo entrevistado Avaré “se não fosse aqui, ninguém me conhecia”. Ser conhecido e (re)conhecido enquanto sujeito é um direito humano e sua interação social possibilita a segurança e o acolhimento na participação ativa de suas vivências. De acordo com Mariano e Milani¹⁵, a participação social em hortas comunitárias possibilita aos indivíduos se sentirem especiais e únicos, trazendo novos significados para o trabalho, saúde e novas formas de subjetivação.

A rede social para as pessoas idosas é importante e, dessa forma, as hortas são fundamentais, pois permitem a relação de vizinhança e amizades que agem como um fator de proteção para a população^{2,33}. Essa rede de vínculos afetivos também influencia condutas ambientalmente responsáveis e pode ser considerada nas ações do poder público em diferentes temas que envolvem saúde e meio ambiente, tais como a minimização dos vetores de doenças, a correta separação e disposição de resíduos sólidos e a incrementação de práticas agroecológicas³⁴.

Sentir-se integrado na comunidade em que habitam e participar das interações sociais presentes nos espaços dos bairros, seja na horta, ou nas praças, é fundamental para a promoção da saúde, principalmente nestes contextos em que 50% dos sujeitos moram sozinhos ou com uma pessoa ao lado. Trocar receitas de alimentos, dicas

de plantio e cuidados com a saúde revelam aspectos que enaltecem a experiência solidária nas hortas. Deve-se estimular rodas de conversa e a valoração da cultura popular²⁹, como apresentou Izaltino de 65 anos:

A minha saúde melhorou bastante, a hortaliça que nós utiliza, aqui da horta, né, não tem agrotóxico. É nós mesmo que cuida para evita de usar qualquer coisa que prejudique a saúde e ajuda bastante. A gente sente no dia-a-dia, né, a saúde já melhorou também, por que distrai, aqui, a convivência com o pessoal também. É sempre batendo papo e tal, enfim se informando sobre as coisas. Eu por exemplo, não frequento muito bares ou qualquer coisa que tem mais gente para bater papo e na horta tem pessoas e a gente tá trocando ideias, a gente fica envolvido com as plantinhas, isso é uma higiene mental.

Bastos e colaboradores³² afirmam que o peso estrutural do processo de envelhecimento provocou o interesse de muitos pesquisadores e levou ao surgimento da gerontologia social, área destinada à criação de tecnologias e possibilidades de incrementar o envelhecimento ativo. Nessa perspectiva se inserem os estudos sobre cuidado ambiental, termo de origem inglesa *green care*, que envolve uma modalidade de tecnologia social voltada a promover processos de saúde na relação com os espaços verdes. Esse cuidado pode ser identificado neste estudo a partir da percepção do espaço verde como forma de promover a saúde mental, conforme evidenciou a fala de Aparecida (68 anos):

A verdura e o verde dão tranquilidade, não há nada melhor, do que quando você está nervoso e entra na lavoura cedo, ver as folhas, conversar com as plantas, como está bonito. Conversar com o pé de couve tira toda atenção ruim. Tira neurótica da cabeça das pessoas. Hoje penso tudo diferente, minha mente sabia como trabalhar nela, para quem compreende é melhor, mas quem não compreende, só pensa em dinheiro.

A atenção em saúde mental é um campo complexo e interdisciplinar que envolve estratégias de diferentes campos do saber. Sabe-se que para alcançar a plenitude humana e ambiental é necessário superar o viver e o existir, em virtude do conviver e do coexistir. Infelizmente a psicologia ainda pouco se debruça sobre as experiências comunitárias como promotoras da saúde mental³⁶.

Outro fator associado ao pertencimento e à possibilidade de preservação ambiental é a memória afetiva com o campo; “Quando era pequena vi minha mãe na horta, ela falou e eu vi o cuidar das plantas, lembrança” (Entrevistada Irani, 54 anos). As lembranças são atreladas à dimensão simbólica presente no apego ao lugar e representam elementos de apropriação que podem ser úteis para a garantia da continuidade dos programas e a proteção de um ambiente público e de uso comum³⁷.

Como contraponto, a dinâmica comunitária e o uso coletivo deste espaço sugere também a presença de narrativa de insatisfação, que pode ser evidenciada em duas falas, a primeira de Iara de 63 anos: “É difícil, por que cada um é cada um né”, sugerindo a ausência de vínculos e a segunda na narrativa de Kayke (51 anos): “As pessoas têm que compartilhar, a horta não é só venda, não existe o freguês, é comunidade, a horta é uma comunidade”, em que argumenta sobre a prevalência de interesses individuais em detrimento da coletividade. Apesar de revelar sentimentos de descontentamento, quando compreendidas e refletidas na comunidade, podem contribuir para seu desenvolvimento, todavia, as mesmas diferenças, também revelam as disparidades nestes espaços.

A premissa ética sustenta que quando tais contrastes são superados, fortificam-se as multiplicidades e permitem a alteridade, a convivência e o progresso mútuo³⁸. Esse evento pode ser encontrado na entrevista de Iracema (67 anos).

Estar na horta é muito importante, além de fazer um trabalho, é bom para o corpo e para a mente,

você faz amizades, as vezes tem pegadas, mas o normal, isso que faz bem, se fosse tudo certinho a vida fica sem graça.

Tais implicações também refletem em aspectos claramente objetivos, como na própria produção das plantas. Segundo Freeman e colaboradores³⁶, as identidades dos indivíduos refletem na maneira como eles lidam com o cultivo e para que a produção e as diferentes experiências nas hortas aconteçam de forma harmônica, se faz fundamental o engajamento e a superação das divergências entre os usuários^{1,2,37}.

Considerando os aspectos culturais e regionais das hortas comunitárias, é crucial destacar que as práticas e significados atribuídos a esses espaços podem divergir consideravelmente em distintas localidades. No município em questão, onde foi realizado o estudo, as atividades relacionadas às hortas urbanas na cidade de Maringá contam com a atuação do poder público e das instituições de ensino superior para fornecer assistência técnica³⁸. Isso caracteriza essas hortas como políticas públicas e não simplesmente como políticas de governo, o que pode explicar os aspectos positivos observados nas hortas da cidade do estudo. Todavia, os autores destacam desafios significativos que enfrentam no decorrer do processo de produção na horta, incluindo o tamanho limitado da área cultivada, ausência de estufa, solo de qualidade inferior, falta de experiência em agricultura, restrições de tempo, questões relacionadas à comercialização, bem como a escassez de informações, assistência técnica e insumos.

Um resultado semelhante foi encontrado no estudo de Anacleto e Silva³⁹, que apontou os potenciais desafios associados a esse tipo de iniciativa, tais como a falta de apoio governamental, a ausência de organização coletiva, infraestrutura de produção precária, roubos da produção, custos elevados dos insumos de produção, baixos preços de comercialização, concorrência desleal entre produtores, falta de capacitação e dificuldades na obtenção

de adubos orgânicos. Em resumo, embora as hortas comunitárias proporcionem benefícios significativos em relação à segurança alimentar, qualidade de vida e geração de renda para comunidades urbanas, elas também enfrentam uma série de desafios que necessitam ser superados para assegurar sua sustentabilidade.

Outro fator importante a ser considerado foi a experiência do pesquisador durante a coleta de dados. A imersão do pesquisador nos contextos investigados representou um fator facilitador, uma vez que foram encontradas resistências inicialmente, fato compreensível, principalmente frente às territorialidades presentes nesses espaços. Nesta pesquisa foram necessários meses de idas e vindas frequentes no cenário, facilitando o vínculo e permitindo contato com as vivências do dia-a-dia das hortas. Um dos participantes, antes de responder à pesquisa dissertou “*Veja, o que você vê eu vejo, o que você sente, eu sinto, observe os senhores plantando, conversando com as plantas [...]*”. Outro aspecto relevante refere-se ao instrumento e à necessidade de adaptá-lo ao público investigado, muitas vezes os termos e as perguntas precisavam ser remodeladas de acordo com a conversa e a aproximação inicial, inclusive a adaptação da metáfora para frase, para poesia e demais expressões que pudessem garantir o surgimento de imagens simbólicas.

Por fim, algumas limitações referentes ao desenho metodológico precisam ser consideradas ao interpretar este estudo. Por exemplo, o número restrito de participantes, o que é característico do método qualitativo, fazendo com que as conclusões apresentadas se apliquem somente à realidade das três hortas estudadas e não permitam generalizações. É válido destacar, dentre os cuidados metodológicos tomados, a inclusão de hortas representativas de diferentes regiões da cidade, mas semelhantes quanto às variáveis socioeconômicas e processo de construção, que envolveu a participação ativa dos usuários na recuperação das áreas de produção, antes abandonadas e utilizadas como depósitos irregulares de resíduos.

Considerações finais

O presente estudo possibilitou uma abordagem diferenciada nas investigações sobre as hortas comunitárias e a afetividade pessoa-ambiente, com ênfase nas vivências dos usuários que tendem a promover a conservação e a proteção ambiental. O uso dos mapas afetivos desempenha um papel relevante na promoção da saúde e do bem-estar das pessoas. Ao permitir a expressão dos afetos e sentidos, esses mapas auxiliam na identificação e compreensão das experiências emocionais e sensoriais das pessoas em relação ao ambiente. No contexto da promoção da saúde, essa ferramenta ajuda a identificar e criar ambientes que promovam experiências emocionais e sensoriais positivas, o que, por sua vez, pode ter impactos positivos na saúde física e mental das pessoas.

Entre os principais resultados, foi constatada a percepção de um ambiente agradável que possibilita a conexão com a natureza, assim como a interatividade e o encontro entre pessoas, vizinhos que até então não se conheciam. Conexões e encontros são temas pertinentes para a educação ambiental e revelam a potencialidade dos sujeitos atuarem na comunidade e no espaço que frequentam como agentes. O papel das hortas na promoção da restauração, ou seja, de um ambiente com potencial restaurativo, é um tema que necessita de mais atenção e novas pesquisas.

Conclui-se que os afetos produzidos pelos usuários na experiência com as hortas comunitárias contribuem para a formação das representações do entorno, além de impactar na percepção da saúde física e mental. Entre os diferentes atributos, a preservação ambiental é um tema incipiente e é fortalecido pelas representações investigadas, porém é importante fortalecer e incentivar as intervenções de educação e sensibilização ambiental, para que os participantes sejam autores e protagonistas em prol do meio ambiente, potencializando a capacidade de gerar ações, modificar e construir realidades.

Colaboradores

Chierrito-Arruda E (0000-0002-2434-5359)*, Alves GC (0000-0002-8612-4463)*, Silva CM

(0000-0001-5386-0205)*, Araujo BP (0000-0001-8204-1735)* e Grossi-Milani R (0000-0003-2918-1266) * contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Nova P, Pinto E, Chaves B, et al. Urban organic community gardening to promote environmental sustainability practices and increase fruit, vegetables and organic food consumption. *Gac. San.* 2020 [acesso em 2023 set 13]; 34(1):4-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.09.001>.
2. Estrada Martinez ME, Escobar Salazar DC. Development of family gardens by Guabeños older adults from El Oro province, Ecuador. *Coop. Desar.* 2020 [acesso em 2023 set 15]; 8(2):349-61. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S2310-340X2020000200349&script=sci_arttext&tlng=en.
3. Lucena TC, Figueroa MEV, Oliveira JCA. Educação ambiental, sustentabilidade e saúde na criação de uma horta escolar: Melhorando a qualidade de vida e fortalecendo o conhecimento. *Rev. bras. educ. saúde.* 2015 [acesso em 2023 set 13]; 5(1):1-9. Disponível em: <https://www.gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/2756>.
4. Costa CAG, Souza JTA, Pereira DD. Horta escolar: alternativa para promover educação ambiental e desenvolvimento sustentável no Cariri Paraibano. *Polêm.* 2015 [acesso em 2023 out 17]; 15(3):1-9. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/polemica.2015.19350>.
5. Quevedo TC, Oliveira AS, Gayeski LM, et al. Produção agroecológica integrada por meio do Projeto Rondon: oficina de horta comunitária, composteira e construção de cisterna. *Conhec. Online.* 2015 [acesso em 2023 out 22]; 7(2):94-99. Disponível em <https://doi.org/10.25112/rco.v2i0.303>.
6. Higuchi MIG, Kuhnen A, Pato C. *Psicologia ambiental em contextos urbanos.* Florianópolis: Edições do bosque; 2019.
7. Kaplan R, Kaplan S. *The experience of nature: A psychological perspective.* New York: Cambridge University Press; 1989.
8. Corral-Verdugo V. *Ambientes positivos: ideando entornos sostenibles para el bienestar humano y la calidad ambiental.* Mexico DF: Pearson Educacion; 2014.
9. Corral-Verdugo V, Frias-Armenta M, Corral-Frías NS, et al. A Modern Framework of Wellbeing from the Perspective of Positive Environments. In: Kemp AH, Edwards DJ, editores. *Broad. Sc. Wellb. Sci. Cham: Palgrave Macmillan;* 2022. [acesso em 2023 set 13]. Disponível em https://doi.org/10.1007/978-3-031-18329-4_7.
10. Kuhnen A. Percepção ambiental. In: Elali GA, Cavalcante S, editores. *Temas Básicos em Psicologia Ambiental.* Petrópolis: Vozes; 2011. p. 250-66.
11. Lynch K. *A imagem da cidade.* São Paulo: Editora Martins Fontes; 1982.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

12. Bomfim ZAC. Cidade e Afetividade: estima e construção dos mapas afetivos de Barcelona e São Paulo. Fortaleza: Edições UFC; 2010.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Catálogo de publicações de agropecuária. Rio de Janeiro: IBGE; 2021.
14. Marostica LMF. Gestão Ambiental Municipal Sustentável. Maringá: Clichetec; 2010.
15. Mariano EF, Milani RG. A promoção da saúde dos usuários das horas comunitárias numa cidade do interior do Paraná. In: Anais do 5º Encontro Internacional de Produção Científica; 2017 [acesso em 2023 out 24]; Maringá. Paraná: Universidade Cesumar; 2017. p. 1-12. Disponível em: https://proceedings.science/proceedings/96/_papers/80382/download/abstract_file1.
16. Egli V, Oliver M, Tautolo E. The development of a model of community garden benefits to wellbeing. *Prev. med. rep.* 2016 [acesso em 2023 set 26]; 1(3): 348-352. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2016.04.005>.
17. Zamith-Cruz J, Lopes A, Carvalho ML. Educação para a autonomia em Lares de Infância e Juventude. *Rev. Pesq. Qual.* 2016 [acesso em 2023 set 26]; 1(1):439-47. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/58>.
18. Branco BHM, Bennemann RM, Grossi-Milani R. Intervenções em Promoção da Saúde. Maringá: Editora Clube de Autores; 2020.
19. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009.
20. Batistoni SS. Gerontologia Ambiental: panorama de suas contribuições para a atuação do gerontólogo. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 2014 [acesso em 2023 out 16]; 17(3):647-57. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13088>.
21. Egli V, Altmann H, Kohler C, et al. The development of a model of community garden benefits to wellbeing. *Prev. med. rep.* 2016 [acesso em 2023 set 16]; 3:348-352. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2016.04.005>.
22. Bauman Z. Comunidade. Rio de Janeiro: Zahar; 2003.
23. Bauman Z. Confiança e medo na cidade. Rio de Janeiro: Zahar; 2009.
24. Rosa DCCB, Roazzi A, Higuchi MIG. Perfil de Afinidade Ecológica: Um estudo sobre os indicadores da postura perante a natureza. *Psico.* 2015 [acesso em 2023 set 16]; 46(1):139-49. Disponível em: <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2015.1.17415>.
25. Uren HV, Dzidic PL, Bispo B. Exploring social and cultural norms to promote ecologically sensitive residential garden design. *Land. urb. plan.* 2015 [acesso em 2023 set 16]; 137:76-84. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.landurbplan.2014.12.008>.
26. Costa CGA, Garcia MT, Ribeiro SM, et al. Hortas comunitárias como atividade promotora de saúde: uma experiência em Unidades Básicas de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva.* 2015 [acesso em 2023 set 16]; 20(10):3099-3110. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.00352015>.
27. Evans A, Bancos K, Jennings R, et al. Increasing access to healthful foods: A qualitative study with residents of low-income communities. *Int. j. behav. nutr. phys. act.* 2015 [acesso em 2023 out 21]; 12(1):1-12. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1479-5868-12-S1-S5>.
28. Dias EG, Duarte YAO, Morgani MH, et al. As atividades avançadas de vida diária como componente da avaliação funcional do idoso. *Rev. ter. ocup.* 2014 [acesso em 2023 out 22]; 25(3):225-32. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v25i3p225-232>.
29. Lynch K. A Imagem da Cidade. São Paulo: Martins Fontes; 2010.
30. Pocinho R, Castro J, Santos G, et al. Redes de Amigos e Vizinhança como Fator de Proteção Social para Pessoas Idosas Isoladas: Estudo Piloto em Aldeias Concelho da Guarda. *Polêm.* 2015 [acesso em 2023 out 21];

- 15(3):11-24. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/polemica.2015.19358>.
31. Krasny ME, Silva P, Barr C, et al. Civic ecology practices: insights from practice theory. *Ecol. Soc.* 2015 [acesso em 2023 out 15]; 20(2):12. Disponível em: <https://doi.org/10.5751/ES-07345-200212>.
32. Bastos A, Farias C, Amorim I, et al. Gerontologia Social, demências e prestação de serviços: Contributos para a prática baseada-na-evidência. *Act. Gerontol.* 2013; 1:1-12.
33. León-Cedeño AA, Ortolan MLM, Sei MB. O papel da convivência na atenção em saúde mental: uma experiência. *Sau. Transf. Soc.* 2017 [acesso em 2023 out 21]; 8(1):129-37. Disponível em: <https://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/4103>.
34. Elali GA, Medeiros STF. Apego ao Lugar: Vínculo com o lugar - Place attachment. In: Elali GA, Cavalcante S, editores. *Temas básicos em Psicologia Ambiental*. São Paulo: Vozes; 2011. p. 53-61.
35. Campos-de-Carvalho MI, Cavalcante S, Nóbrega LMA. Ambiente. In: Cavalcante S, Elali GA, editores. *Temas Básicos em Psicologia Ambiental*. Petrópolis: Vozes; 2011. p. 28-43.
36. Freeman C, Dickinson K, Porter S, et al. "My garden is an expression of me": Exploring householders relationships with their gardens. *Jour. Envir. Psych.* 2012 [acesso em 2023 out 15]; 32(2):135-43. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2012.01.005>.
37. Hale J, Knapp C, Bardwell, et al. Connecting food environments and health through the relational nature of aesthetics: Gaining insight through the community gardening experience. *Soc. sci. med.* 2011 [acesso em 2023 out 22]; 72:1853-63. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.03.044>.
38. Albertin RM, Augusto DC, Mubai BA, et al. Hortas urbanas de Maringá (PR): estudo socioeconômico dos produtores e perceptivo dos transeuntes. *Bol. Geog.* 2016 [acesso em 2023 set 13]; 34(2):98-115. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/BolGeogr/article/view/23600>.
39. Anacleto A, Silva FM. Hortas comunitárias urbanas e periurbanas no estado do Paraná: breve panorama sobre as implicações ambientais, sociais e econômicas. *Dial. Poss.* 2023 [acesso em 2023 set 13]; 22:1-24. Disponível em <https://revista.grupofaveni.com.br/index.php/dialogospossiveis/article/view/1520>.

Recebido em 15/06/2023

Aprovado em 25/10/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (Capes) - Código de Financiamento 001; Instituto Cesumar de Ciência, Tecnologia e Inovação (Iceti) e Programa de incentivo à pesquisa docente do Centro Universitário Cidade Verde (UniCV)

Editora responsável: Jamilli Silva Santos

Ambiente alimentar em um território de vulnerabilidade social em Piraquara-PR

Food environment in a socially vulnerable territory in Piraquara-PR

Leticia Soares Amancio¹, Luiza Buzatto Schemiko¹, Anabelle Retondario¹

DOI: 10.1590/2358-289820241418575P

RESUMO O ambiente alimentar é um conceito fundamental para compreender como o contexto social influencia os comportamentos alimentares. Ele se refere ao conjunto de fatores físicos, econômicos e sociais que afetam o acesso e a disponibilidade de alimentos em uma determinada região. O objetivo deste estudo foi avaliar o ambiente alimentar em uma região de vulnerabilidade social no município de Piraquara, região metropolitana de Curitiba-PR. O ambiente alimentar foi mapeado a partir de busca ativa, virtual e no território, de todo e qualquer dos 122 estabelecimentos de venda de alimentos nas áreas de abrangência das unidades de saúde. Constatou-se a predominância de estabelecimentos de alimentos não saudáveis (62,2%), pequeno número de estabelecimentos que comercializam alimentos saudáveis (9,8%) e alta concentração de qualquer tipo de estabelecimento no entorno de duas das principais vias da região, deixando grandes áreas com maior dificuldade de acesso. Nesse contexto, destaca-se a importância da criação de equipamentos de Segurança Alimentar e Nutricional no município que promovam a garantia de acesso físico e econômico a uma alimentação adequada e saudável para as famílias, especialmente em áreas de vulnerabilidade socioeconômica.

PALAVRAS-CHAVE Segurança alimentar. Ambiente. Vulnerabilidade social.

ABSTRACT *The concept of the food environment plays a crucial role in comprehending how the social context influences eating behaviors. It encompasses a combination of physical, economic, and social factors that impact food access and availability within a specific region. This study aimed to assess the food environment in a socially vulnerable area within the municipality of Piraquara, located in the metropolitan region of Curitiba-PR. The food environment was charted through an active virtual search within the territories covered by health units, leading to the identification of 122 establishments. The analysis revealed a prevalence of unhealthy food vendors in the region (62.2%), a limited number of establishments offering healthy food options (9.8%), and a notable concentration of various types of establishments around two main roads, creating significant access challenges in other areas. In this context, the significance of establishing Food and Nutrition Security facilities in the municipality is underscored. Such initiatives aim to ensure both physical and economic access to suitable and nutritious food, particularly for families residing in socioeconomically vulnerable regions.*

KEYWORDS *Food security. Environment. Social vulnerability.*

¹Universidade Federal do Paraná (UFPR) – Curitiba (PR), Brasil.
anabelle@ufpr.br



Introdução

A Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) é definida como a realização do direito de todos os indivíduos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade e em quantidade suficiente¹. No entanto, o atual sistema neoliberal contribuiu para o aumento de desigualdades sociais, econômicas, de raça e gênero, podendo afetar a condição alimentar e nutricional das populações, expondo-as à Insegurança Alimentar e Nutricional (IAN). A IAN é a violação da SAN e envolve a falta de acesso físico, econômico e social a uma alimentação adequada e saudável².

Diversos fatores são responsáveis pelo aumento da condição de IAN, dentre eles, o Terceiro Regime Alimentar, que se caracteriza pela globalização dos sistemas alimentares, pelo aumento do consumo de alimentos ultraprocessados e por baixo consumo de alimentos *in natura*. Esse padrão alimentar tem contribuído para a má qualidade da alimentação e nutrição de populações de países em desenvolvimento. Nessas populações, coexistem problemas de desnutrição proteico-energética e de micronutrientes juntamente com o aumento da prevalência de sobrepeso, obesidade e outras Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Nesse sentido, a garantia da SAN não se refere somente à necessidade de redução da desnutrição, mas também à promoção da disponibilidade e do acesso a alimentos saudáveis, evitando todas as formas de deficiência de nutrientes e as DCNT³. O ambiente alimentar é um conceito fundamental para compreender como o contexto social influencia os comportamentos alimentares. Ele se refere ao conjunto de fatores físicos, econômicos e sociais que afetam o acesso e a disponibilidade de alimentos em uma determinada região. Segundo Herforth e Ahmed⁴, o conjunto é definido como a disponibilidade, desejabilidade e conveniência de vários alimentos. Destaca-se aqui a ‘disponibilidade’ de alimentos saudáveis em um território, fator que influencia diretamente a escolha e

o consumo desses alimentos pela população. Quando há uma maior oferta de alimentos *in natura*, há um ambiente que favorece uma dieta mais equilibrada e saudável. Por outro lado, se o ambiente alimentar disponibiliza alimentos ultraprocessados, ricos em açúcares, gordura e sódio, tais fatores podem contribuir para uma alimentação menos saudável e mais prejudicial à saúde.

Sendo assim, o objetivo deste estudo foi o de avaliar o ambiente alimentar em uma região de vulnerabilidade social no município de Piraquara-PR e discutir o potencial de promoção da SAN.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa observacional e descritiva realizada no município de Piraquara, Paraná. Essa pesquisa é parte do projeto ‘Situação de insegurança alimentar em crianças, em municípios do Paraná’, coordenado pelo Departamento de Nutrição da Universidade Federal do Paraná (DNUT-UFPR) e desenvolvido em parceria com o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UFPR (PRMSF-UFPR).

Piraquara compõe a região metropolitana de Curitiba-PR. Sua população é estimada em 116.852 pessoas; igualmente urbana e rural; densidade demográfica de 519.61 habitantes/km²; Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,700; Índice de Gini de 0,4307; PIB *per capita* de R\$12.141,28 e ocupa a 398ª posição dentre os 399 municípios do estado. Além disso, Piraquara pertence ao grupo g100, grupo de cidades brasileiras com características de alta vulnerabilidade socioeconômica, ocupando a 89ª posição⁵. Ao todo, Piraquara possui onze Unidades Básicas de Saúde (UBS) distribuídas em três regionais de saúde: quatro na regional Guarituba, quatro na regional Central e três na regional Contorno Leste.

Tendo em vista o objetivo do trabalho, foram selecionadas duas UBS na regional Guarituba, região que concentra a maior parte

da população do município e apresenta maior vulnerabilidade socioeconômica⁵. Adotou-se a amostragem por conveniência, incluindo duas UBS da regional Guarituba e campo de prática de nutricionistas residentes do PRMSF-UFPR.

O ambiente alimentar das duas UBS incluídas no estudo foi mapeado com auxílio do Google Maps (Google, 2020-2023), com posterior triangulação dos dados a partir de observação sistemática do território. Identificou-se todo e qualquer estabelecimento de venda de alimentos nas áreas de abrangência das UBS, pois se entende que a vizinhança é capaz de influenciar os hábitos das pessoas⁶. Primeiramente, a área de abrangência das UBS foi delimitada no Google Maps (Google, 2020-2023) e, por meio da ferramenta Street view, todas as ruas foram analisadas com o objetivo de identificar estabelecimentos que comercializam alimentos. Após essa listagem inicial, as ruas foram percorridas *in loco* sistematicamente para confirmar a existência dos estabelecimentos identificados virtualmente e para identificação de outros possivelmente não listados inicialmente pela busca virtual⁷. Essa metodologia de observação *in loco* é potencialmente mais onerosa, tendo em vista o maior dispêndio de tempo, recursos humanos e recursos financeiros com transporte, mas tem sido citada na literatura como adequada para estudos locais e regionais e com maiores chances de identificação real dos estabelecimentos^{7,8}. Assim, obteve-se uma lista com os

nomes de todos os estabelecimentos identificados no território das duas UBS.

Classificou-se cada estabelecimento em categorias, conforme a metodologia proposta pelo estudo sobre mapeamento dos desertos alimentares no Brasil⁹ (*quadro 1*). De acordo com a Câmara Interministerial de SAN (Caisan)⁹, os comércios de alimentos podem ser classificados em ‘estabelecimentos de aquisição de alimentos *in natura*’, ‘estabelecimentos mistos’ e ‘estabelecimentos de aquisição de ultraprocessados’. Dessa forma, essa classificação considera que estabelecimentos de alimentos *in natura* são aqueles nos quais a aquisição de alimentos *in natura* ou minimamente processados representam mais de 50% da aquisição total, ou seja, nesses estabelecimentos há a predominância de alimentos saudáveis⁹.

Os estabelecimentos mistos são aqueles que oferecem simultaneamente alimentos de todos os grupos alimentares⁹. Por fim, os estabelecimentos de aquisição de ultraprocessados são aqueles nos quais a aquisição de alimentos ultraprocessados representa mais de 50% da aquisição total, ou seja, nesses estabelecimentos há uma predominância de produtos não saudáveis⁹ (*quadro 1*). Essa classificação é baseada nas recomendações do ‘Guia alimentar para a população brasileira’, que tem como regra de ouro ‘Prefira sempre alimentos *in natura* ou minimamente processados e preparações culinárias a alimentos ultraprocessados’¹⁰.

Quadro 1. Categorização dos estabelecimentos de venda de alimentos

Categoria	Tipo de comércio	Definição
Estabelecimentos saudáveis	Hortifruti ou Frutarias	Estabelecimentos que comercializam frutas e hortaliças.
	Açougue	Estabelecimentos cujo principal produto vendido são cortes de carne de vaca e aves.
Estabelecimentos mistos	Supermercado e mercados	Estabelecimentos que comercializam uma grande variedade de produtos.
	Restaurantes	Estabelecimentos que preparam e comercializam refeições a quilo ou self-services, acompanhadas ou não de bebidas.
	Padarias	Estabelecimentos cujo principal produto vendido são itens de panificação.

Quadro 1. Categorização dos estabelecimentos de venda de alimentos

Categoria	Tipo de comércio	Definição
Estabelecimentos não saudáveis	Lojas de doces	Estabelecimentos que comercializam doces, principalmente sob a forma de varejo ou atacado.
	Sorveterias	Estabelecimentos que comercializam sorvetes, picolés e outros gelados comestíveis.
	Lanchonetes	Estabelecimentos que preparam e comercializam lanches, sanduíches e refeições rápidas no geral.
	Bares	Estabelecimentos que comercializam predominantemente bebidas alcoólicas, inclusive para consumo no local.
	Distribuidoras de bebidas	Estabelecimentos que comercializam predominantemente bebidas alcoólicas e não alcoólicas não consumidas no local de venda.

Fonte: elaboração própria a partir de dados da Caisan⁹ e IBGE¹¹.

A metodologia utilizada não necessita de avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, porque não envolve dados obtidos diretamente com participantes ou seres humanos ou informações identificáveis¹². Os resultados foram apresentados em tabela de frequência por tipo de estabelecimento e mapa de distribuição geográfica com o objetivo de promover análise crítica e reflexões baseadas no contexto de saúde da localidade sob estudo.

Resultados e discussão

Identificaram-se 122 estabelecimentos de venda de alimentos nas áreas de abrangência das UBS avaliadas na região do Guarituba,

Piraquara-PR. Após classificação dos estabelecimentos de acordo com a predominância dos itens comercializados, aqueles classificados como venda predominante de alimentos não saudáveis foram identificados em maior frequência (62,3%; n=76), seguidos dos estabelecimentos mistos (27,9%; n=34).

As lanchonetes, distribuidoras de bebidas e sorveterias, respectivamente, foram os estabelecimentos encontrados com prevalência na categoria de estabelecimentos não saudáveis. Os açougues apresentaram prevalência no território (n=3; 2,4%), seguido de frutarias (n=4; 3,3%), lojas de produtos naturais (n=5; 4,1%) e bares (n=6; 4,9%). Os resultados por classificação e tipo de estabelecimento estão apresentados na *tabela 1*.

Tabela 1. Distribuição dos estabelecimentos de venda de alimentos conforme classificação. Piraquara, 2023

Tipo de estabelecimento	n	%	Total (n)	Total (%)
Estabelecimentos saudáveis				
Frutarias e Hortifrutis	4	3,3	12	9,8
Açougues	3	2,4		
Lojas de produtos naturais	5	4,1		
Estabelecimentos mistos				
Restaurantes	7	5,7	34	27,9
Supermercados e mercados	12	10,6		
Panificadoras	15	12,3		

Tabela 1. Distribuição dos estabelecimentos de venda de alimentos conforme classificação. Piraquara, 2023

Tipo de estabelecimento	n	%	Total (n)	Total (%)
Estabelecimentos não saudáveis				
Sorveterias	12	9,8	76	62,3
Comércios de doces, balas, bombons e semelhantes	9	7,4		
Lanchonetes	35	28,6		
Distribuidoras de bebidas	14	11,5		
Bares	6	4,9		
Total			122	100,0

Fonte: elaboração própria.

O ambiente alimentar pode ser definido como a combinação de disponibilidade e acessibilidade aos alimentos. A disponibilidade está relacionada à oferta de alimentos para a aquisição e disponibilidade de estabelecimentos de venda de alimentos. A acessibilidade envolve a localização dos estabelecimentos e a facilidade de chegar ao local segundo a proximidade dos domicílios em relação aos comércios de alimentos. Também diz respeito ao preço do alimento e ao poder de compra dos indivíduos.

Glanz et al.¹³ relatam que o ambiente alimentar é fator determinante no comportamento alimentar dos indivíduos. Sendo assim, ambientes alimentares que oferecem variedade de alimentos saudáveis têm maior potencial para promover dietas saudáveis¹³. No entanto, este estudo constatou a presença de maior número de estabelecimentos que comercializam alimentos ultraprocessados, o que pode resultar em maior aquisição e consumo desses alimentos pela população da região, demonstrando que as famílias do território estão expostas a um ambiente alimentar que não favorece práticas alimentares adequadas e saudáveis.

Segundo Grilo et al.¹⁴, regiões com elevado número de estabelecimentos de venda de alimentos não saudáveis são caracterizadas como ‘pântanos alimentares’. Outro termo utilizado para caracterizar os ambientes alimentares são os chamados ‘desertos alimentares’, considerados locais que apresentam baixa disponibilidade de estabelecimentos que comercializam alimentos saudáveis^{14,15}. Assim, é possível constatar a presença simultânea desses dois ambientes na região avaliada de Piraquara: desertos alimentares, pela pequena quantidade de estabelecimentos que comercializam alimentos *in natura* e minimamente processados, e pântanos alimentares, pela grande quantidade de estabelecimentos que comercializam alimentos ultraprocessados.

Outra questão importante neste estudo foi constatar que a maior parte dos estabelecimentos existentes, independentemente da categoria de alimentos comercializados – saudáveis, mistos e não saudáveis – estava em aglomerados, ou seja, concentrados nas duas principais vias da região: 86,9% (n=106) deles localizados nessas vias ou, no máximo, a duas quadras de distância conforme *figura 1*¹⁶.

Figura 1. Mapa estabelecimentos Piraquara



Fonte: elaboração por meio do sistema QGIS¹⁶.

Tal realidade pode afetar o gasto das famílias com a alimentação, considerando que os moradores que não residem próximo a essas vias precisam realizar grandes deslocamentos para ter acesso aos estabelecimentos. Também se observou que todos os comércios de venda de alimentos saudáveis estão localizados nessas duas vias. Nesse contexto, o acesso a esse tipo de alimento é ainda mais dificultado, tendo em vista que alimentos *in natura* e minimamente processados possuem menor durabilidade e precisam ser adquiridos com maior frequência, acarretando maior número de deslocamentos.

Além da própria exposição exacerbada à venda de alimentos não saudáveis, a questão da praticidade e durabilidade dos alimentos ultraprocessados pode acabar propiciando o aumento na aquisição desses alimentos pelas famílias da região. Sendo assim, essa baixa disponibilidade e dificuldade de acesso aos estabelecimentos de venda de alimentos

saudáveis, tais como frutarias, hortifrutigranjeiros, açougues e lojas de produtos naturais, pode impactar negativamente na qualidade nutricional da alimentação das famílias no território.

Segundo Herforth e Ahmed⁴, adquirir alimentos saudáveis é mais caro do que adquirir alimentos não saudáveis. Ademais, o aumento dos preços dos alimentos afeta de maneira severa os países em que os gastos com alimentação correspondem à maior parte do orçamento familiar. Um estudo realizado em Minas Gerais demonstrou que a distribuição de estabelecimentos de venda de alimentos saudáveis e o consumo de frutas e verduras são maiores em áreas de maior renda¹⁷. Regiões de menor renda costumam apresentar menor disponibilidade e variedade na venda de alimentos, acesso limitado aos alimentos saudáveis e maior exposição à venda de alimentos não saudáveis^{18,19}. Frente ao encontrado, destaca-se que a baixa disponibilidade e o

preço elevado de alimentos saudáveis podem impedir a adoção de um comportamento alimentar saudável, principalmente em famílias de baixa renda¹⁹.

A partir de março de 2020, um dos fatores que vêm afetando o consumo de alimentos de toda a população foi a pandemia da covid-19. Esse período foi marcado no Brasil por aumento do desemprego, perda do poder de compra e desmonte de políticas públicas sociais. Durante a pandemia, houve um aumento expressivo do número de pessoas em IAN na população brasileira e muitas famílias apresentaram dificuldades para adquirir alimentos básicos. De acordo com o II Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da pandemia da Covid-19 (II Vigisan), cerca de 70% das famílias que estavam em IAN moderada ou grave deixaram de comprar carnes, 64% frutas, 63,3% vegetais e 40,3% feijão durante esse período²⁰.

Em novembro de 2022, o custo da cesta básica em Curitiba, por exemplo, foi de R\$ 709,84, comprometendo, em média, 58,10% do salário mínimo para a aquisição de produtos alimentícios essenciais²¹. Logo, qualquer aumento nos preços dos alimentos leva à IAN, seja de forma leve e moderada – em relação à qualidade da alimentação – ou grave – fome –, uma vez que trabalhadores com renda insuficiente, incluindo aqueles que percebem um salário mínimo, não possuem recursos financeiros para comprar alimentos saudáveis de qualidade.

Portanto, considera-se que a IAN é resultado de diversos fatores sociais e econômicos estruturantes. Dentre eles, podemos citar o Terceiro Regime Alimentar: um conceito que descreve a fase atual do sistema alimentar global, caracterizado pela predominância da produção industrializada de alimentos, pela concentração do poder econômico nas mãos de grandes empresas e pela influência do neoliberalismo na regulação dos mercados alimentares²². Esse regime alimentar tem consequências negativas para a saúde e o meio ambiente, como a desnutrição e a obesidade,

o uso excessivo de agrotóxicos e a perda de biodiversidade²³.

Assim, os atores deste Regime Alimentar atuam sob a lógica neoliberal caracterizada pelo alto consumo de alimentos ultraprocessados e baixo consumo de alimentos *in natura* e minimamente processados, culminando num cenário onde desnutrição, obesidade e DCNT coexistem^{24,25}. Esse padrão de alimentação denominado ‘dieta neoliberal’ e suas consequências para a saúde afetam com mais intensidade as pessoas economicamente vulneráveis^{26,27}. Isso é evidente no Brasil, onde as pessoas com baixa escolaridade apresentam os maiores índices de DCNT relacionados à má alimentação, como diabetes e hipertensão²⁷. Do mesmo modo, estudos concluem que a população negra apresenta maiores prevalências dessas DCNT e de seus fatores de risco do que a população branca²⁸.

A dieta neoliberal produz um padrão de consumo desigual, prejudicial à saúde da população. Esse padrão pode ser observado na região onde este estudo foi realizado. Por meio de experiências práticas vividas pelas autoras em atendimentos nutricionais, bem como por pesquisas realizadas anteriormente no território, é possível constatar tanto o elevado grau de IAN dessa população, caracterizado principalmente pela baixa qualidade da alimentação, como a epidemia de sobrepeso, obesidade e DCNT, associada à baixa renda, baixa escolaridade e questões de gênero e raça.

Amancio e Retondario²⁹ avaliaram uma amostra de 156 crianças menores de cinco anos de idade, beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF) na região do Guarituba, em Piraquara. As autoras identificaram uma prevalência de 73,7% de famílias em situação de IAN, sendo 51,3% em IAN do tipo leve. Esse nível de insegurança alimentar reflete a preocupação ou incerteza das famílias quanto ao acesso aos alimentos, além da redução na qualidade da alimentação. O estudo concluiu pelo elevado consumo de alimentos ultraprocessados (64,1%), baixa diversidade alimentar (13,8%) e alta prevalência de crianças com

IMC ou idade acima da eutrofia (36,3%). Além disso, o estudo identificou associação entre o índice estatura por idade com IAN, indicando prejuízos no crescimento e desenvolvimento de crianças que estavam em situação de insegurança alimentar.

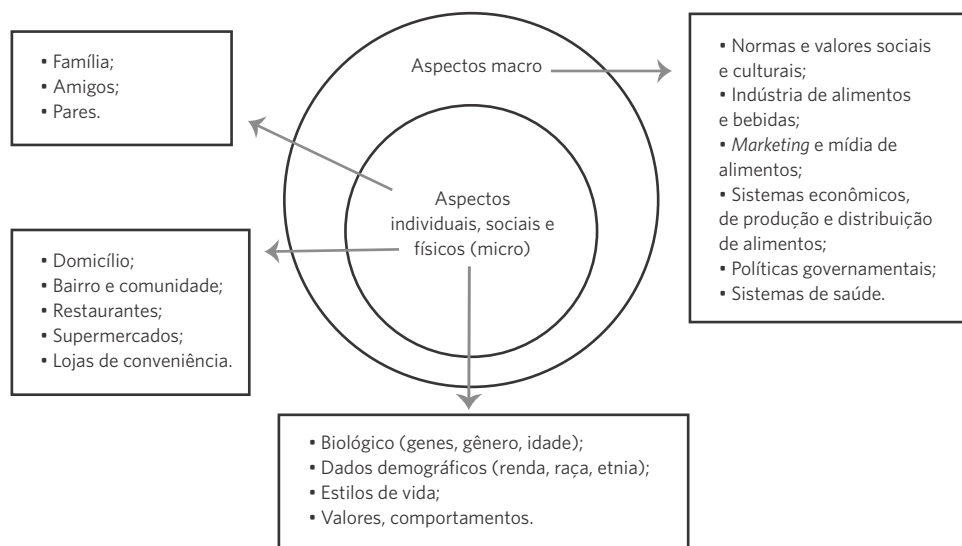
Em outro estudo realizado, também, na região do Guarituba, em Piraquara, utilizou-se abordagem qualitativa para se compreenderem as relações entre os determinantes sócio-políticos, econômicos e ambientais e a IAN de mulheres chefes de domicílio. Observou-se que 13 das 15 mulheres avaliadas apresentaram algum grau de IAN. Os resultados revelaram que a baixa renda associada ao preço dos alimentos, à dificuldade de acesso a alimentos *in natura* no território, à violência psicológica, emocional e patrimonial, à pandemia de covid-19 e às ações do governo federal entre 2016 e 2022 foram barreiras para a garantia da segurança alimentar das mulheres analisadas³⁰.

É relevante destacar que o contexto alimentar que se forma em uma determinada região pode ser moldado tanto por fatores ‘micro’ – tais como aspectos individuais, sociais e físicos em nível local – como por fatores ‘macro’.

elementos ‘micro’ englobam considerações individuais: fatores biológicos, demográficos, estilo de vida e valores; sociais: incluindo relações interpessoais com familiares, amigos e pares; e do ambiente físico: que engloba os locais onde as pessoas fazem suas refeições ou adquirem alimentos, como suas casas, restaurantes e supermercados, entre outros³¹.

Por outro lado, os aspectos ‘macro’ são influenciados por fatores como estratégias de *marketing* de alimentos, normas sociais, sistemas de produção e distribuição, políticas agrícolas e sistemas de preços. Esses elementos exercem uma influência indireta no comportamento individual, desempenhando um papel significativo nas escolhas pessoais de consumo alimentar^{7,31}, escolhas essas que são individuais, mas que aos indivíduos não cabe escolher livremente. Essas escolhas devem ser selecionadas apenas dentre as possibilidades regidas ou disponibilizadas pelo sistema, conforme a renda, raça e cor, gênero, posicionamento social e geográfico, dentre outras características em que as pessoas são enquadradas, pois nem tudo está ao alcance de todas as pessoas⁷ (figura 2).

Figura 2. Fatores que influenciam o ambiente alimentar



Fonte: adaptado de Story et al.⁷ e Paula³².

Pode-se afirmar, portanto, que os fatores macro e micro estão interligados: as pautas políticas que o governo de determinado país, estado ou município defende, como por exemplo, políticas de melhoria de trabalho, renda, educação, gênero, raça e saúde, medidas de reforma agrária, assistência social e de SAN determinam as práticas alimentares em nível macro e micro, influenciando na produção sustentável de alimentos, formas de abastecimento alimentar tais como produção e transporte de alimentos, produção ou redução das iniquidades sociais, nível socioeconômico das famílias e indivíduos, localidade dos indivíduos e comunidades, práticas alimentares, ou cultura alimentar e ambiente alimentar^{7,32}. A fome é uma questão política, a alma da fome é política, as decisões políticas – acordos e alianças – perpetuam a fome, mantêm as pessoas passando fome. Ela pode ser atenuada ou agravada em determinado grau, mas sempre perpetuada^{33,34}.

No entanto, durante a análise do território em questão em nível local, observou-se que as políticas públicas e programas para o enfrentamento dos fatores levantados acima estavam escassos e, alguns deles, extintos. Durante os governos de 2016 a 2022, o país sofreu uma série de desmontes de políticas públicas sociais, as quais impactaram diretamente a alimentação e nutrição das famílias brasileiras²⁶. De acordo com os trabalhos realizados e observações de campo, explicitou-se que as políticas e programas federais, estaduais e municipais de SAN que resistiram aos governos de 2016 a 2022 – Programa Bolsa Família, Programa Auxílio Brasil, Programa Leite das Crianças e distribuição de cestas básicas – foram determinantes para que a população do município de Piraquara não sofresse ainda mais com a privação total de alimento, com a fome.

Porém, mesmo com a existência desses programas e políticas, ressalta-se que poucos foram os estabelecimentos comerciais de vendas de produtos *in natura* identificados no território e que não há equipamentos públicos

de SAN no município, como sacolão ou armazéns da família e restaurantes ou mercados populares, sendo uma barreira a ser enfrentada na garantia da SAN dessa população^{29,30}. Conforme mencionado por Swinburn et al.³⁵, políticas públicas que objetivam modificar os ambientes alimentares têm um impacto mais amplo em comparação com programas de educação e promoção da saúde. Isso ocorre porque essas políticas afetam toda a população, são sustentáveis, têm uma abordagem sistêmica e são capazes de promover mudanças comportamentais significativas. Outra questão relevante é a intervenção em ambientes alimentares por meio de ações estatais, regulamentações, políticas públicas, programas e equipamentos, que moldam a composição dos ambientes e afetam o acesso a diferentes tipos de alimentos e estabelecimentos.

Os ambientes alimentares são imersos na dinâmica do sistema alimentar neoliberal e refletem as tendências do sistema político e econômico em vigência, produzindo ambientes obesogênicos. Esses ambientes reforçam o poder das corporações e aprofundam as desigualdades e iniquidades em saúde e nutrição. Diante desse padrão alimentar desigual, é importante planejar intervenções públicas focadas na promoção e concretização da equidade social e econômica. Para promover ambientes alimentares mais equitativos, é preciso implantar medidas de controle democrático na regulamentação e distribuição de recursos públicos. Isso é especialmente importante para garantir a disponibilidade de alimentos saudáveis³².

O presente estudo possui algumas limitações que precisam ser destacadas, como a limitação territorial da pesquisa a duas UBS do município, o que se justifica pelo método de observação sistemática *in loco*⁷, tornando-o mais oneroso do ponto de vista de recursos humanos, financeiros e de tempo⁸. No entanto, as Unidades foram selecionadas na área de maior vulnerabilidade social do município, o que se procurou deixar claro no título e nos objetivos do trabalho. Outro ponto que merece

ser trazido à luz é a ausência de dados sobre raça ou cor da população da área estudada.

A população negra, por um processo histórico de escravização e marginalização, tem acesso dificultado à educação formal, é submetida de maneira desigual a trabalhos precários, com menor renda, segregação em favelas e comunidades urbanas, o que coloca essas pessoas em situação vulnerável para a IAN^{36,37}. Neste estudo, tendo em vista a metodologia de observação do ambiente em vez da coleta de dados com as pessoas que residem nesses territórios, não houve dados disponíveis sobre raça ou cor da população especificamente na região das UBS. Dados disponíveis dizem respeito ao município como um todo³⁸, onde consta que, em 2022, 57,3% da população era branca e 6,7% era negra. Tendo em vista o processo de periferização da população negra e pobre³⁹ e que o território em estudo se localiza em uma área de maior vulnerabilidade social do município, acredita-se que haja uma predominância de pessoas negras nessa localidade.

Como pontos fortes, pode-se ressaltar em primeiro lugar a escolha do método científico, que triangula informações obtidas por meio de ferramentas virtuais com a observação sistemática *in loco*, permitindo melhor expressão da realidade no período da coleta. Ainda, a representação gráfica dos estabelecimentos permite uma melhor visualização do espaço e da distribuição dos estabelecimentos no território.

Considerações finais

Observou-se um ambiente alimentar com predominância de estabelecimentos de alimentos não saudáveis, pequeno número de estabelecimentos que comercializam alimentos saudáveis e alta concentração de qualquer tipo de estabelecimento no entorno de duas principais vias da região, deixando grandes áreas com dificuldade de acesso ainda maior. Conhecer o ambiente alimentar no qual os indivíduos estão expostos é importante para o planejamento de ações em saúde e políticas públicas que atuam na garantia da SAN e do Direito Humano à Alimentação Adequada da população. É fundamental a criação de equipamentos de SAN no município que promovam o acesso físico e econômico a uma alimentação adequada e saudável, de qualidade, especialmente próximo às áreas onde se encontram famílias em situação de vulnerabilidade socioeconômica.

Colaboradoras

Amancio LS (0000-0002-4716-2846)* e Schemiko LB (0000-0001-9561-2584)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito e participaram da aprovação da versão final. Retondario A (0000-0002-8809-5627)* contribuiu para a revisão crítica, redação e aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Brasil. Lei nº11.346 de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Diário Oficial da União. 15 Set 2006.
2. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. O Direito Humano à Alimentação Adequada e o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Brasília, DF: ABRANDH; 2013. [acesso em 2023 nov 23]. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/seguranca_alimentar/DHAA_SAN.pdf.
3. Food and Agriculture Organization of the United Nations. The state of food security and nutrition in the world 2020. 2020. [acesso em 2023 out 28]. Disponível em: https://www.fao.org/3/ca9692en/online/ca9692en.html#chapter_1_3.
4. Herforth A, Ahmed S. The food environment, its effects on dietary consumption, and potential for measurement within agriculture-nutrition interventions. *Food Security*. 2015; 7:505-20.
5. Piraquara. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2018-2021. 2017. [acesso em 2023 out 28]. Disponível em: [https://piraquara.pr.gov.br/aprefeitura/secretariaseorgaos/saude/uploadAddress/PMS-2018-2021-Piraquara-compressed\[12151\].pdf](https://piraquara.pr.gov.br/aprefeitura/secretariaseorgaos/saude/uploadAddress/PMS-2018-2021-Piraquara-compressed[12151].pdf).
6. Roux AVD, Mair C. Neighborhoods and health. *Annals New York Acad Scienc*. 2010; 1186(1):125-45
7. Story M, Kaphingst KM, Robinson RB, et al. Creating Healthy Food and Eating Environments: Policy and Environmental Approaches. *Annu Rev Public Health*. 2008; 29:253-72.
8. Kelly B, Flood VM, Yeatman H. Measuring local food environments: An overview of available methods and measures. *Health & Place*. 2011; 17(6):1284-93.
9. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social, Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. Estudo técnico: Mapeamento dos desertos alimentares no Brasil. 2018. [acesso em 2023 out 28]. Disponível em: https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirms/noticias/arquivos/files/Estudo_tecnico_mapeamento_desertos_alimentares.pdf.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população Brasileira. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014. [acesso em 2023 out 28]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Classificação Nacional de Atividades Econômicas - CNAE. 2023. [acesso em 2023 set 29]. Disponível em: <https://www.gov.br/receitafederal/pt-br/assuntos/orientacao-tributaria/cadastros/cnpj/classificacao-nacional-de-atividades-economicas-2013-cnae>.
12. Bendati MMA, Zucolotto AM. Sequência didática para a discussão em ética em pesquisa com seres humanos: A Resolução CNS nº 510/2016 para as Ciências Humanas e Sociais. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Educapes; 2019. [acesso em 2023 out 28]. Disponível em: <https://educapes.capes.gov.br/handle/capes/553824>.
13. Glanz K, Sallis JF, Saelens BE, et al. Healthy Nutrition Environments: Concepts and Measures. *Am J Health Promot*. 2005; 19(5):330-3.
14. Grilo MF, Menezes C, Duran AC. Mapeamento de pântanos alimentares em Campinas, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2022; 27(7):2717-28.
15. Mui Y, Jones-Smith JC, Thornton RLJ, et al. Relationships between Vacant Homes and Food Swamps: A Longitudinal Study of an Urban Food Environment. *Int J Environ Res Public Health*. 2017; 14(11):1426.

16. QGIS: Sistema de Informação Geográfica livre e aberto. [Versão 3.36.2]. [Sem local]: 2023. [acesso em 2023 nov 3]. Disponível em: https://qgis.org/pt_BR/site/.
17. Pessoa MC, Mendes LL, Gomes CS, et al. Food environment and fruit and vegetable intake in a urban population: A multilevel analysis. *BMC Public Health*. 2015; 15:1012.
18. Peres CMC, Costa BVL, Pessoa MC, et al. O ambiente alimentar comunitário e a presença de pântanos alimentares no entorno das escolas de uma metrópole brasileira. *Cad. Saúde Pública*. 2021; 37(5):e00205120.
19. Cunha CML, Canuto R, Rosa PBZ, et al. Associação entre padrões alimentares com fatores socioeconômicos e ambiente alimentar em uma cidade do Sul do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2022; 27(02):687-700.
20. Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional. Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil. 2022. [acesso em 2023 set 29]. Disponível em: <https://olheparaafome.com.br/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-II-VIGISAN-2022.pdf>.
21. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. Custo da cesta Básica diminui em 12 capitais. Nota à imprensa. 2022. [acesso em 2023 out 28]. Disponível em: https://www.dieese.org.br/analisecestabasica/2022/202209_cesta-basica.pdf.
22. Paula NF, Bezerra I, Paula NM. Saúde coletiva e agroecologia: necessárias conexões para materializar sistemas alimentares sustentáveis e saudáveis. *Saúde debate*. 2022; 46(esp2):262-76.
23. Friedmann H. From Colonialism to Green Capitalism: Social Movements and the Emergence of Food Regimes. *New Directions in the Sociology of Global Development*. Emerald Group Publis Limited. 2005; 11:227-64.
24. Swinburn BA, Sacks G, Hall KD, et al. The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. *Lancet*. 2011; 378(9793):804-14.
25. Guerra LDS, Bezerra ACD, Carnut L. Da fome à palatabilidade estéril: ‘espessando’ ou ‘diluindo’ o Direito Humano à Alimentação Adequada no Brasil? *Saúde debate*. 2020; 44(127):1231-45.
26. Otero G, Pechlaner P, Gürçan EC. The Neoliberal Diet: Fattening Profit and People. *The Routledge Handbook of Poverty in the United States*. [Sem local]: Routledge; 2015.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019. [acesso em 2023 nov 13]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-contudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2018.pdf/view>.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2018 População Negra: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019. [acesso em 2024 jan 18]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2018_populacao_negra.pdf.
29. Amancio LS, Retondario A. Insegurança alimentar e nutricional em crianças menores de cinco anos em vulnerabilidade social. [monografia]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2022.
30. Schemiko LB, Lang RM, Retondario A, et al. Insegurança alimentar e nutricional de mulheres chefes de domicílio e o contexto socioeconômico, político e ambiental em que estão inseridas. [monografia]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2022.
31. Paul CJ, Paul JE, Anderson RS. The local food environment and food security: the health behavior

- role of social capital. *Int J Environ Res Public Health*. 2019; 16(24):5045.
32. Paula NF. Os ambientes alimentares no âmbito do regime alimentar neoliberal: estudo de caso em Curitiba/Brasil. [tese]. Universidade Federal do Paraná. 2021.
33. De Souza H, Rodrigues C. *Ética e cidadania*. 1. ed. São Paulo: Editora Moderna, 2007.
34. Castro J. *Geografia da fome: O dilema brasileiro: pão ou aço*. 10. ed. Rio de Janeiro: Antares, 1980.
35. Swinburn BA, Sacks G, Hall KD, et al. The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. *Lancet*. 2011; 378(9793):804-14.
36. Ribeiro A, Gonçalves E. bell hooks. *Ensinando comunidade: uma pedagogia da esperança*. *Cadernos de Linguagem e Sociedade*. 2022; 23(2):329-32.
37. Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional. *Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil. Suplemento II: Insegurança Alimentar e Desigualdades de raça/cor da pele e gênero*. 2023. [acesso em 2024 jan 18]. Disponível em: <https://olheparaafome.com.br/wp-content/uploads/2023/06/OLHERacaEGenero-Diag-v7-R05-26-06-2023.pdf>.
38. Nascimento GP. A racialização do espaço urbano da cidade de Curitiba - PR. *Geog Ens Pesq*. 2021; 25:1-32.
39. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Panorama: Censo demográfico 2022*. [acesso em 2023 nov 13]. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>.

Recebido em 15/05/2023

Aprovado em 06/02/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Brasil. Ministério da Educação. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Paraná (UFPR)

Editora responsável: Jamilli Silva Santos

Environmental and occupational exposure to pesticides according to sociodemographic factors that affect cancer patients in Mato Grosso, Brazil

Exposição ambiental e ocupacional a agrotóxicos segundo fatores sociodemográficos em pacientes com câncer em Mato Grosso, Brasil

Mariana Rosa Soares¹, Marcia Leopoldina Montanari Corrêa¹, Amanda Cristina de Souza Andrade¹, Maelison Silva Neves¹, Haya Del Bel¹, Noemi Dreyer Galvão^{1,2}, Pablo Cardozo Rocon¹

DOI: 10.1590/2358-289820241418514PI

ABSTRACT The goal of this study was to estimate the prevalence of environmental and occupational exposure to pesticides according to sociodemographic factors among cancer patients. It is a cross-sectional study with cancer patients in the state of Mato Grosso. The prevalence of environmental and occupational exposure to pesticides was calculated as to the variables gender, age, macro-region, and education. Pesticide use per agricultural crops in liters was estimated, and a thematic map was constructed following the macro-region of the agricultural economy. Of the 998 patients, most were female (54.9%), aged between 50 and 69 years old (50.1%), had less than eight years of schooling (60.7%), and resided in the South-Central macro-region (55.4%). Regarding environmental and occupational exposure, 53.1% of the patients live or have lived in a municipality with agricultural plantations; 17.4% lived near crops; 43.4% worked in agriculture, livestock, or extractivism; and 22.9% worked or work directly with pesticides. Environmental and occupational exposure was higher in males, in the older age groups, schooling from 0 to 4 years, and in the macro-regions with higher pesticide use. The study concluded that environmental and occupational exposure among cancer patients is associated to sociodemographic characteristics and macro-regions of the agricultural economy.

KEYWORDS Pesticides. Neoplasms. Occupational exposure. Environmental exposure.

RESUMO O objetivo deste estudo foi estimar a prevalência de exposição ambiental e ocupacional aos agrotóxicos conforme fatores sociodemográficos entre pacientes com câncer. Trata-se de um estudo observacional de delineamento transversal com pacientes com câncer do estado de Mato Grosso. Foi calculada a prevalência de exposição ambiental e ocupacional aos agrotóxicos conforme as variáveis sexo, faixa etária, região e escolaridade. Foram estimados o uso de agrotóxicos por culturas agrícolas em litros e construído mapa temático segundo a macrorregião de economia agropecuária. Dos 998 pacientes, a maioria era do sexo feminino (54,9%), tinha entre 50 e 69 anos (50,1%), possuía menos de oito anos de escolaridade (60,7%) e residiam na macrorregião Centro-Sul (55,4%). Em relação à exposição ambiental e ocupacional, 53,1% dos pacientes moram ou moraram em município com plantação agrícola, 17,4% residiam próximo à lavoura, 43,4% trabalharam na agricultura, pecuária ou extrativismo e 22,9% trabalharam ou trabalham diretamente com agrotóxicos. A exposição ambiental e ocupacional foi maior no sexo masculino, nas faixas etárias mais elevadas, escolaridade de 0 a 4 anos e nas macrorregiões de maior uso de agrotóxicos. Conclui-se que a exposição ambiental e ocupacional entre pacientes com câncer se associou as características sociodemográficas e macrorregiões de economia agropecuária.

PALAVRAS-CHAVE Agrotóxicos. Neoplasias. Exposição ocupacional. Exposição ambiental.

¹Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Cuiabá (MT), Brasil.
enf.marianasoares@gmail.com

²Secretaria do Estado de Saúde de Mato Grosso (SES-MT) - Cuiabá (MT), Brasil.



Introduction

Brazil is the largest pesticide consumer in the world, and the State of Mato Grosso is the largest consumer in Brazil^{1,2}. Such consumption is directly related to the agribusiness production process, which involves the large-scale use of pesticides in aerial, tractor, or manual spraying^{2,3}.

As to Pignati et al.² and Oliveira et al.⁴, the contamination of the air, rainwater, rivers, springs, and soil results from the increase in pesticide drift and residues. This widespread chemical contamination scenario exposes human health to risks, and environmental health is harmed due to large-scale releases of new pesticides in Brazil in recent years. The underreporting of pesticide poisonings in Brazil and in the state of Mato Grosso^{5,6} is also an issue. As to Bombardi¹, it is also possible to infer the presence of a large number of under-reported pesticide poisoning episodes as to observe the ratio between the low number of reported intoxication and the pesticide sales volume.

Pignati et al.^{2,3,5}, Bombardi¹, Curvo et al.⁷, Neves and Pignati⁸, Costa et al.⁹, Lara et al.¹⁰, Soares et al.¹¹, Mostafalou and Abdollahi.¹², Guyton et al.¹³, IARC¹⁴, and Seralini et al.¹⁵ have shown the most relevant acute and chronic poisoning effects on the health of workers, populations, and the environment due to the use of pesticides, fertilizers, and transgenic seeds, among them are: adult and child cancers, endocrine disorders, neurological and cognitive disorders, fetal malformation, mental illness, suicide, miscarriage, evolving in many cases to death or irreversible damage to the health of individuals. Nogueira et al.¹⁶, Pluth et al.¹⁷, Lerro et al.¹⁸ and Moura¹⁹ reveal the increased risk of breast, prostate, lung, bladder, and lymphoma cancers due to environmental and occupational exposure to pesticides.

Given the above – contributing factors to the processes of surveillance, notification, and expansion of information on the effects of acute and chronic poisoning by pesticides in

Brazil –, this article aims to estimate the prevalence of environmental and occupational exposure to pesticides as per sociodemographic factors among cancer patients in Mato Grosso.

Material and methods

This study is part of the research project ‘Cancer and its associated factors: analysis of population-based and hospital registry in Cuiabá-MT’, developed by the Institute of Collective Health-UFMT, by means of NEAST – Center for Environmental, Health and Labor Studies and VIGICAN Project in partnership with the State Department of Health (SES-MT) and funded by the Ministry of Labor (MPT) 23rd Region.

This is an observational, cross-sectional study of cancer patients aged 18 years or older treated in oncology referral services in the state. The cancer care network in the state has five services qualified as UNACON, being three in the capital and two in the state²⁰ countryside. The institutions select for study²⁰ comprised the Júlio Muller University Hospital (HUJM), the teaching hospital of the Federal University of Mato Grosso (UFMT), and the Mato Grosso Cancer Hospital (HCan) – a High Complexity Oncology Care Unit (UNACON), reference in cancer care in the State, and responsible for about 70% of the total oncology care in Mato Grosso.

A convenience sample of patients aged 18 years or older under treatment for cancer seen at the outpatient clinics of HCan and HUJM, was selected during the period from November 2019 to March 2020. All those who were waiting for care on the day of data collection were invited to participate in the survey.

The maximum proportion ($p = 0.50$), a tolerable error (2.5%), and a confidence level (95%) were taken into account for the sample calculation of cancer patients interviewed in the two selected hospital units, the number of admissions from the hospital cancer registry (2015), of patients aged 20 years or older

units. The estimated sample size was 1,050 patients, considering 10% of losses. A total of 1,122 patients over 18 years of age were invited to participate in the survey, of whom six refused, 21 could not locate their records, and 83 had an unconfirmed cancer diagnosis. The final sample was made up of 1,012 patients, 968 of whom were treating at the HCan outpatient clinic and 44 at the HUJM. Of this total, 14 (1.4%) were excluded for living in other states, why 998 patients remained in the sample analyzed.

Data collection was performed by trained interviewers by means of face-to-face interviews in a place reserved for this purpose in the outpatient clinics, with the aid of an electronic data collector (Open Data Kit – ODK) installed on an Android tablet. We used a structured questionnaire divided into twelve blocks previously tested in the pilot study.

Environmental exposure to pesticides was measured by two questions: ‘Are there agricultural crops in the municipality you live or have lived in last ten years? (soybean, corn, cotton, and sugarcane)?’ (yes; no); and ‘Is your residence close to any crops?’ (yes; no). Occupational exposure to pesticides was measured by two questions: ‘Has the respondent worked in agriculture, livestock or extractivism?’ (yes; no); and ‘Have you worked or do you work with pesticides: insecticides, fungicides, herbicides, acaricide?’ (yes; no). The distance from the residence to the farm was also evaluated: less than 10 meters, 10 to 50 meters, 50 to 90 meters, 90 to 300 meters, 300 to 1,000 meters, and more than 1,000 meters.

The independent variables were gender: male and female; age group: 18 to 39; 40 to 49; 50 to 59; 60 to 69; 70 years or older; education: 0 to 4; 5 to 8; 9 to 11; 12 years or more; and municipality of residence following the macro-regions of agricultural economy: South Central; Middle North; Northeast; Northwest; North; West, and Southeast²¹.

To estimate the use of pesticides by municipalities and agricultural crops, we collected information on the planted area in hectares as

for the municipal agricultural production of IBGE/SIDRA and the Pignati et al.²² method, which estimates the consumption of pesticides per liter according to permanent and temporary cultures and municipalities. After the calculation, carried out by multiplying the planted area per crop and the estimated pesticide use per liter, we summed up the consumption per year and per municipality and calculated the mean of the period for the seven macro-regions of the Agricultural Economics Institute (IMEA)²¹.

Descriptive analysis was performed using absolute and relative frequencies and the calculation of the mean and Standard Deviation (SD). We estimated the prevalence and respective confidence intervals (95%CI) of environmental and occupational pesticide exposure according to gender, age group, education, and agricultural economy macro-regions. Pearson’s chi-square test was applied to investigate the factors associated with exposure to pesticides. The analyses were performed in STATA software version 16.0 and R version 4.1.0. This study adopted a 5% significance level. The thematic map was constructed by using ESRI’s ArcGis 10.5 geographic software and the digital mesh of municipalities in Mato Grosso²³.

The project and this study were approved by the Ethics Committee of the Júlio Muller University Hospital (CEP-HUJM) CAAE: 98150718.1.0000.8124, opinion number 3.048.183 dated 11/20/2018, and by the CEP SES-MT CAAE: 98150718.1.3003.5164, opinion number 3.263.744 dated 12/04/2019. They also received a public funding provided by the technical cooperation agreement No. 08/2019, signed between the Public Ministry of Labor of Mato Grosso, 23rd region, and the Institute of Collective Health of UFMT.

Results

The mean age among the 998 patients was 56.7 years old (SD: 14.3); the majority of females

(54.9%); age group between 50 and 69 years of age (50.1%), less than eight years of schooling (60.7%); residing in the Central-South macro-region (55.4%), where the capital Cuiabá is

located (28.2%); it is followed by the Southeast macro-region (14.2%), and, in a smaller proportion, by the Northeast macro-region (3.5%; *table 1*).

Table 1. Sociodemographic characteristics of cancer patients treated at referral hospitals, Mato Grosso, 2019 to 2020

Variables	%	CI95%
Gender		
Male	54.9	51.7 - 57.9
Female	45.1	42.1 - 48.2
Age Group (years)		
18-39	13.3	10.4 - 17.0
40-49	16.8	13.4 - 20.7
50-59	24.5	20.5 - 28.9
60-69	25.6	21.6 - 30.0
70 or more	19.9	16.3 - 24.0
Education (years)		
0 to 4	49.3	44.5 - 54.2
4 to 8	11.4	8.7 - 14.9
9 to 12	27.0	22.9 - 31.5
12 or more	12.0	9.2 - 15.6
Macro-region		
Mid-North	5.6	3.5 - 8.8
Northeast	3.5	1.9 - 6.2
Northwest	5.6	3.5 - 8.8
North	8.1	5.5 - 11.7
West	7.5	5.1 - 11.0
Southeast	14.2	10.8 - 18.6
South Center	55.4	49.7 - 60.9

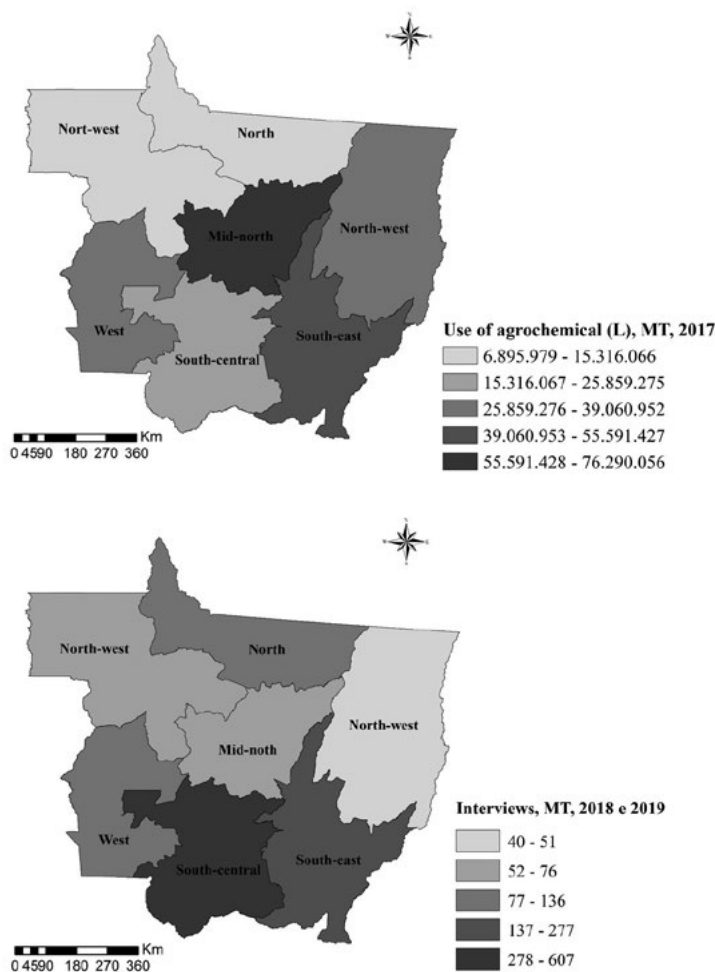
Source: Own elaboration.

CI95%: 95% confidence interval.

Regarding the spatial distribution of pesticide use according to the macro-region of the agricultural economy, we observed higher consumption in the mid-north macro-region, followed by the Southeast and West

macro-regions (*figure 1-A*). Most of the patients surveyed reside in the South-Central macro-region, followed by the Southeast, West, and North macro-regions (*figure 1-B*).

Figure 1 . Spatial distribution of the quantitative use of pesticides and interviews with cancer patients in Mato Grosso, 2017 e 2019



Source: IBGE/SIDRA²⁴

Regarding environmental and occupational exposure to pesticides, 53.1% live or have lived in a municipality with agricultural crops; 17.4% lived near a plantation; 43.4% have worked in agriculture, livestock, or extractivism; and 22.9% have worked or work with pesticides

(tables 2 and 3). Among those who reported living near crops, 39.0% resided more than 1,000 meters away, 22.6% from 300 to 1,000 meters, 26.3% from 50 to 300 meters, and 11.6% less than 50 meters away.

Table 2. Prevalence of environmental and occupational exposure to pesticides according to sociodemographic variables in patients. Mato Grosso, 2019-2020

Variables	Lives or has lived in a municipality with agricultural crops		Lives near a farm	
	%	CI95%	%	CI95%
Total	53.1	50.0 - 56.2	17.4	15.1 - 19.8
Gender				
Male	59.1	54.5 - 63.6*	20.4	16.9 - 24.4
Female	47.2	43.0 - 51.3	14.8	12.1 - 18.0
Age Group (years)				
18-39	48.1	39.7 - 56.6	19.5	13.6 - 27.1
40-49	47.3	39.8 - 54.9	18.0	12.8 - 24.5
50-59	59.4	53.1 - 65.4	18.4	14.0 - 23.8
60-69	51.4	45.2 - 57.4	14.9	11.0 - 19.8
70 or more	53.0	46.1 - 59.9	17.2	12.5 - 23.1
Education (years)				
0 to 4	60.2	55.7 - 64.4*	19.3	16.0 - 23.0*
4 to 8	50.0	40.9 - 59.1	21.0	14.5 - 29.5
9 to 12	45.7	39.8 - 51.7	16.0	12.1 - 20.9
12 or more	40.0	31.6 - 49.0	9.2	5.1 - 15.8
Region				
Mid-North	91.1	80.2 - 96.2*	32.1	21.2 - 45.3*
Northeast	88.6	73.2 - 95.6*	31.4	18.3 - 48.3*
Northwest	69.6	56.4 - 80.2*	16.1	8.5 - 28.1
North	69.1	58.3 - 78.2*	12.6	7.6 - 22.9
West	76.0	65.1 - 84.3*	34.7	24.8 - 46.1*
Southeast	74.6	66.8 - 81.1*	25.3	18.8 - 33.1*
South Center	33.3	29.5 - 37.4	11.2	8.9 - 14.1

Source: Own elaboration.

% - prevalence; CI95%: 95% confidence interval. * p<0.05 - Chi-square test.

The highest prevalence of living or having lived in a municipality with an agricultural plantation was among males, with 0 to 4 years of schooling and who did not reside in the South-Central macro-region. Living close to crops was more frequent among those with 0 to 4 years of schooling, 4 to 8 years of schooling, and who resided in the Western,

Mid-Northern, and Northeastern macro-regions. Working in agriculture, livestock, or extractivism and working or having worked directly with pesticides was more frequent among males, older age group, increasing dose-response effect, from 0 to 4 years of schooling, who did not reside in the South-Central macro-region (tables 2 and 3).

Table 3. Prevalence of environmental and occupational exposure to pesticides according to sociodemographic variables in patients. Mato Grosso, 2019-2020

Variables	Worked in agriculture, livestock or extractivism		Worked or works directly with pesticides	
	%	CI95%	%	CI95%
Total	43.4	40.3 - 46.5	22.9	20.4 - 25.6
Gender				
Male	60.0	55.4 - 64.4*	38.9	34.5 - 43.4*
Female	29.6	25.9 - 33.5	9.0	6.8 - 11.6
Age Group (years)				
18-39	9.78	5.7 - 16.1	9.0	5.2 - 15.2
40-49	26.3	20.2 - 33.5*	18.0	12.8 - 24.5
50-59	45.9	39.7 - 52.2*	23.4	18.4 - 29.1*
60-69	55.3	49.1 - 61.3*	24.3	19.4 - 29.9*
70 or more	61.6	54.6 - 68.1*	31.8	25.7 - 38.6*
Education (years)				
0 to 4	62.2	57.8 - 66.3*	31.5	27.5 - 35.7*
4 to 8	37.7	29.3 - 46.9*	21.9	15.2 - 30.4
9 to 12	22.3	17.7 - 27.7	11.1	7.9 - 15.5
12 or more	17.5	11.7 - 25.4	11.7	7.3 - 18.7
Region				
Mid-North	51.8	38.9 - 64.4*	30.4	19.8 - 43.5
Northeast	60.0	43.2 - 74.7*	34.3	19.7 - 43.5*
Northwest	55.4	42.2 - 67.8*	39.3	27.4 - 52.5*
North	59.2	48.3 - 69.4*	39.5	29.4 - 50.5*
West	54.7	43.3 - 65.5*	32.0	22.4 - 43.3*
Southeast	52.1	43.9 - 60.2*	19.0	13.3 - 26.3
South Center	34.1	30.2 - 38.1	16.3	13.4 - 19.6

Source: Own elaboration.

% - prevalence; CI95%: 95% confidence interval. * p<0.05 - Chi-square test.

Discussion

The estimated population of Mato Grosso in 2020 was 3,526,220 inhabitants. The State is the third largest in the country; a density of 3.9 inhabitants per km²; 141 municipalities distributed in seven macro-regions with an agricultural economy²³; the largest population concentration is found in the capital, Cuiabá, with 618,124 inhabitants²⁴. The State has the highest consumption of pesticides and deforestation in the country, annually using more than 13 million hectares for the

cultivation of monocultures, and a pesticide use that exceeds 207 million per year, being the mid-north region responsible for 28% of this consumption²².

This geo-economic scenario is marked by the contamination of waters, environmental matrices^{4,25} and food²⁶. An increase in childhood cancer⁷ cases, acute poisoning by pesticides¹⁰, work accidents related to agricultural and agro-industrial activities²⁷, mental disorders, and suicide attempts⁸, among other issues related to exposure to pesticides, have also been identified. The timber industry

production and mineral exploration in the State also generate chemical contaminants in their industrial processes, such as wood dust, silica, and heavy metals, which are associated with the occurrence of cancer²⁸.

Most of the study population currently resides in the center-south macro-region (55.4%), where the state capital is located, and the agricultural production does not predominate. This data may reflect the migration of patients from the countryside to the capitals for cancer treatment due to the inexistence of these services, as shown by Freire et al.²⁹. The specialized oncology care services in the State are distributed in five health macro-regions and are concentrated in the North-Central macro-region, where the capital is located^{30,31}. So, it is necessary to consider the history of environmental and occupational exposure to pesticides and their connections with cancer³², considering the migration of patients to large centers and capitals for cancer treatment²⁹.

The prevalence of environmental and occupational exposure to pesticides in cancer patients in the state of Mato Grosso was higher in males and increased with older age groups, except for the variable of living near farms, which showed no significant association with gender and age group. Regarding schooling, the highest prevalence was observed in the lower schooling levels (0 to 8 years).

When analyzing the prevalence of environmental exposure to pesticides by region of residence, this study found that 53.1% live or have lived in cities with agricultural plantations, and 17.4% live near a farm, residing in cities of the Mid-North, North, West, and Southeast regions. Pignat et al.²¹ pointed out seven municipalities in Mato Grosso macro-regions among the ten with the highest consumption of pesticides in Brazil. They are distributed among the mid-north: Sorriso, Nova Mutum, Nova Uniratã; west: Sapezal, Campo Novo do Parecis; southeast: Campo Verde; and center-south: Diamantino,

The results of this study corroborate Pluth et al.¹⁷, who shows an association between living

near farming crops or in regions of intense agricultural production and an increased risk of developing cancers. Soares³³ showed an increase in cancer morbidity rates in municipalities of the mid-north macro-region of Mato Grosso, as well as in the West and North macro-regions, which, in this study, showed prevalence of environmental (76%) and occupational (69.1%) exposure to pesticides.

When analyzing the prevalence of occupational exposure to pesticides by labor history, this study identified 43.4% respondents working in agriculture, livestock, or extractivism, and 22.9% who have worked or currently work with pesticides. The data converge to the evidence of Damalas et al.³², Weichenthal et al.³⁴, Nogueira et al.¹⁶, Moura et al.¹⁹, and Pignati et al.².

Damalas et al.³² indicate that the presence of pesticides in the work environment puts workers' health at risk, which increases whenever directly handling pesticides occurs. In this article, the prevalence of exposure to pesticides among participants who work or have worked directly with pesticide handling was 22.9%.

Moura et al.¹⁹ showed an association between occupational exposure to organophosphates and the development of hematological neoplasms. Studies have pointed to the active ingredients of 2,4-D, diazinone, glyphosate, malathion and the development of different types of cancers^{16,18}. Despite the higher prevalence of those who reported having worked in agriculture, livestock, or extractivism compared to the prevalence of those who reported working or having worked directly with pesticides, the findings corroborate evidence of the association between developing cancer and the use of pesticides, when glyphosate, diuron, 2,4-D, acephate, atrazine, and malathion have been the most commonly used pesticides in Mato Grosso, as for Pignati et al.²².

Regarding the gender variable, the findings of this study corroborate the evidence of Oesterlund et al.³⁵ that point to a lower risk of symptoms related to occupational exposure to pesticides for females when compared to males. The authors criticize the small number of studies that compare different exposures by

gender or sex. Regarding schooling, this study showed a higher prevalence of occupational exposure among participants of low education, which may consequence of not understanding or being unaware of the use of PPE and the proper handling of pesticides³⁶. The data corroborate Silva et al.³⁷, who showed more frequent environmental and occupational exposure among participants of less education. The authors argue that such occupational exposure may be related to jobs that require less schooling and are linked to directly handling pesticides.

As for age, this study found an increase in the prevalence of occupational exposure in older age groups. Regarding environmental exposure, the variable 'residing near the farm' showed no significant association with gender or age group. The result corroborates Silva et al.³⁷, who emphasize the increase in exposure with increasing age as an expected result.

Cross-sectional studies provide necessary information for planning and organizing health services; however, this study has the limitation of not having a counterpart group, i.e., participants who do not have cancer. However, the profile of environmental and occupational exposure to pesticides observed in this study was similar to the population without the studied effect, i.e., being a cancer patient. Finally, convenience sampling may also infer selection bias; this research was carried out in a reference hospital for cancer treatment in the State that provides services for patients from different regions or municipalities, which allows for a sample variety, so corroborates this bias reducing.

This study showed a higher prevalence of environmental and occupational exposure to pesticides in cancer patients in the state of Mato Grosso among male participants; and increasing in prevalence as a consequence of increasing in age, lower education, and greater use of pesticides in macro-regions.

The findings contribute to expanding the

information needed to guide the formulation of policies, programs, and actions of health surveillance in the state of Mato Grosso, which is regarded by the literature as the largest Brazilian pesticide consumer and that carries out a high rate of pesticide poisoning under-reporting, whether because the lack of worker health surveillance or of external pressures to notify the registry.

Data show evidence of the complexity in the evaluation of cancer associated to occupational and environmental exposure to pesticides, as they bring together interrelated variables from the causal, historical, economic, political, and geographical reasons that determine the conditions of exposure, illness, and death due to contamination by pesticides³⁸.

This study suggests also the implementation of health surveillance in the state of Mato Grosso inhabitants exposed to pesticides as the investigation of pesticide contamination biomarkers among the population of municipalities that intensely use pesticides in farming and among workers in these productive sectors. They are necessary for the production of new evidence and forms of action to be taken against the risks produced by environmental and occupational contamination resulting from the use of pesticides.

Collaborators

Soares MR (0000-0002-0417-2614)* contributed to the design of the Project, data collection and analysis, writing of the text and final approval of the version to be published. Corrêa MLM (0000-0001-7812-0182)*, Andrade ACS (0000-0002-3366-4423)*, Neves MS (0000-0001-9187-6283)*, Bel HD (0000-0003-2268-4266)*, Galvão ND (0000-0002-8337-0669)* and Rocon PC (0000-0003-2696-5786)*, contributed equally to draft preparation, critical review of the content, and participated in the approval of the final version of the manuscript. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

References

1. Bombardi LM. Agrotóxicos e agronegócio: arcaico e moderno se fundem no campo brasileiro. In: Merlino T, Mendonça ML. *Direitos humanos no Brasil 2012: relatório da Rede Social de Justiça e Direitos Humanos*. São Paulo: Rede Social de Justiça e Direitos Humanos, 2012.
2. Pignati WA, Machado JMH, Cabral JF. Acidente rural ampliado: o caso das “chuvas” de agrotóxicos sobre a cidade de Lucas do Rio Verde - MT. *Ciênc. saúde coletiva*. 2007; 12(1):105-14.
3. Pignati WA, Oliveira NP, Silva AMC. Vigilância aos agrotóxicos: quantificação do uso e previsão de impactos na saúde-trabalho-ambiente para os municípios brasileiros. *Ciênc. saúde coletiva*. 2014; 19(12):4669-78.
4. Oliveira LK, Pignati WA, Pignatti MG, et al. Processo sócio-sanitário-ambiental da poluição por agrotóxicos na bacia dos rios Juruena, Tapajós e Amazonas em Mato Grosso, Brasil. *Saúde Soc*. 2018; 27(2):573-87.
5. Pignati WA, Soares MR, Lara SS, et al. Exposição aos agrotóxicos, condições de saúde autorreferidas e Vigilância Popular em Saúde de municípios mato-grossenses. *Saúde debate*. 2022; 46(2):45-61.
6. Nasralla Neto E, Lacaz, FAC, Pignati WA. Health surveillance and agribusiness: the impact of pesticides on health and the environment. *Danger ahead! Ciênc. saúde coletiva*. 2014; 19(12):4709-18.
7. Curvo HRM, Pignati WA, Pignatti MG. Morbimortalidade por câncer infantojuvenil associada ao uso agrícola de agrotóxicos no Estado de MT- Brasil. *Rio de Janeiro, Cad. saúde coletiva*. 2013; 21(1):10-17.
8. Neves MS, Pignati WA, Pignatti MG, et al. Determinação social do processo saúde-adoecimento mental de trabalhadores rurais no Brasil. *Aceno*. 2020; 7(14):231-48.
9. Costa V, Pignati WA, Neves MN, et al. Aspectos socioeconômicos, culturais e ambientais dos suicídios de trabalhadores(as) no agronegócio na Bacia do Rio Juruena, Mato Grosso. In: Pignati WA, Corrêa MLM, Leão LHC, et al., organizers. *Desastres sócio-sanitários-ambientais do agronegócio e resistências agroecológicas no Brasil*. São Paulo: Outras Expressões; 2021.
10. Lara SS, Pignati WA, Pignatti MG, et al. Intoxicações agudas por agrotóxicos relacionadas ao trabalho: nas regiões que mais produzem, maior é a incidência no Mato Grosso. In: Pignati WA, Corrêa MLM, Leão LHC, et al., organizers. *Desastres sócio-sanitários-ambientais do agronegócio e resistências agroecológicas no Brasil*. São Paulo: Outras Expressões; 2021.
11. Soares MR, Andrade ACS, Pignatti MG, et al. Abortos espontâneos em municípios de uso agrícola de agrotóxicos no Mato Grosso. In: Pignati WA, Corrêa MLM, Leão LHC, et al., organizers. *Desastres sócio-sanitários-ambientais do agronegócio e resistências agroecológicas no Brasil*. São Paulo: Outras Expressões; 2021.
12. Mostafalou S, Abdollahi M. Pesticides: an update of human exposure and toxicity. *Arch Toxicol*. 2017; 91(2):549-99.
13. Guyton KZ, Loomis D, Grosse Y, et al. Carcinogenicity of tetrachlorvinphos, parathion, malathion, diazinon, and glyphosate. *Lancet Oncol*. 2015; 16(5):490-1.
14. International Agency for Research on Cancer. Monographs evaluate DDT, lindane, and 2,4-Db, 2015. [access 2023 Jan 10]. Available at: https://www.iarc.fr/wp-content/uploads/2018/07/pr236_E.pdf.
15. Seralini GE, Clair E, Mesnage R, et al. Republished study: long term toxicity of a roundup herbicide and a roundup-tolerant genetically modified maize. *Env. Sci. Eur*. 2014; (26):1-17.

16. Nogueira FAM, Szwarcwald CL, Damacena GN. Exposição a agrotóxicos e agravos à saúde em trabalhadores agrícolas: o que revela a literatura? *Rev Bras Saúde Ocup.* 2020; 45(e36).
17. Pluth TB, Zanini LAG, Battisti IDE. Pesticide exposure and cancer: an integrative literature review. *Saúde debate.* 2019; 43(122):906-24.
18. Lerro CC, Freeman LEB, Portengen L, et al. A longitudinal study of atrazine and 2,4-d exposure and oxidative stress markers among iowa corn farmers. *Environ Mol Mutagen.* 2017; 38(1):30-8.
19. Moura LTR, Bedor CNG, Lopez RVM, et al. Exposição ocupacional a agrotóxicos organofosforados e neoplasias hematológicas: uma revisão sistemática. *Rev Bras Epidemiol.* 2020; 23(e200022).
20. Mato Grosso. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução CIB/MTn°001 de 09 de Março de 2017. Dispõe sobre a homologação da Resolução CIB/MT Ad referendun N° 001 de 20 de fevereiro de 2017 que versa sobre a aprovação do Plano de Ação da Atenção Oncológica no Estado de Mato Grosso 2017 a 2019. *Diário Oficial.* 10 Mar 2017. [access 2023 Jan 10]. Available at: <http://www.saude.mt.gov.br/legislacao?origem=19&p=ad+referendum&num=01&mes=&ano=2017>.
21. Instituto Mato-grossense de economia agropecuária. Mapa das macrorregiões do IMEA. [sem local]: IMEA; 2017. [access 2023 Jan 10]. Available at: <http://www.imea.com.br/upload/publicacoes/arquivos/justificativamapa.pdf>.
22. Pignati WA, Lima FANS, Lara SS, et al. Distribuição espacial do uso de agrotóxicos no Brasil: uma ferramenta para a vigilância em saúde. *Ciênc. saúde coletiva.* 2017; 22(10):3281-93.
23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Malha Municipal Mato Grosso, por municípios. Rio de Janeiro: IBGE; 2020. [access 2023 Jan 10]. Available at: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/malhas-territoriais/15774-malhas.html?=&t=downloads>.
24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades: Mato Grosso. Rio de Janeiro: IBGE; 2021. [access 2023 Jan 10]. Available at: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mt/panorama>.
25. Beserra L. Agrotóxicos, vulnerabilidades socioambientais e saúde: uma avaliação participativa em municípios da bacia do rio Juruena, Mato Grosso. [dissertação]. Cuiabá: Instituto de Saúde Coletiva da UFMT; 2017.
26. Montanari Corrêa ML, Pignati WA, Pignatti MG, et al. Alimento ou mercadoria? Indicadores de autosuficiência alimentar em territórios do agronegócio, Mato Grosso, Brasil. *Saúde debate.* 2019; 43(123):1070-83.
27. Fava NR, Soares MR, Andrade ACS, et al. Tendência dos acidentes de trabalho no agronegócio em Mato Grosso, Brasil, 2008 a 2017. *Rev Bras Saúde Ocup.* 2023; 48:e3.
28. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Ambiente, trabalho e câncer: aspectos epidemiológicos, toxicológicos e regulatórios. Rio de Janeiro: INCA; 2021.
29. Freire MEM, Costa SFG, Lima RAG, et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em cuidados paliativos. *Texto & Contexto – Enferm.* 2018; 27(2):e5420016.
30. Mato Grosso. Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso. Plano Estadual de Saúde – PES. 2016-2019. Cuiabá: SES-MT; 2017. [access 2023 Jan 10]. Available at: <https://www.saude.ms.gov.br/planejamento/plano-estadual-de-saude/>.
31. Mato Grosso. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Caderno de Indicadores Demográficos Mato Grosso. Cuiabá: SES-MT; 2018. [access 2023 Jan 10]. Available at: <http://www.seplan.mt.gov.br/do>

cuments/363424/0/Caderno+de+Indicadores+Demogr%C3%A1ficos+de+2018_atualizado+26.11.2018.pdf/702891e0-990c-e293-cf43-1fea25dd74a2.

32. Damalas CA, Eleftherohorinos IG. Pesticide exposure, safety issues, and risk assessment indicators. *J Environ Res Public Health*. 2011; 8(5):1402-19.
33. Soares MR, Andrade ACS, Galvão ND, et al. Câncer infante-juvenil: nas regiões mais produtoras e que mais usam agrotóxicos, maior é a morbidade e mortalidade no Mato Grosso. In: Pignati WA, organizer. *Desastres sócio-sanitário-ambientais do agronegócio e resistências agroecológicas no Brasil*. 1. ed. São Paulo: Outras expressões; 2021 p. 249-62.
34. Weichenthal S, Moase C, Chan P. A review of pesticide exposure and cancer incidence in the agricultural health study cohort. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012; 17(1):255-70.
35. Oesterlund AH, Thomsen JF, Sekimpi DK, et al. Pesticide knowledge, practice and attitude and how it affects the health of small-scale farmers in Uganda: a cross-sectional study. *Afr Health Sci*. 2014; 14(2):420-33.
36. Assis MP, Barcella RC, Padilha JC, et al. Health problems in agricultural workers occupationally exposed to pesticides. *Rev Bras Med Trab*. 2021; 18(3):352-63.
37. Silva AMC, Soares MR, Silva NA, et al. Environmental and occupational exposure among cancer patients in Mato Grosso, Brazil. *Rev Bras Epidemiol*. 2022; 25(1):e220018.
38. Breilh J. *Critical epidemiology and the people's health*. New York: Oxford University Press; 2020.

Received on 24/03/2023

Approved on 23/02/2024

Conflict of interests: non-existent

Financial support: This study was funded by two projects: In first it was funded by the extension project 'Cancer Surveillance and its associated factors: updating population-based and hospital registries', It funded by the State Department of Health of Mato Grosso State, Brazil, from April 2016 to March 2021; In addition, it was funded by the research project 'Cancer and its associated factors: analysis of population-based and hospital registries', It funded by the Brazilian Ministry of Labor's 23rd Region from July 2019 to July 2023

Responsible editor: Ana Maria Costa

O combate à fome na pandemia de covid-19: arranjos de cuidado em saúde mental em uma periferia paulistana

The battle against hunger during the COVID-19 pandemic: mental health arrangements in a favela at São Paulo

Amanda Seraphico Carvalho Pereira da Silva¹, Lumena Almeida Castro Furtado¹, Valéria Monteiro Mendes², Arthur Chioro¹

DOI: 10.1590/2358-289820241418694P

RESUMO O retorno e o agravamento da fome na pandemia de covid-19 foram importantes retrocessos vividos pela população brasileira nos últimos anos, fruto de uma gestão governamental pautada na necropolítica, que se recusou a olhar e produzir políticas públicas destinadas às populações em situação de vulnerabilidades. O ato de comer, em si, é um produtor de saúde (física-mental), que foi negado a grande parte da população durante a pandemia. A presente pesquisa, produzida a partir da metodologia cartográfica, teve por objetivo investigar os arranjos de cuidado em saúde mental produzidos nos territórios, em comunidade, no bairro de Heliópolis, periferia da capital paulista. Entre os principais achados, destacam-se arranjos para ampliar a oferta de alimentos, resgate da importância política dos indivíduos residentes do território, marchas denunciando a situação da fome na periferia, bem como partilhas afetivas de histórias mediadas pela partilha da comida. Tais ações demonstram a importância do ato de comer como promotor de saúde (física-mental) e ressaltam a relevância das relações produzidas e mediadas pela comida. A luta pela alimentação e seu compartilhamento, em um cenário de desmonte político e retorno da fome no País, apresentou-se como uma forma de resistência e de enfrentamento coletivo à necropolítica.

PALAVRAS-CHAVE Fome. Covid-19. Saúde mental.

ABSTRACT *The return and worsening of hunger during the COVID-19 pandemic were important setbacks experienced by the Brazilian population in recent years, as a result of a necropolitics form of government, which refused to look at and offer public policies aimed at vulnerable populations. The act of eating, in itself, is a promoter of (physical and mental) health, which has been denied to a large part of the population during the pandemic. This research, based on cartography method, aimed to investigate arrangements of mental health produced in the communities, in Heliópolis, a favela in São Paulo. Among the main findings, we highlight arrangements to expand the food supply, rescue the political importance of individuals residing in the territory, marches denouncing the situation of hunger in the favelas, as well as affective sharing of stories mediated by the sharing of food. These actions show the importance of the act of eating as a promoter of (physical and mental) health and highlight the importance of the relationships produced and mediated by food. The fight for food and its sharing, in a scenario of political dismantling and return of hunger in the country, presented itself as a form of resistance and collective confrontation to necropolitics.*

KEYWORDS *Hunger. COVID-19. Mental health.*

¹Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) - São Paulo (SP), Brasil.
amandaseraphico96@gmail.com

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



Introdução

O retorno do Brasil ao mapa da fome foi um fenômeno que ocorreu em meio à pandemia de covid-19, fruto de um governo genocida, com orientação e ações pautadas na necropolítica¹. Uma política que faz e deixa morrer, cujo cerne é a distribuição desigual da oportunidade de viver no âmbito do sistema capitalista. Essa lógica tem por consequência o fato de que algumas vidas são compreendidas como de maior valor, enquanto as demais podem ser descartadas.

O fenômeno da fome, em termos de debate na área da saúde, passou por ampla reestruturação: deixou de ser meramente calculado como ingestão de calorias por indivíduos, para ser contemplado em seus aspectos psicológicos, sociais e atravessado pelas desigualdades².

A fome é compreendida como um fenômeno social, multifatorial. Como tal, deve ser combatida por políticas públicas que tenham relação direta com as desigualdades estruturantes da realidade brasileira³. O perfil da fome no Brasil é de famílias em situação de vulnerabilidades, pretas e pardas, e, em geral, chefiadas por mulheres³.

Belchior e Moreira⁴ reafirmam a produção da morte e da fome das populações pretas e indígenas por parte do Estado brasileiro desde antes da pandemia e o seu agravamento durante esse período. O regime político da democracia liberal reestruturou as desigualdades e segue produzindo, diariamente, a desumanização dessa parcela da sociedade⁴.

Debater a fome no nosso País passa por questões éticas e que demandam uma ausência de neutralidade com relação a esse fenômeno⁵. Quando a produção de alimentos é excedente e, ainda assim, o povo passa fome, a desigualdade de concentração de renda e a ausência de ações governamentais que redistribuam a comida são escolhas políticas que a democracia liberal permitiu no Brasil⁵.

Somam-se a isso a ampla legalização da utilização de agrotóxicos e o consumo de alimentos industrializados no País, ambos afetando

negativamente a saúde (física-mental) da população⁶.

No contexto de um território preto e afetado pela pandemia, este estudo adentrou a periferia de São Paulo, no bairro de Heliópolis, a maior favela em extensão territorial da capital paulista⁷.

Os dados verificados em âmbito nacional, de aumento da fome e da insegurança alimentar na pandemia, também foram intensamente observados nessa comunidade. De acordo com levantamento realizado pelo Observatório De Olho na Quebrada⁸, apenas 58% das residências realizavam três refeições por dia no período da primeira onda de covid-19 (meados de Abril de 2020).

Considerando que a fome não é apenas um fenômeno macro, tendo em vista que afeta diretamente os corpos-subjetividades daqueles que sofrem com ela, esta pesquisa teve por objetivo analisar a produção de arranjos de cuidado em saúde mental nos territórios e pelas comunidades, afetados pelo retorno e agravamento da fome.

Metodologia

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, a partir da cartografia⁹, realizado no território de Heliópolis, periferia de São Paulo (SP). A inserção nesse local se deu pelos contatos do Laboratório de Saúde Coletiva (Lascol) da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) com a União de Núcleos, Associações dos Moradores de Heliópolis e Região (Unas), ou seja, por meio de um dos principais movimentos sociais do bairro.

A cartografia é um desenho da paisagem que se faz enquanto ela se transforma, é poder dar voz a sentimentos e desejos presentes em diferentes paisagens psicossociais; é o modo de registro que um corpo vibrátil faz sobre aquilo que percebe, sente e experiencia com relação a essas paisagens sociais⁹. Com essa perspectiva, foi desenvolvido o campo da pesquisa, no território estudado. Na saúde coletiva, o uso da cartografia tem permitido

a conexão e a invenção de modos de cuidado e de produção da vida.

O ato de pesquisar cartograficamente leva a movimentos por vários 'mundos', ou pelas conexões entre eles, ou ainda a inventar mundos de cuidado em saúde a cada momento em que se produz um novo campo de pesquisa, até porque essa metodologia não coleta dados, mas os produz em ato¹⁰⁽²⁾.

O instrumento utilizado foi o do Diário de Campo (DC), com anotações sobre os deslocamentos afetivos produzidos pelos encontros, que ocorreram, majoritariamente, no ano de 2022. Na produção da cartografia, foram partilhados momentos, emoções e sensações de todos os envolvidos com a pesquisa.

Este artigo, inserido no âmbito da saúde coletiva, utiliza-se de conceitos-chave que orientaram sua construção, entre os quais: a perspectiva dos usuários, a produção de encontros e os territórios afetivos.

A partir de Merhy¹¹, interrogaram-se as lógicas de saber biomédicas e buscou-se construir relações horizontais com aqueles que são assistidos/cuidados por equipamentos de saúde. O deslocamento desse lugar de suposto saber científico sobre o objeto que se estuda coloca centralidade nas percepções e perspectivas dos usuários dos sistemas de saúde.

Esse primeiro conceito-chave extrapola a dimensão da relação profissional/usuário na saúde e foi essencial para a construção de uma pesquisa e de pesquisadores que estivessem abertos e disponíveis para o desconhecido. Assim, a partir do cultivo desse movimento para se deixar afetar, foi possível a produção de encontros. Com esse conceito-chave, compreende-se que encontros são acontecimentos entre corpos, que mobilizam afetos e que movimentam os envolvidos nessa produção¹².

Diante da curiosidade que um encontro proporciona, desse contato com outros e com afetos novos e antigos, é que foi se construindo esta cartografia. É na percepção de si, no nomear de afetos e relações, nas vozes e línguas

que se desdobram dos encontros, que despontam os territórios afetivos⁹.

A presente pesquisa contou, também, com espaços de troca entre os sujeitos que a compuseram, com a escrita de DC a cada ida ao território físico de Heliópolis e a cada novo desdobramento territorial afetivo produzido pelo próprio caminhar da pesquisa.

Este estudo é um recorte de uma pesquisa mais ampla, inserida em um Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS), financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp), aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unifesp, sob o parecer de número 4.737.913.

Resultados e discussão

Desde o primeiro contato com o território de Heliópolis, as marcas da fome e da pandemia estavam fortemente presentes, nas faces dos muitos moradores que apareciam na porta da Unas solicitando a inclusão de seus nomes na fila de cestas básicas. Esse fenômeno era recorrente porque, em 2020, a Unas conseguiu arrecadar e distribuir mais de 40.000 cestas, que também continham instrumentos de proteção contra a covid-19¹³.

Seja pela alimentação em si, que sustenta o corpo físico e subjetivo das pessoas, ou pela ação política proposta pela Unas durante a distribuição, esse foi o primeiro arranjo de cuidado em saúde mental encontrado na pesquisa. Afinal,

a Unas usava o momento de distribuição de cestas básicas para fazer discussões leves e de forma descontraída sobre políticas públicas, do papel do governo e da importância dos votos nas dimensões de acesso à alimentos, à vacinação, ao cuidado em uma pandemia, entre outros temas que apareciam.
(Trecho do Diário de Campo em 08/02/2022).

Essas conversas resgatavam o papel e a produção política da fome, mas também eram momentos de processamento coletivo sobre a

realidade com a qual o território se deparava. Poder dialogar sobre aquilo que se vivia, na pele, na barriga vazia, nas dificuldades cotidianas, promovia encontros afetivos e promovia saúde mental naquele território.

Na fala dos líderes comunitários sobre essa ação, ficava evidente o caráter de resistência e subversão incluído nesse gesto. Doar alimentos, em um país que sofre com a fome, já é, por si só, uma resistência¹⁴; convocar os indivíduos que sofrem com a fome e com a necropolítica¹ a (com)partilhar coletivamente suas dores é subverter o local imposto por essa mesma política a esses corpos.

A problematização e a apropriação acerca da realidade em que se vive, a produção de uma reflexão crítica¹⁵, transformam um ato que poderia ser somente assistencialista em político-assistencial, engajado socialmente.

Na lógica da ocupação de espaços públicos, tem papel importante a 24^a Caminhada pela Paz, que ocorre anualmente no território, para denunciar as situações de violência vivenciadas pela comunidade. No ano de 2022, não à toa, uma das principais pautas foi a fome.

[Caminhada] *marcada por jograis puxados no carro de som, como: 'O arroz tá caro, o feijão tá caro, junta todo mundo e manda embora o Bolsonaro'. Nas diversas faixas com dizeres 'Quem tem fome tem pressa, a fome dói'. Ou, ainda, nas camisas das crianças, que levavam um prato vazio e dados sobre a fome no Brasil e na comunidade de Heliópolis. (Trecho do Diário de Campo em 24/07/2022).*

Além das denúncias sobre a fome, as crianças e os adolescentes levavam cartazes com dados numéricos sobre os assassinatos dessa população em ações da polícia militar, reiterando que a cor do corpo alvo da fome é a mesma do atingido pela bala de modo frequente: preta⁴.

Essas vivências, que tiveram vozes através dos cartazes, constituem e atravessam a produção de subjetividade dessas pessoas que ali moram e que nem sempre são consideradas

por parte dos serviços de cuidado em saúde mental. A fome não é um fenômeno novo para o povo preto, mas a sua atualização de modo exacerbado possui impacto direto nas condições de saúde dessa população⁴.

Debater a fome durante a pandemia em um território marcadamente preto, portanto, é olhar para as desigualdades. É, também, ilustrar os enfrentamentos coletivos e as potências das ações, institucionais ou não.

Outro arranjo encontrado foi o de oferta de alimentação por parte dos Centros para Crianças e Adolescentes (CCA) ligados às Unas, que não fecharam durante a pandemia. Ao fornecer alimentação para a população infanto-juvenil que assistiam, podiam realizar acolhimentos e verificar casos de violências. Assim, o serviço pôde ofertar cuidado e assistência para as famílias, ampliando a rede do território para além dos equipamentos de saúde.

O CCA ganhou centralidade no combate à fome e na promoção de cultura durante a pandemia; e, passada a fase mais crítica do processo de transmissão da doença, um desses equipamentos despontou como um grande ponto de encontro da comunidade. Ter um espaço de referência dentro do território também se mostrou uma importante forma de ampliar o acesso ao cuidado em saúde mental.

As conversas mediadas por alimentos, sejam eles salgados, doces ou o simples café preto, vêm atravessadas por múltiplos sentidos. A dimensão afetiva e de resgate de memórias que a comida carrega consigo¹⁴, em um país com fome, tornou-se maior ainda durante a pandemia. Eu disse: hoje saí de casa sem comer, não tive tempo. Mas, sinceramente, só preciso de um café preto.

'Vamo no CCA, lá cê vai encontrar'. Encontramos mais três pessoas dispostas a me achar um café, mas nada da bebida. Ao final do percurso dessa saga éramos em seis pessoas, três coxinhas de frango e dois copos grandes de café, conseguidos na biblioteca comunitária. (Trecho do Diário de Campo em 05/04/2022).

Outro arranjo que merece destaque é o Observatório De Olho na Quebrada, que produziu pesquisas sobre a fome da população de Heliópolis e as divulgou de forma maciça na própria comunidade. Esse Observatório é composto por jovens, que se encontram diariamente para produzir e resgatar dados sobre o bairro que habitam, e esses encontros são mediados pela partilha de alimentos.

Foi central, ao longo desta pesquisa, acompanhar de perto o trabalho realizado por esse grupo. Foi também por meio da comida partilhada no espaço do Observatório que foi possível conectar, conhecer novos mundos e circular afetos. Entre balas, cafés e bolachas, foi sendo construído o pertencimento a esse coletivo. A comida, portanto, vem estreitar os laços já existentes nesse grupo.

Partilhar o ato de cozinhar e a divisão de comida, ao longo da pandemia, foram ferramentas terapêuticas para lidar com o desconhecido imposto pela covid-19.

Ela conta que começou a cozinhar mais também por hábito, e para ter uma 'ocupação para a cabeça, para não surtar' [...] podendo agora compartilhar as tarefas de louça com a mãe e as comidas em excesso com outra jovem do Observatório. (Trecho do Diário de Campo em 29/03/2022).

As intervenções não farmacológicas para o manejo do cuidado em saúde mental foram essenciais para o enfrentamento da pandemia¹⁶. O estabelecimento de rotinas, com inclusão de atividades culinárias e de educação física, apareceu em diversos relatos por parte dos jovens do Observatório, em especial, das mulheres do grupo.

A gente é vizinho, mas não tava se vendo. Até o dia que a mãe dele foi trabalhar e ele ficou sem comida, daí eu apareci lá com o arroz e bife para gente comer. Desde então, acabou o isolamento entre a gente, a gente mantinha com as outras pessoas, mas entre as nossas famílias deixou de existir. (Trecho do Diário de Campo em 20/05/2022).

A produção de um cuidado individual e coletivo a partir da alimentação foi algo extremamente pulsante no território de Heliópolis durante a pandemia, sendo essa a forma de enfrentamento coletivo mais encontrada.

Esse fazer político do povo pelo povo resgata uma herança quilombola em um território preto⁴. Além das tecnologias desenvolvidas nos quilombos para ampliar e compartilhar a produção de alimentos, as ações e atividades coletivas são marcas históricas no cotidiano dessas populações⁴.

Conclusões

O perverso projeto político imposto ao Brasil durante a pandemia de covid-19 acirrou as desigualdades sociais e produziu o retorno da fome enquanto um fenômeno social. A insegurança alimentar, somada à falta de alimentos nos pratos, tem cor, sendo as populações preta e parda as mais afetadas por elas.

A ausência de uma alimentação digna e de qualidade mata lentamente, desnutre e faz adoecer, produz subjetividades impregnadas pelo sofrimento mental. Combater a fome é possível, e está condicionado à implementação de políticas públicas conectadas com um projeto de país que busque enfrentar e superar as absurdas desigualdades, constitutivas da realidade brasileira.

Em meio à pandemia, com o agravamento das situações de vulnerabilidades, o resgate de práticas quilombolas e coletivas garantiu a manutenção da saúde (física, mas, também, mental) das populações expostas à fome. Produziu vida. Partilhar comidas foi um gesto coletivo e comunitário, que produziu vínculos, fez circular afetos de cuidado, de carinho e construiu novas realidades possíveis.

Destaca-se que o estudo reflete a realidade de uma parcela urbana da população que sofreu com as mazelas da fome. No âmbito da saúde, ainda é necessário que o debate sobre a fome seja feito de maneira mais crítica e recorrente, considerando a realidade social e

desigual do Brasil. E, a partir dessa concepção, auxiliar na construção de políticas públicas de saúde eficazes e que reflitam a realidade da população.

Em um país com fome, comer e dividir alimentos não é uma mera prática assistencialista. Acima de tudo, é um ato político e de resistência.

Colaboradores

Silva ASCP (0000-0003-4595-0248)*, Furtado LAC (0000-0001-7897-9739)* Mendes VM (0000-0002-5766-8867)* e Chioro A (0000-0001-7184-2342)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Mbembe A. *Necropolítica*. 3. ed. São Paulo: N-1 edições; 2018. 80 p.
2. Schall B, Gonçalves FR, Valente PA, et al. Gênero e insegurança alimentar na pandemia de covid-19 no brasil: a fome na voz das mulheres. *Ciênc. saúde coletiva*. 2022 [acesso em 2023 nov 4]; 27(11):4145-54. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320222711.07502022>.
3. Salles-Costa R. Desafios políticos da retomada da fome e da insegurança alimentar no Brasil. In: Campello T, Bortoletto AP. *Da fome à fome: Diálogos com Josué de Castro*. São Paulo: Editora Elefante; 2022. p. 123-34.
4. Belchior D, Moreira A. “O maior espetáculo do pobre da atualidade é comer”. In: Campello T, Bortoletto, AP. *Da fome à fome: Diálogos com Josué de Castro*. São Paulo: Editora Elefante; 2022. p. 147- 154
5. Dowbor L. “Fome, uma decisão política e corporativa”. In: Campello T, Bortoletto AP. *Da fome à fome: Diálogos com Josué de Castro*. São Paulo: Editora Elefante; 2022. p. 181-93.
6. Torre E, Amarante P. Saúde mental, direitos humanos e justiça ambiental: a ‘quimicalização da vida’ como uma questão de violação de direitos humanos decorrente da intoxicação institucionalizada. *Saúde debate*. 2022; 46(esp2):327-44.
7. União de Núcleos, Associações dos Moradores de Heliópolis e Região. *Heliópolis – Maior favela de São Paulo*. [acesso em 2022 jul 15]. Disponível em: https://www.unas.org.br/heliopolis_
8. União de Núcleos, Associações dos Moradores de Heliópolis e Região. *Heliópolis contra coronavírus: saúde alimentar na pandemia*. 2020. [acesso em 2022 jul 15]. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1qEIuFiVnbXxLm6toe9pLL9bNhXxGgV53/view_
9. Rolnik S. *Cartografia Sentimental: Transformações Contemporâneas do Desejo*. São Paulo: Editora Estação Liberdade; 1989.
10. Slomp Junior H, Merhy EE, Rocha M, et al. Contribuições para uma política de escritura em saúde. *Athenea Dig*. 2020 [acesso em 2022 jul 15]; 20(3):e2617. Disponível em: <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2617>.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

11. Merhy EE. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: Franco TB, Peres MAA, Foschiera MMP. Acolher Chapeccó: uma experiência de mudança com base no processo de trabalho. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 21-45.
12. Gomes MPC, Merhy EE. Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental – Porto Alegre: Rede UNIDA; 2014. 176 p.
13. União de Núcleos, Associações dos Moradores de Heliópolis e Região. Doações levam esperança as famílias de Heliópolis e região. 2020. [acesso em 2022 jul 15]. Disponível em: <https://www.unas.org.br/single-post/doacoes-levam-esperanca-as-familias-de-heliopolis-regiao>.
14. Rodrigues D. Alimento: memória e ancestralidade. In: Campello T, Bortoletto AP. Da fome à fome: Diálogos com Josué de Castro. São Paulo: Editora Elefante; 2022. p. 165-73.
15. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários para a prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 2021.
16. Garcini LM, Rosenfeld J, Kneese G, et al. Dealing with distress from the COVID-19 pandemic: Mental health stressors and coping strategies in vulnerable latinx communities. *Health Soc Care Community*. 2022 [acesso em 2024 abr 11]; 30(1):284-94. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/hsc.13402>.

Recebido em 15/06/2023

Aprovado em 14/11/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Ana Maria Costa

Condições de trabalho e saúde de profissionais da linha de frente na pandemia de covid-19

Working conditions and health of frontline professionals in the COVID-19 pandemic

Laura Izabel do Nascimento Alves¹, Gisela Rocha de Siqueira², Gabriela da Silva Santos², Aenoan Rayane de Souza Soares², Ana Izabel Godoy Souza³, Diego de Sousa Dantas², Angélica da Silva Tenório²

DOI: 10.1590/2358-289820241418791P

RESUMO Objetivou-se investigar as condições de trabalho e a saúde física e mental de profissionais de saúde atuantes na linha de frente da covid-19 em serviços de urgência, emergência e terapia intensiva no Brasil, no segundo ano da pandemia. Estudo transversal, com uso de questionário eletrônico, por meio do qual coletaram-se dados sobre condições de trabalho, saúde física e mental, além do instrumento Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21). A amostra (n=209) incluiu enfermeiros (28,7%), técnicos de enfermagem (30,1%), fisioterapeutas (33%) e médicos (8,2%). Os profissionais possuíam idade média de 34,6 anos e relataram uma carga horária média de 53,5 horas/semana. Verificou-se aumento das horas trabalhadas (62%) e da quantidade de pacientes (84%). A maioria relatou bom relacionamento com o chefe (89%) e satisfação com o trabalho (87%). A prevalência de sintomas de estresse, ansiedade e depressão foi superior a 45%, com predomínio de sintomas graves ou extremamente graves. A prevalência de dor musculoesquelética e fadiga foi de 84,7% e 83,3%, respectivamente. Os profissionais de saúde apresentaram aumento de volume de trabalho e de exigência durante a pandemia de covid-19. Observou-se, ainda, intenso prejuízo à saúde física e mental desses trabalhadores.

PALAVRAS-CHAVE Covid-19. Pandemias. Saúde ocupacional. Vigilância em saúde do trabalhador.

ABSTRACT *The objective was to investigate the working conditions and physical and mental health of health professionals working on the front lines of COVID-19 in urgent, emergency, and intensive care services in Brazil, in the second year of the pandemic. Cross-sectional study, using an electronic questionnaire, through which data on working conditions, and physical and mental health were collected, in addition to the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) instrument. The sample (n=209) included nurses (28.7%), nursing technicians (30.1%), physiotherapists (33%), and physicians (8.2%). The professionals had an average age of 34.6 years and reported an average workload of 53.5 hours/week. There was an increase in hours worked (62%) and in the number of patients (84%). Most reported a good relationship with their boss (89%) and job satisfaction (87%). The prevalence of symptoms of stress, anxiety, and depression was greater than 45%, with a predominance of severe or extremely severe symptoms. The prevalence of musculoskeletal pain and fatigue was 84.7% and 83.3%, respectively. Health professionals showed an increase in workload and demand during the COVID-19 pandemic. There was also intense damage to the physical and mental health of these workers.*

KEYWORDS COVID-19. Pandemics. Occupational health. Surveillance of the worker's health.

¹Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE) – Recife (PE), Brasil.

²Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Recife (PE), Brasil.
angelica.stenorio@ufpe.br

³Centro Universitário Tabosa de Almeida (Asces-Unita) – Caruaru (PE), Brasil.



Introdução

A pandemia de covid-19, causada pelo vírus Sars-CoV2 (novo coronavírus), foi estabelecida pela Organização Mundial da Saúde em 11 de março de 2020 e tem sido considerada uma das maiores crises sanitárias do mundo¹.

No Brasil, o primeiro caso de covid-19 foi notificado em fevereiro de 2020², e, no contexto de um país em desenvolvimento, que já enfrenta sérios problemas devido a um sistema de saúde sobrecarregado, a pandemia representou um grande desafio, com repercussões econômicas, ocupacionais e psicossociais, afetando a população em geral e, sobretudo, os trabalhadores de saúde³⁻⁵.

De acordo com o acompanhamento de indicadores de saúde, foram identificadas diferentes fases da pandemia no Brasil. Em 2021, segundo ano da pandemia, podem-se considerar duas fases principais: a primeira, de fevereiro a junho, foi caracterizada por uma crise generalizada do sistema de saúde, associada à escassez de equipamentos e insumos, além do esgotamento da força de trabalho dos profissionais de saúde. Já na segunda fase, de julho a novembro, houve a expansão da vacinação, acompanhada por redução na transmissão do vírus, com subsequente diminuição de casos e queda das taxas de ocupação de leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI), bem como de óbitos decorrentes da doença. No entanto, a partir de dezembro de 2021 até março de 2022, a rápida difusão mundial da variante ômicron ocasionou, mais uma vez, o crescimento de taxas de ocupação de leitos de UTI, embora com taxas de mortalidade mais baixas do que nas ondas anteriores⁶.

É sabido que profissionais de saúde estão expostos a maiores riscos à saúde mental e física relacionados a surtos de síndromes por coronavírus⁷. Os problemas de saúde mental têm sido associados às atividades ocupacionais durante e até anos após as epidemias⁸⁻¹⁰. Estudos realizados em países como Alemanha, Canadá, China, França e Itália, durante a pandemia de covid-19, têm demonstrado que os profissionais de saúde

da linha de frente apresentaram maior risco de estresse pós-traumático, depressão, ansiedade, insônia e angústia/medo¹¹⁻¹⁴.

Quanto à saúde física, a dor musculoesquelética e a fadiga estão entre os sintomas mais relatados por profissionais da linha de frente¹⁵. As condições de trabalho, tais como carga horária excessiva, estresse físico e psicológico no ambiente ocupacional, e, ainda, fatores pessoais e de estilo de vida também são descritos na literatura como fatores que podem influenciar tanto a saúde mental quanto a presença de sintomas musculoesqueléticos^{16,17}.

Estudos prévios descrevem que os profissionais de saúde, ao atuarem na linha de frente da pandemia de covid-19, vivenciaram condições adversas, tais como aumento substancial da demanda de usuários, ausência de protocolos de tratamento na fase inicial e de vacinação ao longo de meses^{18,19}, escassez de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), entre outras^{20,21}.

Essa sobrecarga pode ocasionar diminuição da funcionalidade, incapacidade, absenteísmo, exaustão e sofrimento psíquico, impactando negativamente a saúde física e mental dos trabalhadores, que são elementos essenciais nas ações de controle e combate à pandemia^{6,22,23}. No transcorrer de uma crise sanitária dessa proporção, a sustentabilidade da resposta do sistema de saúde depende diretamente da sua capacidade de preservar a saúde dos profissionais atuantes na linha de frente²⁴.

Assim, compreender as condições de trabalho dos profissionais de saúde e identificar possíveis impactos sobre a sua saúde mental e física poderão auxiliar na identificação de estratégias de vigilância em saúde do trabalhador que auxiliem na implementação de medidas de prevenção e controle de agravos à saúde dos profissionais, decorrentes da atuação na linha de frente da pandemia de covid-19.

Diante desse contexto, este estudo tem por objetivo investigar as condições de trabalho e saúde física e mental de profissionais de saúde atuantes na linha de frente da covid-19 em serviços de urgência, emergência e terapia intensiva no Brasil, no segundo ano da pandemia.

Material e métodos

Desenho do estudo

Estudo transversal, desenvolvido pelo Laboratório de Aprendizagem e Controle Motor (Lacom) do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). A coleta de dados ocorreu no período de setembro a dezembro de 2021.

População e amostra do estudo

A população do estudo foi composta por profissionais da saúde: enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e fisioterapeutas que atuaram na linha de frente no atendimento de urgência e emergência ou UTI, com assistência direta a pacientes com covid-19 em instituições de saúde do Brasil.

Os profissionais de saúde foram recrutados por meio das instituições de saúde e órgãos/conselhos representativos das classes profissionais elencadas, bem como por meio de divulgação da pesquisa nas mídias sociais (Facebook®, Whatsapp® e Instagram®) e *e-mail*. Todos aqueles que aceitaram participar e que atenderam aos critérios de elegibilidade assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram incluídos profissionais de ambos os sexos, que estavam em efetivo exercício das atividades laborais em UTI e/ou serviços de urgência e emergência no Brasil, em instituições públicas ou privadas. E excluídos profissionais de saúde com diagnóstico prévio de doenças reumáticas ou ortopédicas com acometimento musculoesquelético diagnosticado ou que não completaram os formulários de coleta de dados.

Em virtude da dificuldade de acesso presencial aos trabalhadores, da alta variação do número de profissionais atuantes nesses serviços de saúde no transcorrer da pandemia, empregou-se uma amostra de conveniência composta por 209 profissionais de saúde.

Instrumento de coleta de dados

Para coleta de dados, utilizou-se um questionário eletrônico autoaplicável (formulário eletrônico do Google® Forms), contendo uma seção elaborada pelos pesquisadores com perguntas relativas a dados sociodemográficos, condições de trabalho, aspectos ocupacionais, questões de saúde mental antes da pandemia, saúde física e sintomas musculoesqueléticos; e outra seção contendo o questionário Depression, Anxiety and Stress Scale – Short Form (DASS-21).

A coleta de dados envolveu as seguintes variáveis descritas por grupo:

- Características sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, número de moradores no domicílio, região do país de moradia);
- Saúde física (altura, peso, Índice de Massa Corporal – IMC, autorrelato de prática de atividade física; má qualidade de sono – percepção de qualidade de sono de ruim a regular);
- Caracterização dos sintomas musculoesqueléticos (dor musculoesquelética nos últimos sete dias, histórico de surgimento da dor, presença de fadiga nos últimos sete dias e localização da dor musculoesquelética autorreferida por segmento corporal);
- Condições de trabalho e aspectos ocupacionais (profissão, setor de atuação, tempo de trabalho, quantidade de vínculos, tipo de serviço de saúde – público ou privado, fornecimento de EPIs pelo serviço, média de horas trabalhadas na última semana, horário de descanso durante o plantão, percepção da interferência da pandemia na quantidade de horas trabalhadas, percepção da interferência da pandemia na quantidade de usuários atendidos, percepção da interferência da pandemia na realização de trabalho intenso –, alta produtividade em curto intervalo de tempo,

percepção da interferência da pandemia na realização de trabalho com exigência demasiada – pressões físicas e psicológicas frequentes, folgas regulares entre os plantões e gozo de férias, percepção da qualidade do relacionamento com a chefia imediata e percepção da satisfação com o trabalho);

– Questões de saúde mental antes da pandemia (diagnóstico de transtorno psiquiátrico e história de tratamento de transtorno psiquiátrico e/ou psicológico);

– Para avaliar o escore e a frequência de sintomas de estresse no momento da avaliação, foi utilizado o questionário DASS-21. O DASS-21 é uma ferramenta adaptada e validada para o Brasil²⁵, composta por três subescalas, totalizando 21 perguntas, cujas respostas são classificadas em uma escala de 4 pontos, que varia de zero (não se aplicou de maneira alguma) a 3 (aplicou-se muito, ou na maior parte do tempo). A pontuação das respostas é somada de forma independente e multiplicada por 2 em cada subescala para o cálculo dos escores médios (25-27). Os pontos de corte são específicos por subescala: estresse de (0-14) ‘normal’; (15-18) ‘leve’; (19-25) ‘moderado’; (26-33) ‘grave’; e (34 ou mais) ‘extremamente grave’. Ansiedade de (0-7) ‘normal’; (8-9) ‘leve’; (10-14) ‘moderada’; (15-19) ‘grave’; e (20 ou acima) como ‘extremamente grave’. Depressão de (0-9) ‘normal’; (10-13) ‘leve’; (14-20) ‘moderada’; (21-27) ‘grave’; e (28 ou mais) como ‘extremamente grave’²⁶⁻²⁸.

Análise estatística

Os dados foram tabulados no Microsoft Excel, versão 2016, e processados no SPSS, versão 22.0 para Windows (IBM Corp., Armonk, NY, EUA). Obtiveram-se média e desvio padrão dos dados quantitativos e frequência absoluta e percentual dos dados categóricos. Para comparar as médias entre as categorias profissionais, foi utilizada a análise de variância (ANOVA). O teste qui-quadrado (χ^2) de Pearson foi utilizado para comparar os percentuais das variáveis categóricas. Para todas as análises, foi considerado o nível de significância estatística de 5%.

O presente estudo cumpriu com os princípios éticos com base na Resolução CNS/MS nº 466/12²⁹ e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos do Centro de Ciências da Saúde da UFPE, sob CAAE nº 48622921.9.0000.5208 e parecer nº 4.927.617.

Resultados

Caracterização da amostra

A amostra foi constituída por 209 profissionais: enfermeiros (28,7%), técnicos de enfermagem (30,1%), fisioterapeutas (33%) e médicos (8,2%). A distribuição dos profissionais por região do País foi a seguinte: Nordeste (81,3%), Sudeste (15,3%), Centro-Oeste (2,4%) e Sul (0,95%). Não houve resposta aos formulários por profissionais da região Norte.

A *tabela 1* apresenta as características sociodemográficas e de saúde física da amostra do estudo por categoria profissional.

Tabela 1. Características sociodemográficas e saúde física por categoria profissional

VARIÁVEIS	Total da Amostra N = 209 (100%)	Enfermeiro N = 60 (28,7%)	Técnico de Enfermagem N = 63 (30,1%)	Médico N = 17 (8,2%)	Fisioterapeuta N = 69 (33%)	P
Sexo (n; %)						0,59
Feminino	169 (81)	51 (85)	55 (79,7)	12 (70,6)	51 (81)	
Masculino	39 (19)	9 (15)	14 (20,3)	5 (29,4)	12 (19)	
Idade (média; DP)	34,6 (8,36)	34,9 (7,36)	35 (8,37)	36,2 (13,5)	33,5 (7,61)	0,54
Altura (média; DP)	1,65 (0,08)	1,63 (0,08)	1,63 (0,76)	1,66 (0,93)	1,66 (0,83)	0,07
Peso (média; DP)	76,3 (17,2)	74,3 (17,63)	80,5 (17,73)	77,4 (18,50)	74 (15,86)	0,12
IMC (média; DP)	27,9 (5,53)	27,5 (5,50)	29,8 (5,90)	27,6 (5,42)	26,5 (4,80)	<0,01
Estado civil (n; %)						0,30
Casado(a)/União Estável	88 (42)	20 (32,7)	28 (44,4)	10 (58,8)	31 (44,9)	
Solteiro(a)/Divorciado(a)	121 (58)	40 (66,7)	35 (55,6)	7 (41,2)	38 (55,1)	
Número de pessoas que residem no domicílio (n; %)						0,43
2 a 4 pessoas	168 (80,3)	50 (83,3)	48 (76,2)	12 (70,6)	58 (84,1)	
5 a 8 pessoas	16 (7,7)	4 (6,7)	8 (12,7)	2 (11,8)	2 (2,9)	
Moro sozinho(a)	25 (12)	6 (10)	7 (11,1)	3 (17,6)	9 (13)	
Praticante de atividade física (n; %)						0,14
Sim	97 (46,4)	31 (51,7)	23 (36,5)	11 (64,7)	32 (46,7)	
Não	112 (53,6)	29 (48,3)	40 (63,5)	6 (35,3)	37 (53,6)	
Má Qualidade do sono¹ (n; %)						0,20
Sim	166 (79,4)	42 (70)	52 (82,4)	14 (82,4)	58 (84,1)	
Não	43 (20,6)	18 (30)	11 (17,5)	3 (17,6)	11 (15,9)	

Fonte: elaboração própria.

¹Qualidade do sono referida como péssima ou regular.

Houve predomínio de mulheres (81%), a média de idade foi de 34,6 anos e o IMC de 27,92 kg/m². A maior parte da amostra foi constituída por solteiros e divorciados (58%) e que residiam com 2 a 4 pessoas (80,3%). A maioria dos participantes relatou não praticar atividade física (53,6%), e observou-se elevado relato de qualidade do sono regular e péssima (79,4%).

Na análise por categoria profissional, os técnicos de enfermagem apresentaram maior média de IMC, comparados aos demais

profissionais ($p < 0,01$). As demais variáveis sociodemográficas e de saúde física não apresentaram diferenças significativas entre as profissões.

Condições de trabalho e aspectos ocupacionais durante a pandemia de covid-19

A *tabela 2* apresenta os dados concernentes às condições de trabalho e aos aspectos ocupacionais por categoria profissional.

Tabela 2. Condições de trabalho e aspectos ocupacionais durante a pandemia de covid-19 por categoria profissional

VARIÁVEIS	Total da Amostra N = 209 (100%)	Enfermeiro N = 60 (28,7%)	Técnico de			P
			Enfermagem N = 63 (30,1%)	Médico N = 17 (8,2%)	Fisioterapeuta N = 69 (33%)	
Setor da atuação (n; %)						
Urgência e emergência	71 (34)	33 (55)	28 (44,4)	6 (35,3)	4 (5,8)	<0,01
UTI	79 (38)	13 (21,7)	18 (28,6)	3 (17,6)	45 (65,2)	
Ambos	59 (28)	14 (23,3)	17 (27)	8 (47,1)	20 (29)	
Tempo de trabalho (n; %)						
Há mais de 1 ano	178 (85)	50 (83,3)	57 (90,5)	14 (82,4)	57 (82,6)	0,56
Há menos de 1 ano	31 (15)	10 (16,7)	6 (9,5)	3 (17,6)	12 (17,4)	
Quantidade vínculos (n; %)						
1	81 (39)	28 (46,7)	21 (33)	2 (11,8)	30 (43,5)	<0,01
2	108 (51)	29 (48,3)	36 (57)	7 (41,2)	36 (52,2)	
3	16 (8)	3 (5)	6 (10)	5 (29,4)	2 (2,9)	
Mais de 3	4 (2)	----	----	3 (17,6)	1 (1,4)	
Tipo de serviço de saúde (n; %)						
Público	133 (64)	43 (72)	50 (80)	9 (52,9)	31 (44,9)	<0,01
Privado	32 (15)	9 (15)	2 (3)	1 (5,9)	20 (29)	
Ambos	44 (21)	8 (13)	11 (17)	7 (41,2)	18 (26,1)	
Fornecimento de EPIs pelo serviço (n; %)¹						
Sim	147 (70)	39 (65)	36 (57,1)	13 (76,5)	59 (85,5)	<0,01
Não	62 (30)	21 (35)	27 (42,9)	4 (23,5)	10 (14,5)	
Média de horas trabalhadas² (média; DP)						
	53,5 (25,2)	54,18 (3,34)	53,4 (25,7)	74,2 (29,3)	48 (24)	<0,01
Usufrui de horário de descanso durante o plantão (n; %)						
Sim	152 (73)	45 (75)	53 (84,1)	8 (47,1)	46 (66,7)	0,01
Não	57 (27)	15 (25)	10 (15,9)	9 (52,9)	23 (33,3)	
Folgas regulares entre os plantões/férias (n; %)						
Sim	152 (73)	47 (78,3)	51 (81)	8 (47,1)	46 (66,7)	0,01
Não	57 (27)	13 (21,7)	12 (19)	9 (52,9)	23 (33,3)	
Percepção da interferência da pandemia na quantidade de horas trabalhadas (n; %)						
Não alterou	70 (33)	24 (40)	30 (47,6)	1 (5,9)	15 (21,7)	<0,01
Aumentou	129 (62)	33 (55)	30 (47,6)	16 (94,1)	50 (72,5)	
Diminuiu	10 (5)	3 (5)	3 (4,8)	----	4 (5,8)	
Percepção de interferência da pandemia na quantidade de pacientes atendidos (n; %)						
Não alterou	24 (11)	6 (10)	11 (17)	1 (5,9)	6 (8,7)	0,34
Aumentou	175 (84)	50 (83,3)	51 (81)	16 (94,1)	58 (84,1)	
Diminuiu	10 (5)	4 (6,7)	1 (2)	----	5 (7,2)	
Percepção de realização de trabalho intenso durante a pandemia³ (n; %)						
Frequentemente	200 (96)	57 (95)	60 (95,2)	17 (100)	66 (95,7)	0,05
Nunca ou raramente	9 (4)	3 (5)	3 (4,8)	----	3 (4,3)	
Percepção de realização de trabalho com exigência demasiada durante a pandemia⁴ (n; %)						
Frequentemente	206 (98,5)	58 (96,7)	62 (98,4)	17 (100)	69 (100)	0,64
Nunca ou raramente	3 (1,5)	2 (3,3)	1 (1,6)	----	----	

Tabela 2. Condições de trabalho e aspectos ocupacionais durante a pandemia de covid-19 por categoria profissional

VARIÁVEIS	Total da Amostra N = 209 (100%)	Enfermeiro N = 60 (28,7%)	Técnico de			P
			Enfermagem N = 63 (30,1%)	Médico N = 17 (8,2%)	Fisioterapeuta N = 69 (33%)	
Percepção da qualidade do relacionamento com a chefia imediata (n; %)						
Boa	185 (89)	52 (86,7)	53 (84,2)	13 (76)	67 (97)	0,02
Ruim	23 (11)	8 (13,3)	10 (15,8)	4 (24)	2 (3)	
Percepção da satisfação com o trabalho (n; %)						
Boa	181 (87)	51 (85)	54 (85,7)	15 (88,2)	64 (93)	0,13
Ruim	28 (13)	9 (15)	9 (14,3)	2 (11,8)	5 (7)	

Fonte: elaboração própria.

¹Fornecimento de EPIs necessários, (EPIs): Equipamentos de Proteção Individual. ²Média de horas trabalhadas nos últimos sete dias. ³Trabalho intenso: caracterizado por atividades laborais de alta produtividade em curto intervalo de tempo. ⁴Trabalho com grande exigência do trabalhador: atividades laborais que envolvam pressões físicas e psicológicas frequentes.

Com relação ao setor da atuação, 38% da amostra trabalhavam em UTI, 34% em serviços de urgência e emergência e 28% em ambos. Quando avaliado o setor por categoria profissional, a maior parte dos enfermeiros (55%) e dos técnicos de enfermagem (44,4%) atuava em serviços de urgência e emergência, os fisioterapeutas tiveram maior atuação em UTI (65,2%), enquanto, entre os médicos, 47,1% atuavam em ambos os setores ($p < 0,01$).

Quanto ao tempo de trabalho, 85% da amostra trabalhavam na área há mais de um ano, não havendo diferença significativa entre as categorias profissionais. A maioria (51%) possuía dois vínculos empregatícios, e, na análise por categoria, houve maior frequência de técnicos de enfermagem (57%) e de fisioterapeutas (52,2%) com dois vínculos ($p < 0,01$).

A respeito do tipo de serviço de saúde, 64% dos profissionais da amostra atuavam exclusivamente no serviço público, 15% apenas no serviço privado e 21% em ambos. Houve diferença com relação às profissões, de maneira que os técnicos de enfermagem (80%) apresentaram maior frequência no serviço público ($p < 0,01$).

Sobre o fornecimento de EPIs pelo serviço, 70% da amostra relataram receber os EPIs adequados, no entanto, os técnicos de enfermagem apresentaram maior dificuldade de acesso aos EPIs (42,9%), comparados às demais categorias profissionais ($p < 0,01$).

A média de horas trabalhadas nos últimos sete dias pelos profissionais da amostra foi de 53,5 horas. Os médicos apresentaram a maior média (74,2 horas), seguida pelos enfermeiros (54,2 horas), técnicos de enfermagem (53,4 horas) e fisioterapeutas (48 horas) ($p < 0,01$). Já com relação ao horário de descanso durante o plantão, 73% dos profissionais relataram usufruir do seu período de descanso. Entre os profissionais, os técnicos de enfermagem apresentaram a maior frequência de usufruto do descanso (84,1%) quando comparados aos demais ($p = 0,01$). A existência de folgas regulares entre os plantões e gozo de férias foi relatada por 73% da amostra. Os técnicos de enfermagem apresentaram a maior frequência entre as categorias profissionais (81%) ($p = 0,01$).

Na amostra, 62% perceberam o aumento na quantidade de horas trabalhadas após o início da pandemia. A maior percepção desse aumento foi relatada pelos médicos (94,1%) e fisioterapeutas (72,5%), seguidos de enfermeiros (55%) e técnicos de enfermagem (47,6%) ($p < 0,01$). Além disso, o aumento na quantidade de usuários atendidos devido à pandemia foi percebido por 84% dos participantes da pesquisa, e não houve diferença estatística entre as categorias profissionais.

A percepção da realização de trabalho intenso durante a pandemia, caracterizado

por alta produtividade em curto intervalo de tempo, foi referida por 96% dos profissionais como 'frequentemente'. A maior frequência, por sua vez, correspondeu aos médicos (100%) ($p=0,05$). A realização de trabalho com exigência demasiada, caracterizada por pressões físicas e psicológicas frequentes, foi percebida como 'frequentemente' por 98,5% dos avaliados, sem diferenças com relação à categoria profissional.

Quanto à percepção da qualidade do relacionamento com a chefia imediata, 89% dos profissionais responderam ter um bom relacionamento. Na comparação entre as categorias,

esse relato foi mais frequente entre os fisioterapeutas (97%) e menos frequente entre os médicos (76%) ($p=0,02$). Ademais, 87% dos participantes relataram ter uma boa percepção da satisfação com o trabalho, não havendo diferença entre as profissões.

A *tabela 3* apresenta os resultados obtidos nas questões sobre saúde mental antes da pandemia e sintomas atuais de estresse, ansiedade e depressão. A maioria dos indivíduos não apresentou relato de diagnóstico (87%) ou de tratamento (79%) de transtorno psiquiátrico e/ou psicológico anterior à pandemia.

Tabela 3. Questões de saúde mental antes da pandemia e sintomas de estresse, ansiedade e depressão no momento da avaliação

Variáveis	Técnico de					P
	Total da Amostra N = 209 (100%)	Enfermeiro N = 60 (28,7%)	Enfermagem N = 63 (30,1%)	Médico N = 17 (8,2%)	Fisioterapeuta N = 69 (33%)	
Diagnóstico de transtorno psiquiátrico antes da pandemia (n; %)						
Sim	27 (13)	7 (11,7)	6 (9,5)	3 (17,6)	7 (11,7)	0,65
Não	182 (87)	53 (88,3)	57 (90,5)	14 (82,4)	58 (84,1)	
Tratamento de transtorno psiquiátrico e/ou psicológico antes da pandemia (n; %)						
Sim	44 (21)	14 (23,3)	7 (11,1)	3 (17,6)	3 (17,6)	0,08
Não	165 (79)	46 (76,7)	56 (88,9)	14 (82,4)	49 (71)	
Escore de Estresse - DASS (Média; DP)	15,9; 10,9	16,9; 22,8	14,2; 11,0	14,1; 8,10	16,9; 9,84	0,37
Presença de sintomas de estresse (n; %)						
Sim	95 (45,5)	28 (46,7)	26 (41,3)	7 (41,2)	34 (49,3)	0,79
Não	114 (54,5)	32 (53,3)	37 (58,7)	10 (58,8)	35 (50,7)	
Classificação Estresse - DASS (n; %)						
Normal	114 (54,5)	32 (53,3)	37 (58,7)	10 (58,8)	35 (50,7)	0,15
Leve	22 (10,5)	5 (8,3)	7 (11,1)	2 (11,8)	8 (11,6)	
Moderada	19 (9)	5 (8,3)	5 (7,9)	3 (17,6)	6 (8,7)	
Grave	39 (19)	8 (13,3)	11 (17,5)	2 (11,8)	18 (26,1)	
Extremamente Grave	15 (7)	10 (16,7)	3 (4,8)	-----	2 (2,9)	
Escore de Ansiedade - DASS (Média; DP)	10,7; 11,0	11,6; 11,9	11,4; 11,7	4,94; 5,00	10,8; 10,4	0,15
Presença de sintomas de ansiedade (n; %)						
Sim	100 (47,8)	30 (50)	30 (47,6)	5 (29,4)	35 (50,7)	0,44
Não	109 (52,2)	30 (50)	33 (52,4)	12 (70,6)	34 (49,3)	

Tabela 3. Questões de saúde mental antes da pandemia e sintomas de estresse, ansiedade e depressão no momento da avaliação

Variáveis	Técnico de					P
	Total da Amostra N = 209 (100%)	Enfermeiro N = 60 (28,7%)	Enfermagem N = 63 (30,1%)	Médico N = 17 (8,2%)	Fisioterapeuta N = 69 (33%)	
Classificação Ansiedade - DASS (n; %)						
Normal	109 (52,1)	30 (50)	33 (52,4)	12 (70,6)	34 (49,3)	0,91
Leve	13 (6,2)	2 (3,3)	2 (3,2)	3 (17,6)	6 (8,7)	
Moderada	24 (11,5)	8 (13,3)	5 (7,9)	1 (5,9)	10 (14,5)	
Grave	13 (6,2)	2 (3,3)	8 (12,7)	-----	3 (4,3)	
Extremamente Grave	50 (24)	18 (30)	15 (23,8)	1 (5,9)	16 (23,2)	
Escore de Depressão - DASS	11,1; 10,9	12,6; 11,6	9,7; 10,8	7,52; 7,85	12,0; 10,8	0,21
Presença de sintomas de depressão (n; %)						
Sim	95 (45,5)	30 (50)	24 (38,1)	7 (41,2)	34 (49,3)	0,49
Não	114 (54,5)	30 (50)	39 (61,9)	10 (58,8)	35 (50,7)	
Classificação Depressão - DASS (n; %)						
Normal	114 (54,5)	30 (50)	39 (61,9)	10 (58,8)	35 (50,7)	0,82
Leve	24 (11,5)	7 (11,7)	6 (9,5)	3 (17,6)	8 (11,6)	
Moderada	27 (13)	7 (11,7)	8 (12,7)	2 (11,8)	10 (14,5)	
Grave	19 (9)	5 (8,3)	5 (7,9)	2 (11,8)	7 (10,1)	
Extremamente Grave	25 (12)	11 (18,3)	5 (7,9)	-----	9 (13)	

Fonte: elaboração própria.

DP: Desvio Padrão; ME: musculoesquelética. DASS: Escala de estresse, ansiedade e depressão respondida pela população do estudo na pandemia de covid-19.

De acordo com os resultados do DASS-21, verificou-se prevalência de sintomas tanto de estresse quanto de ansiedade e depressão no momento da avaliação, acima de 45% na amostra estudada. Não houve diferença significativa entre as categorias profissionais nas médias dos escores de estresse, ansiedade e depressão, bem como para a severidade dos sintomas. No entanto, observou-se que em todas as profissões avaliadas foram encontrados indivíduos com sintomas graves ou extremamente graves de estresse, ansiedade e depressão.

Prevalência de dor musculoesquelética autorreferida e fadiga

A *tabela 4* mostra a prevalência e o histórico dos sintomas musculoesqueléticos por categoria profissional. A prevalência de dor musculoesquelética autorreferida nos últimos sete dias foi de 84,7% na amostra do estudo, não havendo diferença entre as profissões ($p=0,42$). Quanto ao histórico do surgimento da dor musculoesquelética, para a maioria dos indivíduos, foi iniciada na pandemia (33,5%) ou exacerbada durante o período pandêmico (43,5%). A fadiga física nos últimos sete dias também foi um sintoma relatado por 83,3% da amostra.

Tabela 4. Prevalência de sintomas musculoesqueléticos autorreferidos (dor e fadiga) e histórico de surgimento da dor por categoria profissional

Variáveis	Total da Amostra N = 209 (100%)	Técnico de				P
		Enfermeiro N = 60 (28,7%)	Enfermagem N = 63 (30,1%)	Médico N = 17 (8,2%)	Fisioterapeuta N = 69 (33%)	
Dor musculoesquelética¹ (n; %)						
Sim	177 (84,7)	54 (90)	50 (79,4)	14 (82,4)	59 (85,5)	0,42
Não	32 (15,3)	6 (10)	13 (20,6)	3 (17,6)	10 (14,5)	
Histórico de surgimento da dor musculoesquelética (n; %)						
Antes da pandemia e permaneceu igual	48 (23)	15 (25,0)	16 (25,4)	5 (29,4)	12 (17,4)	0,52
Antes da pandemia, mas piorou na pandemia	91 (43,5)	28 (46,7)	23 (36,5)	5 (29,4)	35 (50,7)	
Surgiu durante a pandemia	70 (33,5)	17 (28,3)	24 (38,1)	7 (41,2)	22 (31,9)	
Fadiga nos últimos 7 dias (n; %)						
Sim	174 (83,3)	49 (81,7)	52 (82,5)	17 (100)	56 (81,2)	0,28
Não	35 (16,7)	11 (18,3)	11 (17,5)	-----	13 (18,8)	

Fonte: elaboração própria.

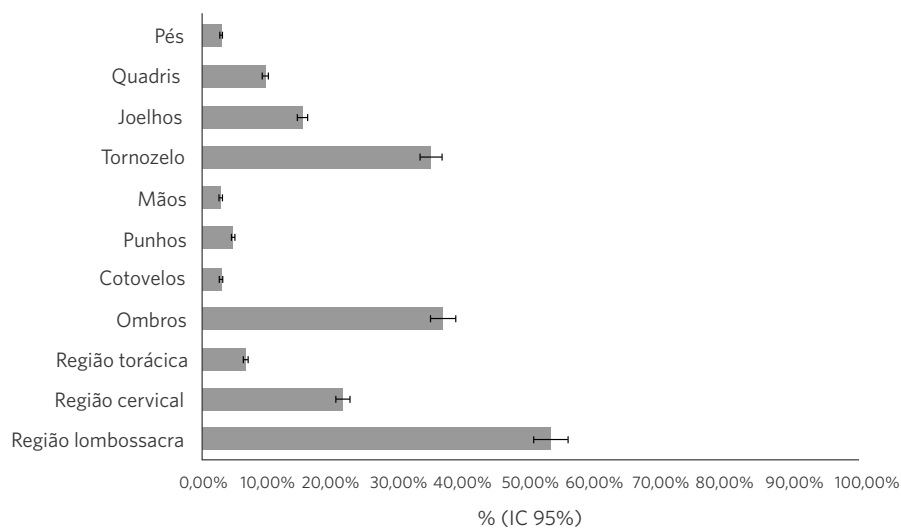
¹Ocorrência de dor musculoesquelética nos últimos sete dias.

Prevalência da dor musculoesquelética autorreferida por segmento corporal

O gráfico 1 apresenta a prevalência de dor musculoesquelética autorreferida, por segmento corporal (os indivíduos poderiam indicar um

ou mais locais dolorosos). Do total da amostra, 76,6% referiram dor na coluna vertebral, sendo mais acometida a região lombossacra (53,1%). Nos Membros Superiores (MMSS), a frequência de dor foi de 45,5%, predominante nos ombros (36,8%). A dor nos Membros Inferiores (MMII) esteve presente em 63,2% da amostra, com maior frequência nos tornozelos (34,9%).

Gráfico 1. Prevalência autorreferida da dor musculoesquelética por segmento corporal



Fonte: elaboração própria.

IC=95%.

Discussão

O presente estudo verificou o agravamento da condição de saúde física e mental de trabalhadores que atuaram na linha de frente em serviços de urgência, emergência e terapia intensiva, com exacerbação de queixas dolorosas, fadiga e alta prevalência de prejuízos à saúde mental desses trabalhadores. Verificaram-se, ainda, prejuízos nas condições de trabalho, com aumento das cargas horárias e volume de atendimentos nesse período.

Condição de trabalho

O aumento de volume de pacientes, bem como da jornada de trabalho, fez parte do contexto do enfrentamento da covid-19, que recrutou profissionais para suprir a alta demanda de pacientes nas regiões brasileiras. Estudos realizados na pandemia, com enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, médicos, psicólogos, entre outros profissionais de saúde, também identificaram aumento na frequência de trabalho intenso e da média de horas trabalhadas entre esses profissionais, principalmente médicos e enfermeiros³⁰⁻³².

No presente estudo, a percepção do aumento da quantidade de horas trabalhadas e de trabalho intenso durante a pandemia foi mais acentuada para médicos e fisioterapeutas. Apesar da percepção de trabalho intenso, os trabalhadores relataram ter folgas regulares, gozo de férias e fornecimento adequado de EPIs. Além disso, perceberam satisfação no trabalho e boa relação com a chefia imediata, diferentemente do achado de outro estudo. Tal fato talvez se deva ao momento da pandemia em que o estudo foi desenvolvido, quando já havia maior acesso aos EPIs, garantia de vacinação e maior controle do cenário pandêmico, apesar de ainda haver grande quantidade de pacientes^{14,31,33-35}.

Saúde mental

No presente estudo, observou-se alta ocorrência para sintomas de estresse, ansiedade

e depressão, que foram classificados, em sua maioria, como graves ou extremamente graves. Estudos descrevem que, durante o pico da pandemia, os profissionais apresentavam maiores níveis de sofrimento mental^{36,37}, porém, em fases de maior controle do contexto pandêmico, como foi o momento analisado no presente estudo, as alterações de saúde mental ainda permaneceram elevadas, provavelmente devido à manutenção da sobrecarga e exigência do trabalho para os profissionais de saúde.

Além disso, outros fatores não abordados no presente estudo podem ter repercutido na saúde mental desses profissionais, como a baixa remuneração e desvalorização profissional encontradas antes mesmo da pandemia no cotidiano dos profissionais de saúde, em especial, da enfermagem^{38,39}.

O estudo de Monteiro et al.⁴⁰ avaliou a presença de transtornos mentais em fisioterapeutas de quatro estados do Nordeste do Brasil atuantes na pandemia de covid-19. Foi encontrada prevalência de 76,2% de sintomas de transtornos mentais, e os fatores de risco relacionados foram medo de reinfecção e infecção prévia por covid-19, enquanto satisfação com o trabalho e idade superior a 30 anos foram fatores de proteção para a saúde mental. Os resultados também sugerem que o tempo de trabalho durante a pandemia e a carga horária semanal não influenciaram a saúde mental dos fisioterapeutas. No entanto, o referido estudo incluiu profissionais atuantes em serviços de todos os níveis de complexidade, diferindo do presente estudo, cuja população atuava em serviços de urgência e emergência ou em UTI.

Saúde física

Verificou-se, também, no presente estudo uma média de IMC dentro da faixa de sobrepeso, sendo mais elevada entre os técnicos de enfermagem, condição que pode estar associada a questões como baixa prática de atividade física e sono irregular³⁹. É importante destacar que a maioria dos profissionais relatou não praticar atividade física e avaliou a qualidade do sono

como regular ou péssima. Estudos prévios identificaram que o sedentarismo e uma percepção precária do sono, além de agravar a saúde física dos trabalhadores, estão associados a uma menor capacidade para o trabalho e desenvolvimento de transtornos mentais, incluindo a síndrome de burnout^{14,36,41-44}.

Com relação à dor musculoesquelética, a prevalência por meio do autorrelato foi de 84,7%, com maior histórico de início ou exacerbção durante a pandemia. A prevalência do presente estudo é superior a outro estudo com trabalhadores da enfermagem no período da pandemia (54%)⁴⁵.

Além da dor, os profissionais de saúde deste estudo relataram uma alta prevalência para a fadiga. Considerando outros estudos realizados em períodos críticos da pandemia^{15,16,46}, podem-se relacionar tais achados à intensa sobrecarga de trabalho ao longo da pandemia, característica de provável efeito cumulativo e exaustão⁴⁷⁻⁴⁹, como também associada ao crescimento de inatividade física na população geral, acentuado com a pandemia⁵⁰⁻⁵².

Quanto à localização da dor musculoesquelética, a maioria dos profissionais avaliados no presente estudo relatou a região lombossacra. Concordando com esse achado, outros estudos anteriores à pandemia identificaram a dor lombar como um sintoma frequente entre profissionais^{47,48,53}. No entanto, além do domínio da dor lombar, que também ocorre na população em geral, destaca-se a frequência elevada de dores nos tornozelos encontrada neste estudo, que pode guardar relação com o aumento da carga horária e a quantidade de horas de trabalho em posição ortostática⁵⁴⁻⁵⁶.

A maioria dos estudos realizados no Brasil que abordaram contextos de saúde dos profissionais da linha de frente da pandemia de covid-19 avaliou as condições de saúde mental^{30,40,57,58}, enquanto o presente estudo, adicionalmente, avaliou as condições de saúde física, com destaque para os sintomas musculoesqueléticos, trazendo importantes informações, como a elevada prevalência de dor musculoesquelética e fadiga registradas

no período do estudo, além de ter identificado condições de trabalho exaustivas, em decorrência da pandemia, especificamente em trabalhadores de serviços de urgência, emergência e UTI.

Outro fator que merece destaque neste estudo é o perfil sociodemográfico dos profissionais de saúde respondentes, que se caracterizou por maior prevalência de mulheres na terceira década de vida. Um estudo realizado com profissionais de 104 países mostrou o domínio do sexo feminino nessas atividades, corroborando esse achado⁵⁹. Além disso, as mulheres são mais respondentes a pesquisas científicas, o que impossibilita a realização de estratificação por sexo dos resultados do presente estudo.

Ainda na caracterização sociodemográfica, um aspecto relevante deste estudo é o alto percentual de profissionais provenientes da região Nordeste, contrastando com a maior parte dos estudos brasileiros, nos quais houve domínio de profissionais do Sudeste^{30,57}. Entre os estudos com esse perfil, Campos et al.⁵⁷ e Silva-Júnior et al.³⁰ avaliaram a saúde mental dos trabalhadores e encontraram, respectivamente, relatos de 88% e 68% de transtornos mentais em profissionais de saúde na pandemia. Tais resultados foram superiores às prevalências de sintomas de estresse, ansiedade e depressão encontrados no presente estudo. Entretanto, é importante observar que ambas as pesquisas^{57,30} são referentes ao primeiro ano da pandemia (2020), período mais crítico em comparação com 2021, quando foi realizado o nosso estudo. Esse aspecto, provavelmente, teve impacto na saúde mental dos profissionais. Por outro lado, não se pode inferir se as diferenças nas regiões de atuação profissional também influenciaram nesses resultados.

Diante dos resultados expostos neste estudo, é importante ressaltar que políticas públicas voltadas para prevenção e controle de agravos à saúde mental e física dos profissionais de saúde são necessárias para evitar que os problemas ocorridos durante a pandemia, tais como os

que foram identificados nesta pesquisa, não resultem em consequências futuras para a saúde dos trabalhadores, afetando negativamente o seu bem-estar pessoal, sua qualidade de vida e o desempenho laboral⁶⁰.

Nesse sentido, algumas ações de vigilância em saúde do trabalhador podem ser sugeridas, tais como a implementação de programas de monitoramento e detecção precoce de sintomas de estresse, ansiedade e depressão, possibilitando a assistência terapêutica, quando necessário^{8,60}, e programas de promoção à saúde com foco no estímulo à prática de atividade física e orientações ergonômicas no contexto do ambiente laboral¹⁵. Em associação com essas ações, é essencial a construção de políticas que busquem melhorar o ambiente de trabalho na saúde, incluindo o aperfeiçoamento da gestão de pessoas e a avaliação sistemática da infraestrutura dos serviços de saúde, com planejamento para situações de crise, como as pandemias⁶¹.

Entre as limitações deste estudo, destaca-se a impossibilidade de diagnóstico de transtornos mentais com a utilização do DASS-21. Outra limitação a ser considerada consiste na ausência de uma amostra representativa da região Norte, o que pode ter sido decorrente do desgaste dos profissionais locais, tendo em vista a grave crise de oxigênio vivenciada na pandemia, no início de 2021, o que pode ter contribuído para a falta de disponibilidade para participarem do estudo.

Mesmo diante dessas limitações, o presente estudo aborda as condições de trabalho, de saúde física e mental dos profissionais de saúde, após um ano e meio de trabalho intenso na linha de frente durante a pandemia de covid-19 no Brasil, e sinaliza os efeitos danosos da sobrecarga física e mental sobre esses trabalhadores. Recomendam-se estudos futuros que acompanhem esses

profissionais para melhor entendimento das repercussões crônicas do contexto de sobrecarga emocional e de trabalho vivenciado por esses profissionais durante a pandemia.

Considerações finais

Os profissionais de saúde atuantes em serviços de urgência e emergência e em terapia intensiva na linha de frente durante o segundo ano da pandemia de covid-19 apresentaram aumento de volume de trabalho e de exigência no ambiente ocupacional, além de intenso prejuízo à sua saúde física e mental.

Os achados desta pesquisa podem contribuir para a elaboração e o direcionamento de políticas públicas voltadas para a saúde dessa população, dada a urgente necessidade apresentada.

Colaboradores

Alves LIN (0000-0001-9276-9164)* e Siqueira GR (0000-0003-4520-1175)* contribuíram para concepção, levantamento dos dados, análise dos dados, redação e revisão final do manuscrito. Santos GS (0000-0001-5798-3376)* e Soares ARS (0000-0003-0620-7849)* contribuíram para redação e revisão final do manuscrito. Souza AIG (0000-0003-0001-7972)* contribuiu para levantamento de dados, redação e revisão final do manuscrito. Dantas DS (0000-0002-1966-3352)* contribuiu para concepção, análise dos dados, redação e revisão final do manuscrito. Tenório AS (0000-0002-7066-9047)* contribuiu para concepção, levantamento dos dados, análise dos dados, redação e revisão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- Buss PM, Alcázar S, Galvão LA. Pandemia pela Covid-19 e multilateralismo: reflexões a meio do caminho. *Estud. Avanc.* 2020 [acesso em 2023 jan 3]; 34(99):45-64. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.004>.
- Cavalcante JR, Cardoso-dos-Santos AC, Bremm JM, et al. Covid-19 no Brasil: evolução da epidemia até a semana epidemiológica 20 de 2020. *Epidemiol Serv Saúde.* 2020 [acesso em 2023 jan 3]; 29(4):7-13. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000400010>.
- Neiva MB, Carvalho I, Costa Filho S, et al. Brazil: the emerging epicenter of Covid-19 pandemic. *Soc. Bras. Med. Trop.* 2020 [acesso em 2023 jan 4]; 53:e20200550. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0550-2020>.
- Teixeira CFS, Soares CM, Souza EA, et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. *Ciênc. saúde coletiva.* 2020 [acesso em 2023 jan 4]; 25(9):65-74. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>.
- Brandão CC, Mendonça AVM, Sousa MR. O Ministério da Saúde e a gestão do enfrentamento à pandemia de Covid-19 no Brasil. *Saúde debate.* 2023 [acesso em 2023 jul 4]; 47(137):58-75. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313704>.
- Barcellos C, Xavier DR. As diferentes fases, os seus impactos e os desafios da pandemia de Covid-19 no Brasil. *Reciis.* 2022 [acesso em 2023 jan 5]; 16(2):221-6. Disponível em: <https://doi.org/10.29397/reciis.v16i2.3349>.
- Xiao J, Fang M, Chen Q, et al. SARS, MERS and Covid-19 among healthcare workers: A narrative review. *J. Infect. Public Health.* 2020 [acesso em 2023 jan 13]; 13(6):843-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2020.05.019>.
- Salazar de Pablo G, Vaquerizo-Serrano J, Catalan A, et al. Impact of coronavirus syndromes on physical and mental health of health care workers: Systematic review and meta-analysis. *J. Affect. Disord.* 2020 [acesso em 2023 jan 14]; 275:48-57. Disponível em: <https://doi.org/10.1016%2Fj.jad.2020.06.022>.
- Shaukat N, Ali DM, Razzak J. Physical and mental health impacts of Covid-19 on healthcare workers: a scoping review. *Int. J. Emerg. Med.* 2020 [acesso em 2023 jan 20]; 13(1):40-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12245-020-00299-5>.
- Arvidsson I, Gremark Simonsen J, Lindegård-Andersson A, et al. The impact of occupational and personal factors on musculoskeletal pain – a cohort study of female nurses, sonographers and teachers. *BMC Musculoskelet Disord.* 2020 [acesso em 2023 jan 22]; 21(1):6-21. Disponível em: <https://doi.org/10.1186%2Fs12891-020-03640-4>.
- Morawa E, Schug C, Geiser F, et al. Psychosocial burden and working conditions during the Covid-19 pandemic in Germany: The VOICE survey among 3678 health care workers in hospitals. *J. Psychosom. Res.* 2021 [acesso em 2023 jan 23]; 4(11):4-15. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110415>.
- Carmassi C, Foghi C, Dell'Oste V, et al. PTSD symptoms in healthcare workers facing the three coronavirus outbreaks: What can we expect after the Covid-19 pandemic. *Psychiatry Res.* 2020 [acesso em 2023 jan 23]; 29(2):113-312. Disponível em: <https://doi.org/10.1016%2Fj.psychres.2020.113312>.
- El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, et al. Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (Covid-19): quels risques pour leur santé mentale? *Encephale.* 2020 [acesso em 2023 jan 24]; 46(3):73-80. Disponível em: <https://doi.org/10.1016%2Fj.encep.2020.04.008>.
- Lai J, Ma S, Wang Y, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw. Open.* 2020 [acesso em 2023 jan 25]; 3(3):e203976. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>.

15. Arca M, Dönmez S, Durmaz ED. The effect of the Covid-19 Pandemic on anxiety, depression, and musculoskeletal system complaints in healthcare workers. *Work*. 2021 [acesso em 2023 jan 25]; 69(1):47-54. Disponível em: <https://doi.org/10.3233/wor-205014>.
16. Efe Is E, Sahillioglu A, Demirel S, et al. Effect of Covid-19 pandemic on physical activity habits, musculoskeletal pain, and mood of healthcare workers. *Sisli Etfal Hastan Tip Bul.* 2021 [acesso em 2023 jan 28]; 55(4):462-8. Disponível em: <https://doi.org/10.14744/2FSEMB.2021.87523>.
17. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, et al. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the Covid-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun.* 2020 [acesso em 2023 fev 1]; 8(8):901-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>.
18. Vindegaard N, Benros ME. Covid-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain Behav. Immun.* 2020 [acesso em 2023 fev 1]; 89:531-42. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048>
19. Giorgi G, Lecca LI, Alessio F, et al. Covid-19-related mental health effects in the workplace: A narrative review. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2020 [acesso em 2023 fev 4]; 17(21):57-78. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/2Fijerph17217857>.
20. Silva FCT, Neto MLR. Psychiatric symptomatology associated with depression, anxiety, distress, and insomnia in health professionals working in patients affected by Covid-19: A systematic review with meta-analysis. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry.* 2021 [acesso em 2023 fev 4]; 104:110057. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/2Fj.pnpbp.2020.110057>.
21. Hubbard G, den Daas C, Johnston M, et al. Sociodemographic and psychological risk factors for anxiety and depression: Findings from the Covid-19 Health and Adherence Research in Scotland on Mental Health (CHARIS-MH) Cross-sectional Survey. *Int J Behav Med.* 2021 [acesso em 2023 fev 14]; 28(6):788-800. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s12529-021-09967-z>.
22. Huang Y, Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during Covid-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Res.* 2020 [acesso em 2023 fev 18]; 288:112954. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112954>.
23. Tsamakidis K, Tsiptsios D, Ouranidis A, et al. Covid-19 and its consequences on mental health (Review). *Exp. Ther. Med.* 2021 [acesso em 2023 fev 14]; 21(3):244-50. Disponível em: <https://doi.org/10.3892/etm.2021.9675>.
24. Godlee F. Protect our healthcare workers. *BMJ.* 2020 [acesso em 2023 fev 20]; 369:m1324. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.m1324>.
25. Vignola RCB, Tucci AM. Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *J. Affect Disord.* 2014 [acesso em 2023 jan 5]; 1(55):104-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.031>.
26. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy.* 1995 [acesso em 2023 jan 5]; 33(3):335-43. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-u](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-u).
27. Patias ND, Machado WDL, Bandeira DR, et al. Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21) - Short Form: Adaptação e validação para adolescentes brasileiros. *Psico-USF.* 2016 [acesso em 2023 jan 5]; 21(3):59-69. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-82712016210302>.
28. Martins BG, Silva WR, Maroco J, et al. Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse: propriedades psicométricas e prevalência das afetividades. *J. Bras. Psiquiatr.* 2019 [acesso em 2023 jan 7]; 68(1):32-4. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000222>.
29. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União.* 13 Jun 2013. Seção I:59.

30. Silva-Junior JS, Cunha AA, Lourenção DCA, et al. Occupational psychosocial stressors and mental distress among healthcare workers during Covid-19 pandemic. *Einstein* (São Paulo). 2021 [acesso em 2023 fev 27]; 19:eAO6281. Disponível em: https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2021AO6281.
31. Maben J, Bridges J. Covid-19: Supporting nurses' psychological and mental health. *J. Clin. Nurs.* 2020 [acesso em 2023 mar 4]; 29(15-16):42-50. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.15307>.
32. Silva FCT, Barbosa CP. The impact of the Covid-19 pandemic in an intensive care unit (ICU): Psychiatric symptoms in healthcare professionals. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry.* 2021 [acesso em 2023 mar 13]; 110:110299-312. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2021.110299>.
33. Wu P, Fang Y, Guan Z, et al. The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. *Can. J. Psychiatry.* 2009 [acesso em 2023 mar 25]; 54(5):302-11. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/070674370905400504>.
34. Santos JLG, Menegon FHA, Andrade GB, et al. Changes implemented in the work environment of nurses in the Covid-19 pandemic. *Rev. Bras. Enferm.* 2022 [acesso em 2023 maio 5]; 75(supl1):e20201381. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1381>.
35. Toniasso SCC, Fernandes FS, Joveleviths D, et al. Reduction in Covid-19 prevalence in healthcare workers in a university hospital in southern Brazil after the start of vaccination. *Int. J. of Infect. Dis.* 2021 [acesso em 2023 abr 13]; 10(9):283-5. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2021.07.025>.
36. Danet AD. Impacto psicológico de la Covid-19 en profesionales sanitarios de primera línea en el ámbito occidental. Una revisión sistemática. *Med. Clin. (Barc).* 2021 [acesso em 2023 abr 15]; 156(9):449-58. Disponível em: <https://doi.org/10.1016%2Fj.medcli.2020.11.009>.
37. Trumello C, Bramanti SM, Ballarotto G, et al. Psychological adjustment of healthcare workers in Italy during the Covid-19 Pandemic: differences in stress, anxiety, depression, burnout, secondary trauma, and compassion satisfaction between frontline and non-frontline professionals. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2020 [acesso em 2023 jan 17]; 17(22):8358-71. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijer-ph17228358>.
38. Backes MTS, Higashi GDC, Damiani PR, et al. Working conditions of Nursing professionals in coping with the Covid-19 pandemic. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2021 [acesso em 2023 jan 22]; 42:e20200339. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200339>.
39. Miranda FMD, Santana LDL, Pizzolato AC, et al. Condições de trabalho e o impacto na saúde dos profissionais de enfermagem frente a Covid-19. *Cogit. Enferm. (online)* 2020 [acesso em 2023 fev 4]; 25:e72702. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.72702>.
40. Monteiro GAS, Santos WJ, Ceballos AGC, et al. Common mental disorder and related factors to the work of physiotherapists in the Covid-19 pandemic. *Fisiot. Moviment.* 2023 [acesso em 2023 jun 10]; 36:e36105. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/fm.2023.36105>.
41. Hämmig O. Work- and stress-related musculoskeletal and sleep disorders among health professionals: a cross-sectional study in a hospital setting in Switzerland. *BMC Musculoskelet. Disord.* 2020 [acesso em 2023 jun 13]; 21(1):3-19. Disponível em: <https://doi.org/10.1186%2Fs12891-020-03327-w>.
42. Stewart NH, Koza A, Dhaon S, et al. Sleep disturbances in frontline health care workers during the Covid-19 pandemic: social media survey study. *J. Med. Internet Res.* 2021 [acesso em 2023 maio 5]; 23(5):e27331. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/27331>.
43. Abbas A, Al-Otaibi T, Gheith OA, et al. Sleep quality among healthcare workers during the Covid-19 pandemic and its impact on medical errors: Kuwait experience. *Turk. Thorac. J.* 2021 [acesso em 2023 maio 7];

- 22(2):142-8. Disponível em: <https://doi.org/10.5152/turkthoracj.2021.20245>.
44. Ráthonyi G, Kósa K, Bács Z, et al. Changes in workers' physical activity and sedentary behavior during the Covid-19 pandemic. *Sustainability (Switzerland)*. 2021 [acesso em 2023 abr 17]; 13(17):9524-48. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/su13179524>.
 45. Cardoso ACA, Faria ALM, Reis FTB, et al. Prevalência e fatores associados à dor musculoesquelética em trabalhadores da enfermagem. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2022 [acesso em 2023 abr 9]; 46(3):116-33. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1417635>.
 46. Ajab S, Ádam B, Al Hammadi M, et al. Occupational health of frontline healthcare workers in the United Arab Emirates during the Covid-19 pandemic: a snapshot of summer 2020. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2021 [acesso em 2023 mar 21]; 18(21):11410-24. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph182111410>.
 47. Dong H, Zhang Q, Liu G, et al. Prevalence and associated factors of musculoskeletal disorders among Chinese healthcare professionals working in tertiary hospitals: a cross-sectional study. *BMC Musculoskelet. Disord*. 2019 [acesso em 2023 maio 1]; 20(1):175-81. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12891-019-2557-5>.
 48. Fernandes CS, Couto G, Carvalho R, et al. Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho autorreferidos por profissionais de saúde de um hospital em Portugal. *Rev. Bras. Med. Trab*. 2018 [acesso em 2023 mar 20]; 16(3):353-9. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-966081>.
 49. Bazazan A, Dianat I, Bahrampour S, et al. Association of musculoskeletal disorders and workload with work schedule and job satisfaction among emergency nurses. *Int. Emerg. Nurs*. 2019 [acesso em 2023 maio 18]; 44:8-13. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2019.02.004>.
 50. Castañeda-Babarro A, Arbillaga-Etxarri A, Gutiérrez-Santamaría B, et al. Physical activity change during Covid-19 confinement. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020 [acesso em 2023 maio 21]; 17(18):6878-87. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph17186878>.
 51. Guthold R, Stevens GA, Riley LM, et al. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. *Lancet Glob. Health*. 2018 [acesso em 2023 maio 8]; 6(10):e1077-86. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(18\)30357-7](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(18)30357-7).
 52. Peçanha T, Goessler KF, Roschel H, et al. Social isolation during the Covid-19 pandemic can increase physical inactivity and the global burden of cardiovascular disease. *Am. J. Physiol. Heart Circ. Physiol*. 2020 [acesso em 2023 maio 8]; 318(6):H1441-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1152/ajpheart.00268.2020>.
 53. Santos RAV, Raposo MCF, Melo RS. Prevalence and associated factors with musculoskeletal pain in professionals of the Mobile Emergency Care Service. *BrJP*. 2021 [acesso em 2023 maio 18]; 4(1):20-5. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20210013>.
 54. Knezevic NN, Candido KD, Vlaeyen JWS, et al. Low back pain. *The Lancet*. 2021 [acesso em 2023 maio 12]; 398(10294):78-92. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00733-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00733-9).
 55. Park TSW, Kuo A, Smith MT. Chronic low back pain: a mini-review on pharmacological management and pathophysiological insights from clinical and pre-clinical data. *Inflammopharmacology*. 2018 [acesso em 2023 maio 15]; 26(4):881-98. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10787-018-0493-x>.
 56. Getie K, Kahsay G, Kassaw A, et al. Ankle and foot pain and associated factors among nurses at Ayder Comprehensive Specialized Hospital, Mekelle, Ethiopia: cross-sectional study. *J. Pain Res*. 2021 [acesso em 2023 maio 15]; 19(14):83-92. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/jpr.s283580>.
 57. Campos JADB, Martins BG, Campos LA, et al. Symptoms related to mental disorder in healthcare workers

- during the COVID-19 pandemic in Brazil. *Int. Arch. Occup. Environ. Health*. 2021 [acesso em 2023 nov 17]; 94(5):1023-32. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00420-021-01656-4>.
58. Moser CM, Monteiro GC, Narvaez, JCM, et al. Saúde mental dos profissionais da saúde na pandemia do coronavírus (Covid-19). *Rev. Bras. Psicoter. (Online)*. 2021 [acesso em 2023 nov 17]; 23(1):107-25. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1352590>.
59. Boniol M, Mcisaac M, Xu L, et al. Gender equity in the health workforce: Analysis of 104 countries. World Health Organization. 2019. [acesso em 2023 maio 11]. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/311314>.
60. Hill JE, Harris C, Danielle LC, et al. The prevalence of mental health conditions in healthcare workers during and after a pandemic: systematic review and meta-analysis. *J. Adv. Nurs*. 2022 [acesso em 2023 nov 17]; 78(6):1551-73. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jan.15175>.
61. Machado MH, Coelho MCR, Pereira EJ, et al. Condições de trabalho e biossegurança dos profissionais de saúde e trabalhadores invisíveis da saúde no contexto da COVID-19 no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2023 [acesso em 2023 nov 16]; 28(10):2809-22. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320232810.10072023>.

Recebido em 07/07/2023

Aprovado em 07/03/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) por meio do pagamento da taxa de publicação

Editora responsável: Maria Lucia Frizon Rizzotto

Uso de agrotóxicos em canaviais de Pernambuco e danos à saúde do trabalhador

Use of pesticides in Pernambuco sugarcane fields and damage to workers' health

Renata Cordeiro Domingues¹, Aline do Monte Gurgel¹, Romário Correia dos Santos¹, Fernanda Lowenstein Monteiro de Araújo Lima¹, Carla Caroline Silva dos Santos¹, Mariana Olívia Santana dos Santos¹, Idê Gomes Dantas Gurgel¹

DOI: 10.1590/2358-289820241418714P

RESUMO O presente estudo teve por objetivo analisar a exposição aos agrotóxicos e os danos à saúde dos trabalhadores das plantações de cana-de-açúcar em Pernambuco. Trata-se de pesquisa participante desenvolvida em territórios rurais de cinco municípios com forte expressão em área plantada de cana-de-açúcar. Os dados primários foram produzidos em oficinas com trabalhadores rurais para construção de diagnóstico rural participativo, analisados mediante condensação de significados e interpretados à luz do referencial teórico da epidemiologia crítico latino-americana. Os resultados estão apresentados em três seções: i) Fluxograma do trabalho nas plantações de cana-de-açúcar; ii) Exposição aos agrotóxicos utilizados nas lavouras; iii) Danos à saúde do trabalhador. Conclui-se que a exposição permanente aos agrotóxicos envolve o trabalho nas plantações de cana-de-açúcar e emerge de um construto histórico e socioambiental, em que se encontram subsumidos os modos de vida dos territórios sob o domínio do agronegócio canavieiro. Recomendam-se políticas públicas de fomento à agricultura familiar com diversificação, escoamento e distribuição da produção agroecológica, além do fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e de ações integradas de vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e do trabalhador.

PALAVRAS-CHAVE Saccharum. Trabalhadores rurais. Agroquímicos. Saúde da população rural.

ABSTRACT *This study aims to analyze exposure to pesticides and harm to the health of workers on sugarcane plantations in Pernambuco. This participatory research was conducted in rural territories of five municipalities with a strong presence in sugarcane-planted areas. The primary data were produced in workshops with rural workers to construct a participatory rural diagnosis, analyzed through condensation of meanings, and interpreted in light of the theoretical framework of Latin American critical epidemiology. The results are presented in three sections: i) Flowchart of work on sugarcane plantations; ii) Exposure to pesticides used on crops; iii) Harm to worker's health. We conclude that permanent exposure to pesticides involves working on sugarcane plantations and emerges from a historical and socio-environmental construct in which the ways of life of the territories under the control of sugarcane agribusiness are subsumed. Public policies are recommended to promote family farming with diversification, flow, distribution of agroecological production, and strengthening primary health care and integrated epidemiological, health, environmental, and worker surveillance actions.*

KEYWORDS *Saccharum. Rural workers. Agrochemicals. Rural health.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Aggeu Magalhães (IAM), Laboratório de Saúde, Ambiente e Trabalho (LSAT) - Recife (PE), Brasil. ide.gomes@fiocruz.br



Introdução

No Brasil, apenas no ano de 2021, foram consumidas 720,87 mil toneladas¹ de agrotóxicos, condição que posiciona o País entre os maiores consumidores desses agentes no mundo. Somente os monocultivos de soja, milho, algodão e cana-de-açúcar são responsáveis por 85% do total de agrotóxicos utilizados². Em 2017, segundo Bombardi³, havia 715 agrotóxicos com uso autorizado no Brasil, sendo que 177 destes tinham uso proibido na União Europeia (UE)³, o que expressa uma conjuntura brasileira permeada de conflitos de interesse que interferem diretamente na regulação ambiental e sanitária do País, tendo se agravado nos últimos anos com a liberação do uso e da realização de 2.807 novos registros de agrotóxicos entre 2017 e o primeiro semestre de 2022⁴.

O Brasil possui a maior produção mundial de cana-de-açúcar, sendo Pernambuco o segundo maior produtor das regiões Norte e Nordeste, com 134 mil hectares de área plantada e produção em torno de 7 mil toneladas/ano⁵. O estado é o terceiro com maior número de estabelecimentos agropecuários que utilizam agrotóxicos e o segundo com maior registro de mortes relacionadas com as intoxicações exógenas³. Estudos recentes denunciam a penosidade do trabalho humano, sua exploração pelo setor sucroalcooleiro e a deterioração da saúde dos trabalhadores da cana-de-açúcar, cotidianamente expostos às condições precárias, inseguras e insalubres do processo produtivo – além da conservação das desigualdades históricas e estruturais impostas aos territórios rurais com implicações diretas nos perfis epidemiológicos locais^{6,7}.

A epidemiologia convencional compreende a categoria de exposição a partir dos pressupostos de externalidade e eventualidade, que regem a relação de causalidade do organismo exposto à substância tóxica. Em contrapartida, a perspectiva dialética da epidemiologia crítica amplia o espectro de observação ao considerar a história ecossocial da exposição e a distingue

em ocasional, crônica ou permanente. A exposição permanente refere-se à imposição de padrões de trabalho e consumo, invariáveis e intrínsecos aos modos de vida subsumidos pela lógica produtiva hegemônica⁸.

Nesse contexto, as contradições provenientes da relação entre saúde, ambiente e trabalho necessitam ser elucidadas. Ademais, isso se dá por meio da produção de dados e informações científicas com a participação ativa das populações e comunidades atingidas, para que se torne factível o subsídio ao planejamento estratégico e às tomadas de decisões políticas para a reconfiguração da práxis em saúde e o enfrentamento efetivo dos problemas. Este artigo analisa o processo de exposição aos agrotóxicos e os danos à saúde dos trabalhadores das lavouras de cana-de-açúcar em Pernambuco.

Material e métodos

Trata-se de pesquisa participante⁹ com análise exploratória e qualitativa, para compreensão de significados, interações e comportamentos dos sujeitos em suas vivências e circunstâncias¹⁰. Foi desenvolvida em territórios rurais, situados em cinco municípios com forte expressão em área plantada de cana-de-açúcar e considerados prioritários para vigilância de exposições por agrotóxicos em Pernambuco¹¹: Água Preta e Sirinhaém, na Zona da Mata Sul; Goiana, Itambé e Aliança, localizados na Zona da Mata Norte.

Os dados primários foram coletados entre janeiro e agosto de 2022, por meio da realização de oficinas nas comunidades expostas para a construção de um Diagnóstico Rural Participativo (DRP) sobre as vulnerabilizações socioambientais oriundas do processo produtivo sucroenergético. O DRP promove a obtenção direta de informações primárias mediante um conjunto de ferramentas pedagógicas que facilitam o diálogo, a avaliação sistemática dos problemas e das oportunidades de solução, estimulando “a autoanálise e a autodeterminação de grupos comunitários”¹²⁽¹³⁾.

Foram realizadas visitas de articulação com lideranças comunitárias dos territórios para a mobilização de uma oficina por município para construir os ‘fluxogramas de trabalho’^{12,13} nos canaviais. Cada oficina teve duração de duas horas e média de dez participantes, sendo selecionados maiores de 18 anos, moradores locais ou trabalhadores da cana-de-açúcar que residem no território.

No primeiro momento da oficina, foram partilhados saberes, memórias, experiências e práticas que tecem a trama histórica e socioambiental dos modos de vida nas comunidades. As narrativas das atividades laborais foram sendo descritas e ordenadas conforme o fluxo de trabalho cotidiano dos participantes. Em seguida, as atividades foram agrupadas em etapas sequenciais relacionadas com o ciclo da agricultura e nomeadas em tarjetas de papel. Posteriormente, a ferramenta auxiliou a problematização do contexto histórico e político acerca dos impactos socioambientais e ambientais decorrentes do uso de agrotóxicos nos territórios do estudo, bem como possibilitou a caracterização da exposição e os danos à saúde dos trabalhadores.

Os discursos foram analisados a partir da condensação de significados¹⁴, que fundamentou a identificação e a descrição essencial dos temas centrais relacionados com o estudo: i) Fluxograma do trabalho nas plantações de cana-de-açúcar; ii) Exposição aos agrotóxicos utilizados nas lavouras; iii) Danos à saúde do trabalhador. A interpretação dos dados foi ancorada na epidemiologia crítica latino-americana e em aportes teóricos e metodológicos da determinação social da saúde, cuja observação dialética da realidade epidemiológica dos processos saúde-doença envolve o contexto de disputas da sociedade e suas desigualdades, sejam elas econômicas, culturais, políticas, sociais e na saúde⁸.

Este estudo integra uma pesquisa acadêmica mais ampla desenvolvida pelo Laboratório

de Saúde, Ambiente e Trabalho da Fundação Oswaldo Cruz. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães e se alinha à Resolução do Conselho Nacional de Saúde/CNS nº 466/2012. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. CAAE: 73834317.2.0000.5190, parecer: 2.617.522.

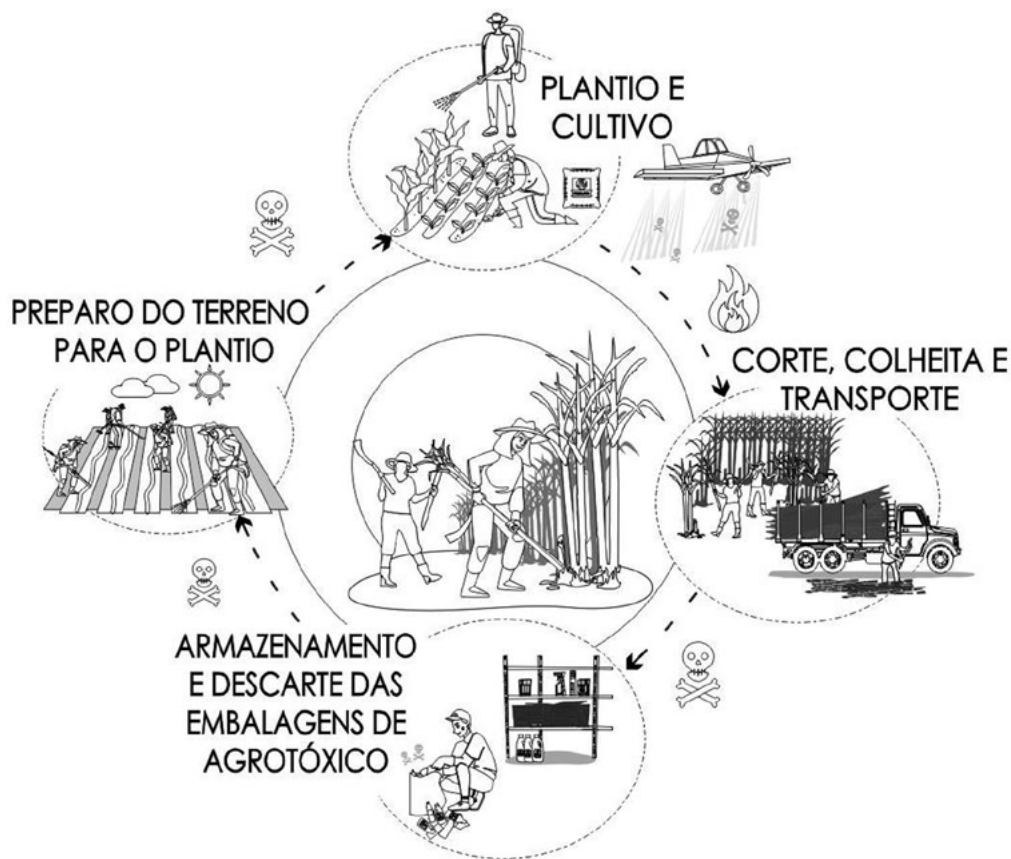
Resultados e discussão

Fluxograma do trabalho nas plantações de cana-de-açúcar

O contexto produtivo sucroalcooleiro é marcado pela divisão social do trabalho, cujas exploração e espoliação incidem, sobretudo, nos lavradores dos extensos canaviais. O pagamento por produção do trabalho manual agrícola, que sustenta o rendimento das usinas, oscila conforme as metas abusivas impostas aos trabalhadores assalariados, assentados com pequenas parcelas de terra ou migrantes^{15,16}.

Durante as oficinas do DRP, a problematização em torno das condições laborais evidenciou o caráter exaustivo das jornadas e do ritmo de trabalho com sobrecarga de esforço físico e mental, movimentos repetitivos e acidentes de trabalho, sob elevadas temperaturas e precárias condições de nutrição e hidratação dos trabalhadores, achados que dialogam com resultados de outros estudos¹⁷⁻¹⁹. Os fluxogramas de trabalho foram construídos pelas comunidades com ênfase na exposição do trabalhador aos agrotóxicos utilizados durante as etapas do ciclo de cultivo da cana-de-açúcar. As atividades laborais, relatadas pelos trabalhadores, foram agrupadas em etapas do processo de trabalho e ordenadas conforme a sequência narrativa dos discursos comunitários produzidos (*figura 1 e quadro 1*).

Figura 1. Representação gráfica dos fluxogramas de trabalho nas plantações de cana-de-açúcar em Pernambuco, 2022



Fonte: elaboração própria.

A observação do fluxograma de trabalho sugere que o uso de agrotóxicos opera como uma coluna de sustentação do processo produtivo canavieiro e se faz evidente nas principais etapas de trabalho nas lavouras. Isso dialoga com outros estudos convergentes sobre o

tema^{19,20} que sinalizam a concepção exploradora e degradante do modelo capitalista de produção sobre a natureza e o trabalho humano, sendo as suas práticas consideradas violações de direitos essenciais à vida humana e ecossistêmica²¹.

Quadro 1. Descrição das atividades desempenhadas em cada etapa do processo de trabalho nos canaviais em Pernambuco, 2022

Etapas do processo de trabalho	Descrição narrativa das comunidades
Preparo do terreno para o plantio	<p><i>“Logo no início a gente coloca o veneno no mato. O veneno tem o poder de secar aquele mato. Ao invés de você pagar 60 reais para limpar uma quadra [com a enxada], você compra um tambor de veneno roundup, mistura com o 2,4 D, enfim, vários venenos. Coloca e mata o mato [...] Aí botam o fogo pra ele ficar limpo. Passa o trator para que possa logo riscar. Tem outros que botam a grade. Gradeia e depois vem com o arado para riscar. Aqui são vários pensamentos, cada um que faz de um jeito [...]”</i> (Aliança, PE).</p> <p><i>“Fico segurando para não colocar o veneno [...] Tem um senhor aqui que ele não aguenta mais ficar limpando mato, roçando mato, chega uma hora que a gente cansa, a gente não aguenta [...] Tem que ser no veneno, a gente depende disso aqui”</i> (Água Preta, PE).</p>
Plantio e cultivo da cana-de-açúcar	<p><i>“Cava o sulco, semeia a cana, coloca adubo químico e depois cobre. Aplica o veneno em cima da cana [...] Ele tanto destrói a semente de qualquer outra qualidade de planta como raízes que nascem. Só a cana que é imune àquele veneno [...] É uma praga. Se chama ‘colonião’. Que a semente dele voa longe. Se chama ‘praga da usina’ [...] O cultivo é justamente aplicando o roundup no mato para que ele não atinja o tamanho da cana e aplicando um veneno para o amadurecimento da cana”</i> (Itambé, PE).</p> <p><i>“Os aviões passam no período que tá pra se cortar, né”</i> (Goiana, PE).</p>
Corte, colheita e transporte da lavoura	<p><i>“A gente faz assim: quando ela tá no ponto e precisa colher, a gente faz o aceiro [...] O aceiro é como se fosse um caminho, né... uma divisão para o fogo não pegar em tudo de uma vez [...] aí à noite, eu coloco fogo porque vai facilitar o corte e ela crua dificulta [...] depois do corte, vem o processo do maquinário, aqui não existe mais manual não, é tudo maquinário. Aí vem um trator e coloca no caminhão”</i> (Sirinhaém, PE).</p>
Armazenamento e descarte das embalagens de agrotóxicos	<p><i>“A gente encontra os recipientes [de agrotóxico]. Muitas vezes eles não recolhem. Deixam pelas estradas”</i> (Itambé, PE).</p> <p><i>“Tem uns aí que jogam o vasilhame em qualquer canto, as crianças pegam. Teve uma criança aqui que pegou e foi socorrida [...] Tem gente que reutiliza o botijão e vai buscar água para beber”</i> (Aliança, PE).</p> <p><i>“Guarda no local reservado, mas também tem gente que guarda dentro de casa com criança e tudo né”</i> (Água Preta, PE).</p>

Fonte: elaboração própria.

Conforme observado nos relatos, os agrotóxicos possuem a função de eliminar, principalmente, o crescimento de plantas adjacentes, que surgem espontaneamente e disputam nutrientes do solo com as mudas de cana cultivadas. Os trabalhadores explicam que o uso do veneno substitui a prática do roçado manual com a enxada nas etapas de preparação do terreno, plantio e cultivo, o que viabiliza a concentração de maior esforço físico para cumprir as metas impostas na etapa posterior do corte manual da cana, convergindo com os resultados apontados em estudo recente realizado no município de Goiana em Pernambuco²². As comunidades também apontam o uso de biocidas durante o cultivo devido à proliferação de insetos e outras ‘pragas’ que prejudicam o crescimento e a concentração final de sacarose na cana a ser pesada e vendida para as usinas,

dialogando com o estudo de mesmo teor²³.

Segundo os depoimentos, os agrotóxicos mais utilizados pelos trabalhadores são os herbicidas glifosato (Roundup®) e 2,4-D, bem como o cupinicida fipronil (Regent®), cujas aplicações ocorrem de forma direta por meio do equipamento manual de pulverização costal acoplado ao corpo do trabalhador e por aeronaves que sobrevoam as comunidades estudadas, durante o período próximo à colheita, para combater a proliferação das cigarrinhas nos canaviais que circunscrevem os territórios. De modo geral, todas as comunidades percebem que a incorporação das tecnologias do agronegócio no setor sucroalcooleiro é motivada pelo aumento da produtividade e pela acumulação de riquezas das classes dominantes do agronegócio, resultado também identificado em outro estudo semelhante¹⁵.

O uso intensivo de agrotóxicos em Pernambuco está imerso em uma conjuntura nacional mais ampla, pois, somente no período de 2017 a 2022, foi registrado um aumento de 128,64% em relação ao somatório do período de 2001 a 2016⁴. Isto resulta do desmonte dos mecanismos de proteção ambiental e sanitária, flexibilização legislativa, sucateamento dos órgãos fiscalizadores³ e consequente indução de uma ‘economia da morte’²⁴, visto que a destruição da biodiversidade e dos modos de vida tradicionais passou a ser ‘autorizada’ pelo poder público, sobretudo nos últimos cinco anos. O glifosato, por exemplo, é o veneno mais vendido em todo o território nacional, sendo o herbicida mais comumente utilizado nas lavouras de cana-de-açúcar. Atualmente, o Limite Máximo de Resíduos (LMR) desse produto na cana-de-açúcar é 20 vezes maior aos estabelecidos na UE³.

A fase de corte manual é antecedida pela prática secular das queimadas regulares dos extensos canaviais, sob a explicação de facilitar a talha dos feixes de cana pelo golpe de facão executado pelo trabalhador, cujo ritmo de trabalho é ditado pelas metas impostas¹⁶. O recolhimento bruto do material colhido é realizado por maquinários, e as sobras residuais, coletadas manualmente pelos trabalhadores. Em seguida, as toneladas de cana são transportadas por ‘treminhões’ (grandes caçambas para transporte de cana-de-açúcar encarrilhadas em um veículo de tração) até a

usina, onde se realiza a pesagem da produção.

Os depoimentos também descrevem as condições de armazenamento e descarte das embalagens de agrotóxicos, o que evidencia o contrário disposto pela Lei nº 7.802, de 1989²⁵, que versa sobre o uso de agrotóxicos e estabelece condições para o armazenamento e descarte das embalagens contaminadas, proibindo sua reutilização para outros fins. A exposição familiar é ressaltada por aqueles que percebem o perigo de acidentes relacionados com o armazenamento dos venenos em ambiente doméstico, dialogando com os achados de Bombardi³ que aponta Pernambuco como o segundo estado do País com maior número de registros de intoxicações por agrotóxico em crianças na faixa etária de 0 a 14 anos.

Exposição aos agrotóxicos utilizados nas lavouras

No quadro 2, evidencia-se que o padrão permanente de exposição aos agrotóxicos está relacionado com o sistema produtivo que parece ser determinante dos modos de vida das comunidades estudadas e não permitir a mobilidade social dos trabalhadores. Isso os força a permanecerem naquela estrutura social que limita a reprodução das condições de vida, embora a realidade de trabalho seja de alta periculosidade associada às situações de insegurança, exaustão física e insalubridade¹⁶.

Quadro 2. Padrões permanentes da produção da cana-de-açúcar e exposição dos trabalhadores aos agrotóxicos utilizados nas plantações em Pernambuco, 2022

Padrões de produção e exposição aos agrotóxicos	Descrição narrativa das comunidades
O trabalho na lavoura de cana-de-açúcar como única ou principal forma de sobrevivência	<p>“É a única lavoura certa que o cara planta e que tem uma camisa no final do ano. Porque eu plantei meio mundo de macaxeira aqui e no fim das contas ficou água por água” (Aliança, PE).</p> <p>“O que movimenta isso aqui, se chama cana-de-açúcar [...] ou vai para o corte de cana ou então vocês têm que se deslocar para arrumar outro trabalho [...] uma usina dessa emprega milhares de pessoas que só sabe fazer isso aí. Se for colocar em outro serviço, não tem como se destacar porque não tem estudo de qualificação. Sem ela [cana-de-açúcar] aqui é impossível a sobrevivência do povo” (Sirinhaém, PE).</p>

Quadro 2. Padrões permanentes da produção da cana-de-açúcar e exposição dos trabalhadores aos agrotóxicos utilizados nas plantações em Pernambuco, 2022

Padrões de produção e exposição aos agrotóxicos	Descrição narrativa das comunidades
Postos de trabalho de alto risco para saúde do trabalhador	<p><i>"Quem faz a mistura [dos venenos] é os trabalhador, né, num tonel, num tambor" (Goiana, PE).</i></p> <p><i>"Esse caboclo quanto mais trabalha, mais fica pobre. Ele trabalha dia e noite, ainda faz hora extra. Ele bota o veneno de todo mundo aqui [...] ele é profissional do veneno" (Aliança, PE).</i></p> <p><i>"Eu mesmo não aplico o meu [veneno], só quem não pode pagar é quem aplica, porque quem tem, prefere pagar" (Água Preta, PE).</i></p> <p><i>"Quando o avião vinha, a gente dava o veneno para ele, ele subia e, de novo, ele vinha espalhando veneno. A gente no sol embaixo, a gente sentia muito que vinha veneno para a gente" (Sirinhaém, PE).</i></p>
Insegurança e insalubridade do uso de agrotóxicos	<p><i>"Eu coloco veneno, tanto faz eu usar luva [...] não coloco nada no rosto, porque se eu colocar a máscara, eu não aguento [...] quem trabalha com a bomba de corpo, ela tem 20 litros, é muito pesada. A gente sobe e desce serra [...] aquela roupa de plástico é muito grossa. Ninguém aguenta aquilo dentro da cana. Capaz de morrer suando dentro daquilo" (Sirinhaém, PE).</i></p> <p><i>"Uma bomba de veneno aí molhou minhas costas, quando eu vim perceber foi quando fui encher novamente. Então, hoje ainda eu me sinto doente. Não fiquei mais bom" (Água Preta, PE).</i></p> <p><i>"Ele [2,4 D – diclorofenoxiacético] mata mais porque não tem cheiro, aí você confia nele. O trabalhador pensa: 'ah, isso não cheira e nem fede, não precisa de EPI'" (Itambé, PE).</i></p>

Fonte: elaboração própria.

Nos municípios pesquisados, o monopólio econômico do setor sucroalcooleiro consolidou-se por meio da apropriação dos territórios e subsunção do trabalho familiar camponês ao processo produtivo químico dependente, sendo o cultivo de cana-de-açúcar a única forma de sobrevivência de uma parcela expressiva das populações locais. Em estudos recentes, a geração de empregos diretos e sazonais nesse setor, para pessoas com baixa escolaridade e circulação de renda no comércio, foi percebida pelas populações locais como um impacto positivo da cadeia produtiva sucroenergética^{26,27}, sendo este o principal argumento corporativo, midiático e mesmo estatal utilizado para justificar o envenenamento e o sacrifício permanente dos territórios. Como resultante, a dominação secular dos territórios pelo processo produtivo canavieiro ocorre por meio da subalternização dos povos e modos de vida locais à reprodução de sua lógica predatória^{28,29}.

As atividades de mistura e pulverização dos agrotóxicos, por intermédio das bombas

costais, foram apontadas pelas cinco comunidades deste estudo como as atividades mais insalubres do fluxograma de trabalho. Além da divisão social do trabalho na cana-de-açúcar já evidenciada pela literatura científica⁶, foi observada a distribuição desigual dos riscos e danos relacionados com a ocupação dos postos de trabalho de alta periculosidade para a saúde do trabalhador, sendo os aplicadores de veneno a categoria profissional mais vulnerabilizada pelas intoxicações³⁰.

A carga de exposição aumenta conforme os tipos de equipamentos utilizados durante a pulverização. Lozier et al.³¹ verificaram o dobro da concentração de atrazina no ar pessoal inalado pelos trabalhadores da cana-de-açúcar que utilizam o bico pulverizador do tipo cônico quando comparado aos que utilizam o bico do tipo plano. O Ingrediente Ativo (IA) de agrotóxico atrazina foi banido da UE há 20 anos devido aos danos evidenciados para a saúde humana e ambiental, entretanto, apenas recentemente se podem visualizar iniciativas locais e nacionais acerca da proibição

de fabricação, uso e comercialização desse agrotóxico no Brasil^{32,33}.

O perfil sociodemográfico dos aplicadores de agrotóxicos cadastrados em Pernambuco evidencia que 97,4% dos registros correspondem aos trabalhadores do sexo masculino, 71,5% com idade entre 18 e 49 anos, e 65% de pessoas autodeclaradas pretas e pardas. Além disso, a situação de 63,1% dos aplicadores de veneno cadastrados no estado são trabalhadores autônomos, avulsos e temporários²⁷. Os postos de trabalhos de maior periculosidade são delegados aos homens pretos e pobres, sendo um padrão permanente de reprodução das estruturas históricas de segregação de classe, gênero e raça que foram conservadas nos territórios explorados pelo modelo produtivo do agronegócio canavieiro.

Os padrões de insegurança e insalubridade subjacentes ao uso de agrotóxicos foram relatados pelas comunidades como condições rotineiras intrínsecas aos modos de vida subsumidos pelo contexto produtivo. O potencial de danos dos agrotóxicos para a saúde humana demonstra a impossibilidade de haver uso seguro e controle total dos riscos associados a esses agentes. Existem efeitos biocumulativos, interativos, aditivos e sinérgicos das exposições que precisam ser considerados na produção de dados e informações epidemiológicas, e analisados por meio de triangulações teóricas e metodológicas com base em sistemas complexos. Ainda, é preciso considerar a integralidade do problema no contexto socioeconômico, político, cultural em que se dá a exposição, reduzindo vieses³⁴.

O uso indevido ou a não utilização dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) foram relatados pelos trabalhadores durante as

oficinas do DRP, sendo os motivos ancorados na sensação de desconforto durante as atividades laborais realizadas com grande esforço físico sob elevadas temperaturas, bem como na falsa impressão de segurança em relação aos agrotóxicos, resultados que dialogam com outros autores^{35,36}. O discurso de um morador de Itambé-PE descreve um padrão de crença coletiva, já apontado por Fonseca et al.³⁷, em que há uma associação entre a presença de odor e a forte periculosidade do veneno. Isso implica uma tendência de maior exposição daqueles trabalhadores que desacreditam no potencial toxicológico dos agrotóxicos inodoros e abdicam do uso de EPI.

No estudo de Pessoa et al.²⁷, o uso de agrotóxicos pelos trabalhadores rurais também foi marcado, majoritariamente, pela ausência de treinamento, negação do uso de EPI, mesmo com uma frequência semanal importante de aplicação de agrotóxicos com a utilização do pulverizador costal manual. Autores destacam que a obtenção de informações sobre os agrotóxicos ocorre mediante as relações sociais entre vizinhos ou programas televisivos, e apenas um pequeno grupo por meio de profissional técnico, sendo que outra parcela fica completamente desprovida de informação segura sobre os agrotóxicos manipulados no cotidiano³⁸.

Os trabalhadores e os moradores das comunidades analisadas identificaram as principais vias de exposição aos agrotóxicos, elencadas no *quadro 3*, dialogando com os achados de Mattia e Ródio³⁹ no Paraná, que expressam a multiplicidade de caminhos biológicos que os danos inerentes ao processo produtivo da cana-de-açúcar impõem aos trabalhadores.

Quadro 3. Vias de exposição aos agrotóxicos durante o processo de trabalho nos canaviais em Pernambuco, 2022

Vias de exposição	Descrição narrativa das comunidades
Inalação	<p><i>"Quando destampava subia o odor. É muito ruim esse material para o ser humano [...] Você acordar de manhã e está ali com a bomba [de veneno], a favor do vento e ao contrário do vento e você recebendo aquilo ali aos poucos e tendo contato direto" (Itambé, PE).</i></p> <p><i>"Ele colocava herbicida e o cheiro incomoda muito, sufoca [...] Pode passar hoje no canto que aplicaram o herbicida que vo cê ainda sente o vapor, a catinga dele" (Goiana, PE).</i></p> <p><i>"Eu uso a máscara na hora de aplicar, mas na hora de preparar o veneno eu não coloco. Aí quando estou preparando, sinto o cheiro e me lembro" (Água Preta, PE).</i></p> <p><i>"Chega em casa também, não é só quem está plantando não" (Aliança, PE).</i></p>
Ingestão	<p><i>"Umas 3 ou 4 vezes no trabalho, já senti um gosto diferente que eu acho que foi veneno [...] Eu já ouvi de alguns casos de algumas pessoas que tomaram veneno" [tentativa de suicídio] (Sirinhaém, PE).</i></p> <p><i>"A gente ingere e se intoxica também" (Aliança, PE).</i></p> <p><i>"O camarada está aplicando veneno, o roundup, aí o bico entope, sabe o que ele faz? [sons de sugando]. Desentope o bico da bomba com a boca" (Itambé, PE).</i></p>
Absorção dérmica	<p><i>"Muitas pessoas aplicavam o veneno com os pés descalços" (Itambé, PE).</i></p> <p><i>"Eu já vi pessoas até que colocam veneno na bomba e mexem com as próprias mãos. Eu sei que após o uso do veneno, tem muita gente que tem coceira" (Sirinhaém, PE).</i></p> <p><i>"Tem a contaminação da água, eu mesmo fico me coçando depois do banho. Meu menino sente [...] Meu marido diz que parece que eu estou com uma psicose, de tanta coceira que eu sinto" (Aliança, PE).</i></p>

Fonte: elaboração própria.

A exposição aos agrotóxicos por inalação foi relatada nos cinco territórios estudados e apontada em todas as etapas do fluxograma de trabalho nos canaviais. A condensação de significados dos discursos evidenciou os relatos sobre as percepções sensoriais vinculadas ao forte odor emanado por alguns agrotóxicos nas atividades de manejo e mistura do coquetel de veneno a ser aplicado na lavoura, como também aos aerossóis dispersos na atmosfera durante a pulverização do solo.

A volatilidade dos agrotóxicos foi verificada por Yera e Vasconcelos⁴⁰, em que foram encontrados IA em amostras de material particulado fino coletadas em área urbana e rural de São Paulo, sendo o transporte atmosférico um elemento de forte dispersão e contaminação ecossistêmica. Outro estudo recente⁴¹ realizado na África do Sul verificou concentrações de quatro agrotóxicos no ar pessoal inalados pelos trabalhadores da cana-de-açúcar durante o trabalho, sendo identificados agentes como o 2,4-D, veneno amplamente citado pelas comunidades nesta pesquisa. A inalação também configura uma via de exposição aos gases poluentes, materiais particulados⁴² e outros

elementos tóxicos, como os hidrocarbonetos policíclicos aromáticos produzidos durante a combustão de biomassa⁴³ com dispersão atmosférica e em períodos de queima prévia à colheita da cana-de-açúcar nos municípios estudados.

A exposição por ingestão foi relatada pelas comunidades e relacionada às práticas insalubres do cotidiano de trabalho na agricultura, como o ato do trabalhador usar a boca para desentupir o bico do pulverizador, fazer a mistura dos venenos com as próprias mãos, mascar toletes de cana durante as jornadas penosas de trabalho e outras. Também se destaca a ingestão crônica familiar de alimentos e águas contaminadas, dialogando com os resultados apresentados por Oliveira et al.⁴⁴ em sua pesquisa sobre agronegócio canavieiro.

A desregulamentação brasileira do uso de agrotóxico expõe de forma generalizada a população a um contexto de insegurança alimentar e nutricional, sobrecarregando de forma específica as populações mais vulneráveis⁴⁵. Somente o glifosato possui LMR autorizado no Brasil, 5 mil vezes mais elevado na água potável quando em comparação aos

parâmetros internacionais³. O Dossiê sobre a contaminação das águas no Cerrado brasileiro, que denunciou o cenário nefasto em todos os estados que compõem o bioma, verificou ao menos um IA em mais de 70% dos pontos de coleta de água em sete comunidades da região explorada pelo agronegócio. Além disso, em única amostra de água coletada no estado do Maranhão, foi verificada a presença de 9 IA de agrotóxicos diferentes, denunciando às múltiplas exposições a concentrações até 32 vezes maiores do que os parâmetros autorizados na UE⁴⁶.

Destaque importante deve ser dado ao fato de as comunidades identificarem a ingestão de agrotóxicos como a principal via de exposição utilizada nas tentativas ou na efetivação do ato de suicídio entre as populações locais. Outros estudos convergem para esses achados e endossam a discussão de uma realidade sistemática que segue sendo observada em diferentes territórios expostos de forma permanente aos agrotóxicos⁴⁷⁻⁴⁹.

A exposição por absorção dérmica também foi relatada pelas comunidades analisadas, sendo associada pelos trabalhadores às atividades de manejo, mistura e aplicação dos venenos nas lavouras, bem como ao contato direto da pele do trabalhador com as plantações contaminadas durante a etapa de corte manual e colheita da cana-de-açúcar. A exposição dérmica aos agrotóxicos é a via mais corriqueira associada às intoxicações ocupacionais, sendo a prevalência de sintomas significativamente mais elevado (p -valor = 0,032) no grupo de trabalhadores que não fazem uso da roupa impermeável⁵⁰.

As vias de exposição descritas nesta seção são observadas em outras análises^{41,51,52} e relacionadas com os vários desfechos clínicos manifestados de forma aguda, crônica e fatal conforme descrito no *quadro 4*.

Danos à saúde do trabalhador

Quadro 4. Danos à saúde relacionados com a exposição permanente aos agrotóxicos utilizados nos canaviais em Pernambuco, 2022

Danos à saúde do trabalhador	Descrição narrativa das comunidades
Intoxicações agudas	<i>"O marido de uma amiga foi trabalhar com veneno e adoeceu em uma semana. Começou a aplicar o veneno e foi parar no hospital [...] foi essas cirurgias que tem que fazer de repente. O doutor disse que foi por causa do veneno que ele trabalhou muito tempo"</i> (Itambé, PE).
	<i>"Teve um aqui que foi aplicar veneno e desmaiou dentro da cana [...] eu mesmo botei 10 bombas de veneno, cheguei em casa, quando foi de meia noite, comecei a soprar feito papa vento. Ele me socorreu. Se não fosse ele, eu tinha morrido"</i> (Aliança, PE).
	<i>"Da dor de cabeça na hora não, mas náusea já quando respira ele [...] mas já senti uma tontura, a boca amargando, dor de cabeça"</i> (Água Preta, PE).
	<i>"Lá na usina, o pessoal que sente o cheiro desse veneno tem bastante infecção no intestino [...] falta de ar, diarreia, dor no estômago [...] eu já ouvi de gente dizendo que já desmaiou aplicando aquele veneno"</i> (Goiana, PE).
Intoxicações crônicas	<i>"Eu sei que após o uso do veneno, tem muita gente que tem coceira [...] uma vez, quando eu tava manipulando [o veneno], bateu uma quentura que eu deitei dentro do rio"</i> (Sirinhaém, PE).
	<i>"Eu tenho vários colegas que estão prejudicados por causa do veneno [...] tem um que, quando foi tirar uma ultrassom, soube que tem o fígado comprometido mais de 50% por conta do veneno, por conta do herbicida"</i> (Goiana, PE).
	<i>"Tem um que está amarelo feito uma folha de seda. O bucho cresceu, ele está todo chupado. Ele agora está com diabetes"</i> (Aliança, PE).
	<i>"Tem um colega meu que mora no engenho e ele teve câncer nos ossos devido ao agrotóxico [...] ele tá sentado assim e, quando ele vai levantar, os ossos dele dá uns estalos só você vendo e isso foi devido ao veneno"</i> (Sirinhaém, PE).

Quadro 4. Danos à saúde relacionados com a exposição permanente aos agrotóxicos utilizados nos canaviais em Pernambuco, 2022

Danos à saúde do trabalhador	Descrição narrativa das comunidades
Desfechos fatais	<p><i>"Ele trabalhava com o veneno direto. Ele ficou prejudicado, adoeceu, ficou dessa grossura, só carne e osso [...] Continuou botando veneno, não deu um mês não, quando ele arriou, foi para lá e morreu"</i> (Sirinhaém, PE).</p> <p><i>"Eu tenho um colega que faleceu, por causa do cheiro. Ele trabalhando e o cheiro sufocou ele. Quando socorreram não teve mais jeito. Ele tava colocando herbicida"</i> (Goiana, PE).</p> <p><i>"De meio-dia passou o avião dando pulverização na cana e a gente embaixo [...] quando o avião passou, soltou aquele bafo todo em cima dele. Quando chegou em casa, ele caiu e lá ficou estrebuchando [...] Já chegou morto no hospital"</i> (Itambé, PE).</p>

Fonte: elaboração própria.

Os depoimentos demonstram as percepções comunitárias sobre adoecimento relacionado com a exposição permanente aos agrotóxicos e descrevem as manifestações clínicas com evolução do tipo aguda, crônica e fatal. Estudo recente, realizado na região Nordeste, verificou que 74,6% da população rural dos municípios de Juazeiro e Petrolina relata ter apresentado algum sintoma relacionado com a intoxicação por agrotóxico ao longo da vida³⁵.

Os danos à saúde de manifestação aguda foram identificados por meio dos relatos que se referem aos sinais e sintomas imediatos com expressão clínica localizada, como dor de cabeça, dor de estômago, náusea, vômito, diarreia e prurido; também houve relatos de manifestações de caráter sistêmico, como tonturas, desmaios, convulsões e insuficiência respiratória grave, sendo comum a demanda por intervenção médica de urgência. Os sintomas agudos e imediatos são frequentemente relacionados com a exposição por via respiratória com inalação de agrotóxico durante o trabalho realizado nos canaviais⁶.

Sobre danos crônicos, os depoimentos descreveram manifestações clínicas mais tardias e típicas de doenças endócrinas, metabólicas, hepáticas, hematológicas e oncológicas. Alguns danos crônicos relatados pelas comunidades foram diagnosticados por profissionais médicos que associaram a enfermidade ao contexto de exposição permanente aos

agrotóxicos a que os trabalhadores se encontram submetidos em seu cotidiano. A exposição, quando ocorre em períodos críticos do desenvolvimento, pode causar danos graves e potencialmente irreversíveis para as gerações futuras. No curso do neurodesenvolvimento comportamental da primeira infância e da maturação fetal, por exemplo, os efeitos nocivos podem se configurar em danos permanentes para os expostos. No período fetal, observam-se efeitos, sobretudo, no primeiro trimestre de gestação, de modo que a exposição aos agrotóxicos pode ser determinante no desenvolvimento de malformações e prematuridade^{53,54}, abortos, baixo peso ao nascer e outros desfechos negativos⁵⁵.

Os relatos comunitários também descreveram casos fatais decorrentes de acidentes de trabalho por intoxicações e destacaram o caráter fulminante do colapso sistêmico do trabalhador e a incapacidade de reversão do desfecho súbito, visto que alguns não conseguem ser transferidos a tempo para uma unidade de pronto-socorro. Outros depoimentos narram a irreversibilidade dos danos agudos ou crônicos, mesmo quando há a garantia do acesso aos serviços e cuidados adequados, sendo a morte o desfecho resultante do processo de adoecimento. Tais resultados convergem com os achados observados por Tavares et al.⁴⁸, em que maiores taxas de óbitos por intoxicação aos agrotóxicos no período 2007-2017

são referentes aos estados de Pernambuco e de São Paulo.

Essa miríade de desfechos agudos, crônicos e fatais são amplamente conhecidos na literatura científica^{51,56,57}. Tal conjuntura sanitária emerge do modelo capitalista químico-dependente no qual o agronegócio representa sobrecarga, demandas e custos para os serviços de saúde, demonstrando necessidade de reorganização do sistema de saúde em direção às estratégias de precaução, mitigação e reparação dos danos, além do fortalecimento das ações de vigilância em saúde do trabalhador e ambiente.

Apesar dos danos mencionados neste e em outros estudos^{51,53-57}, pesquisas salientam a preocupante subnotificação dos casos de intoxicação no Brasil^{58,59}. Entre os casos notificados, existem diferentes problemas de registros nos sistemas de informação em saúde, como não identificação de casos crônicos, dados incompletos, inadequados e informações que não possuem capacidade de subsidiar ações de planejamento e execução de políticas públicas específicas de enfrentamento dos problemas prioritários⁵⁹. Há grandes lacunas na literatura científica sobre os efeitos aditivos, interativos, sinérgicos das análises da exposição crônica e permanente, visto que o desafio dos estudos toxicológicos já produzidos se concretiza na dificuldade de analisar as múltiplas exposições simultâneas à conjunção de substâncias tóxicas⁵², recomendando-se o uso de uma toxicologia crítica e contextualizada para a compreensão ampliada do problema que considere os sujeitos a partir de suas experiências de vida, problemas e necessidades em saúde³⁴. Estratégias dessa natureza evitam que esses territórios vulnerabilizados pelo agronegócio convertam-se em zonas de sacrifício impostas por esse modelo de desenvolvimento brasileiro, em que natureza e povos são saqueados para garantir a acumulação de poucos, em um processo de Ecocídio que é o produto moderno-colonial racista no bioma⁶⁰.

As limitações deste estudo estão relacionadas com a natureza da metodologia escolhida

para a produção dos dados primários de pesquisa, cujos resultados representam, exclusivamente, a percepção dos sujeitos participantes envolvidos durante as oficinas do DRP realizadas nos territórios selecionados, não podendo sua representação sofrer extrapolações para o nível municipal e outros. Além disso, o DRP proporciona uma análise geral dos problemas prioritários, sendo necessário o uso de técnicas e ferramentas complementares de coleta e análise de dados para uma compreensão mais aprofundada dos problemas elencados neste diagnóstico.

Considerações finais

Percebe-se que o padrão e as características do trabalho na cana-de-açúcar apresentam elementos críticos do processo saúde-doença que emergem de um construto histórico e socioambiental no qual se encontra subsumido o perfil epidemiológico dos territórios sob o domínio do agronegócio sucroalcooleiro. Tais resultados são relevantes para a construção de estratégias de territorialização da Atenção Primária à Saúde, o que inclui diagnóstico de área e mapeamento das áreas de maior vulnerabilidade às intoxicações por agrotóxicos, subsidiando o planejamento de ações de promoção, prevenção e acompanhamento das populações expostas, estabelecendo fluxos de referência e contrarreferência de casos agudos e crônicos, além de fortalecer as estratégias locais de vigilância sanitária, ambiental e de saúde do trabalhador.

Faz-se urgente e necessária a construção de políticas públicas e de legislações socioambientais, a partir do envolvimento das populações expostas com participação ativa em todas as etapas, desde planejamento, execução e fiscalização das estratégias de enfrentamento até acompanhamento e avaliação periódica nos âmbitos da vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e do trabalhador. Recomenda-se o fomento à agricultura familiar com diversificação, escoamento e distribuição da produção

agroecológica, por meio do fortalecimento dos recursos e das formas de organização comunitária, da expansão do acesso ao crédito rural e assistência técnica contínua fundamentada na segurança do trabalhador.

Colaboradores

Domingues RC (0000-0003-2025-1125)*, Gurgel AM (0000-0002-5981-3597)*,

Santos RC (0000-0002-4973-123X)* Lima FLMA (0009-0006-8104-5762)*, Santos CCS (0000-0002-1808-7760)*, Santos MOS (0000-0002-2129-2335)*, Gurgel IGD (0000-0002-2958-683X)*, participaram igualmente e ativamente no desenvolvimento da pesquisa e elaboração do manuscrito, desde a concepção, delineamento, aquisição, análise e interpretação dos dados, redação do manuscrito até a aprovação da versão final. ■

Referências

1. Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis. Relatório Comercialização de agrotóxicos. Brasília, DF: DILIQ; IBAMA; 2021.
2. Pignati WA, Lima FANS, Lara SS, et al. Distribuição espacial do uso de agrotóxicos no Brasil: uma ferramenta para a Vigilância em Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017; 10:3281-3293.
3. Bombardi LM. Geografia do Uso de Agrotóxicos no Brasil e Conexões com a União Europeia. São Paulo: FFLCH-USP; 2017.
4. Wendling GG, Bargas DC. Análise dos altos números de concessões de registro a agrotóxicos de 2017 a 2022 no Brasil e suas possíveis consequências. *Bolet. Paulist. Geog.* 2023; 110:1-25.
5. Companhia Nacional de Abastecimento. Acompanhamento da safra brasileira de cana-de-açúcar. Conab; 2020 [acesso em 2023 nov 10]; 7(3):1-117. Disponível em: <https://www.conab.gov.br/info-agro/safras/graos/boletim-da-safra-de-graos>.
6. Silva CP, Guedes CA, Gurgel AM, et al. Condições de trabalho no cultivo da cana-de-açúcar no Brasil e repercussões sobre a saúde dos canavieiros. *Rev Bras Saúde Ocup.* 2021 [acesso em 2023 jan 3]; 46:e22. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/qxZQzVNs6P8GzZYrthN5VCH/#>.
7. Leite MR, Zanetta DMT, Trevisan IB, et al. O trabalho no corte de cana-de-açúcar, riscos e efeitos na saúde: revisão da literatura. *Rev Saude Publica.* 2018 [acesso em 2022 dez 3]; 52:80. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/6jX8gDPr93FkHnCbqmwqLsLf/?format=pdf&lang=pt>.
8. Breilh J. *Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.
9. Brandão CR. *Pesquisa participante*. São Paulo: Editora brasiliense; 1983.
10. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

11. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Plano de ações para Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos: Normas e Manuais Técnicos. 1. ed. Recife: SES; 2014. (Série A). [acesso em 2023 nov 10]. Disponível em: https://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/plano_agrotoxicos_pe.pdf.
12. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Agrário, Secretaria da Agricultura Familiar. Diagnóstico rural participativo: guia prático DRP. Brasília, DF: MDA; 2010.
13. Flores MG. Vulnerabilidade socioambiental e saúde da mulher em comunidades de pesca artesanal de Cabo de Santo de Agostinho e Ipojuca/Pernambuco. [dissertação]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz; 2022.
14. Kvale S. Interviews: an introduction to qualitative research interviewing. Thousand Oaks: Sage; 1996.
15. Rosa LA, Navarro VL. Trabalho e trabalhadores dos canaviais: perfil dos cortadores de cana da região de Ribeirão Preto (SP). *Cad Psic Social Trabalho*. 2014; 17(1):143-60.
16. Vilela RAG, Laat EF, Luz VG, et al. Pressão por produção e produção de riscos: a “maratona” perigosa do corte manual da cana-de-açúcar. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2015; 40(131):30-48.
17. Rumin CR, Navarro VL, Perioto NW. Trabalho e saúde no agrobusiness paulista: estudo com colhedores manuais de cana-de-açúcar da região oeste do Estado de São Paulo. *Cad Psic Social Trabalho*. 2008; 11(2):193-207.
18. Abreu D, Moraes LA, Nascimento EN, et al. A produção da cana-de-açúcar no Brasil e a saúde do trabalhador rural. *Rev Bras Medicina Trabalho*. 2011; 9(2):49-61.
19. Borges LFS, Borges OP, Alves SS, et al. Impactos ambientais e sociais causados pela queima da cana-de-açúcar. *Monumenta - Rev Cien Multidisciplinar*. 2020; 1(1):73-83.
20. Cunha GN, Pasqualetto A. Impactos socioeconômicos e ambientais, do plantio à colheita, da cana-de-açúcar na mesorregião Norte de Goiás. *Colóquio Rev Desenvolvi Regional*. 2022; 19(4).
21. Rigotto RM, Santos VP, Costa AM. Territórios tradicionais de vida e as zonas de sacrifício do agronegócio no Cerrado. *Saúde debate*. 2022; 46(2):13-27.
22. Gurgel AM, Souto AS, Guedes CA, et al. Espelho sem reflexos: conflitos e vulnerabilidades socioambientais em uma região produtora de cana-de-açúcar. *Ciênc. saúde coletiva*. 2022; 27(3):1049-60.
23. Christofolletti CA, Souza CP, Guedes TA, et al. O emprego de agrotóxicos na cultura de cana-de-açúcar. In: Fontanetti CS, Bueno OC, organizadores. *Cana-de-açúcar e seus impactos: uma visão acadêmica*. Bauru: Canal 6; 2017. p. 51-61.
24. Breilh J. Entrevista: Jaime Breilh. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2015; 13(2):533-40.
25. Brasil. Lei nº 7802, de 11 de julho de 1989. Dispõe sobre a pesquisa, a experimentação, a produção, a embalagem e rotulagem, o transporte, o armazenamento, a comercialização, a propaganda comercial, a utilização, a importação, a exportação, o destino final dos resíduos e embalagens, o registro, a classificação, o controle, a inspeção e a fiscalização de agrotóxicos, seus componentes e afins, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 11 Jul 1989. [acesso em 2022 nov 27]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7802.htm.
26. Buhler HF, Hacon SS. Impactos da cadeia do etanol: subsídios para uma proposta integrada de vigilância ambiental e de saúde do trabalhador. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2022 [acesso em 2023 fev 10]; 47:e7.
27. Pessoa GS, Albuquerque PCC, Cotrim GS, et al. Uso de agrotóxicos e saúde de trabalhadores rurais em municípios de Pernambuco. *Saúde debate*. 2022; 46(esp2):102-21.
28. Pessoa VM, Rigotto RM. Agronegócio: geração de desigualdades sociais, impactos no modo de vida e no-

- vas necessidades de saúde nos trabalhadores rurais. *Rev Bras Saúde Ocup.* 2012; 37(125):65-77.
29. Silva GV, Santos JB, Santos AS, et al. Perfil socioeconômico de cortadores de cana-de-açúcar no município de Juripiranga (Paraíba – Brasil). *Meio Amb (Brasil).* 2019; 1(2):09-17.
 30. Preza DLC, Augusto LGS. Vulnerabilidades de trabalhadores rurais frente ao uso de agrotóxicos na produção de hortaliças em região do Nordeste do Brasil. *Rev Bras Saúde Ocup.* 2012 [acesso em 2023 jan 8]; 37:90-95. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/tBb4YhMvDbX3PVHKKHHg7S/abstract/?lang=pt>.
 31. Lozier MJ, Montoya JF, Del Rosario A, et al. Personal air sampling and risks of inhalation exposure during atrazine application in Honduras. *Int Arch Occup Environ Health.* 2013; 86(4):479-88.
 32. Rio Grande do Sul. Projeto de Lei Estadual nº 421 de 11 de setembro de 2023. Proíbe fabricação, uso e comercialização do agrotóxico Atrazina no Estado do Rio Grande do Sul. *Diário Oficial.* 11 Set 2023. [acesso em 2022 nov 27]. Disponível em: http://proweb.procergs.com.br/consulta_proposicao.asp?SiglaTipo=PL%20&NroProposicao=421&AnoProposicao=2023.
 33. Brasil. Ministério Público do Trabalho, Coordenadoria Nacional de Defesa do Meio Ambiente do Trabalho. Ação Civil Pública. Brasília, DF: MPT; 2023. [acesso em 2022 nov 27]. Disponível em: <https://mpt.mp.br/pgt/noticias/acp-banimento-agrotoxicos-com-proto-colo-judicial-3.pdf>.
 34. Friedrich K, Gurgel AM, Sarpa M, et al. Toxicologia crítica aplicada aos agrotóxicos – perspectivas em defesa da vida. *Saúde debate.* 2022; 46(esp2):293-15.
 35. Corcino CO, Teles RBA, Almeida JRGS, et al. Avaliação do efeito do uso de agrotóxicos sobre a saúde de trabalhadores rurais da fruticultura irrigada. *Ciênc. saúde coletiva.* 2019; 24(8):3117-28.
 36. Bortolotto CC, Hirschmann R, Martins-Silva T, et al. Exposição a agrotóxicos: estudo de base populacio-nal em zona rural do sul do Brasil. *Rev Bras Epide-miol.* 2020; 23:E200027.
 37. Fonseca MGU, Peres F, Firmo JOA, et al. Percepção de risco: maneiras de pensar e agir no manejo de agro-tóxicos. *Ciênc. saúde coletiva.* 2007; 12(1):39-50.
 38. Santana CM, Costa AR, Nunes RMP, et al. Exposi-ção ocupacional de trabalhadores rurais a agrotóxi-cos. *Cad Saúde Colet.* 2016; 24(3):301-7.
 39. Mattia PI, Ródio GR. Variáveis associadas à intoxi-cação ocupacional por agrotóxicos agrícolas, na me-sorregião oeste do Paraná, de 2010 a 2020. *Res, Soc Development.* 2022; 11(5):e33011528260.
 40. Yera AMB, Vasconcellos PC. Pesticides in the atmos-phere of urban sites with different characteristics. *Process Sa-fety and Envir. Protec.* 2021; 156:559-67.
 41. Msibi SS, Chen CY, Chang CP, et al. High pesticide inhalation exposure from multiple spraying sources amongst applicators in Eswatini, Southern Africa. *Pest Manag Sci.* 2021; 77(10):4303-12.
 42. Vasconcellos PC, Souza DZ, Sanchez-Ccoyllo OS, et al. Determinação de compostos antrópicos e biogênicos em aerossóis atmosféricos coletados em áreas urba-nas, queimadas de biomassa e florestas em São Paulo, Brasil. *Ciênc Meio Amb Total.* 2010; 408(23):5836-44.
 43. Caruso MSF, Alaburda J. Hidrocarbonetos policíclicos aromáticos - benzo(a)pireno: uma revisão. *Rev. Inst. Adolfo Lutz.* 2008; 67(1):1-27.
 44. Oliveira EG, Ferreira ME, Araújo FM. Diagnóstico do uso da terra na região centro-oeste de Minas Gerais, Brasil: a renovação da paisagem pela cana-de-açúcar e seus impactos socioambientais. *Soc e Na-tureza.* 2012; 24(3):545-56.
 45. Gurgel AM, Guedes CA, Friedrich K. Flexibilização da regulação e agrotóxicos enquanto oportunidade para a (necro)política brasileira: avanços do agrone-gócio e retrocessos para a saúde e o ambiente. *De-senv Meio Amb.* 2021; 57:135-59.

46. Lopes HR, Gurgel AM, Melo LC. Vivendo em territórios contaminados [livro eletrônico]: um dossiê sobre agrotóxicos nas águas de Cerrado. In: Pontes M, Bonfim J, Santos PV, organizadoras. Palmas: APATO; 2023.
47. Pires DX, Caldas ED, Recena MCP. Uso de agrotóxicos e suicídios no Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2005; 21(2):598-605.
48. Tavares DCG, Shinoda DT, Moreira SSC, et al. Utilização de agrotóxicos no Brasil e sua correlação com intoxicações. *Revista S&G*. 2020; 15(1):2-10.
49. Torre E, Amarante P. Saúde mental, direitos humanos e justiça ambiental: a 'quimicalização da vida' como uma questão de violação de direitos humanos decorrente da intoxicação institucionalizada. *Saúde debate*. 2022; 46(esp2):327-44.
50. Silva AP, Camacho ACLF, Menezes HF, et al. Riscos à saúde do trabalhador rural exposto ao agrotóxico. *Rev Saúde Colet*. 2020; 10(52):2094-02.
51. Souza GS, Costa LCA, Maciel AC, et al. Presença de agrotóxicos na atmosfera e risco à saúde humana: uma discussão para a Vigilância em Saúde Ambiental. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017; 22(10):3269-80.
52. Marques JMG, Silva MV. Estimativa de ingestão crônica de resíduos de agrotóxicos por meio da dieta. *Rev Saúde Pública*. 2021; 55:36.
53. Lessuer C, Lesseura C, Pirrotte P, et al. Maternal urinary levels of glyphosate during pregnancy and anogenital distance in newborns in a US multicenter pregnancy cohort. *Environ Pollut*. 2021; 280:117002.
54. Lesseur C, Pathak KV, Pirrotte P, et al. Urinary glyphosate concentration in pregnant women in relation to length of gestation. *Environ Res*. 2022; 203:111811.
55. Rahimi T, Rafati F, Sharifi H, et al. General and reproductive health outcomes among female greenhouse workers: a comparative study. *BMC Women's Health*. 2020; 20(1):103.
56. Rigotto RM, Porto MFS, Folgado CAR, et al. Conhecimento científico e popular: construindo a ecologia de saberes. In: Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Dossiê ABRASCO: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde. Rio de Janeiro: EPSJV; São Paulo: Expressão Popular; 2015.
57. Lopes CVA, Albuquerque GSC. Agrotóxicos e seus impactos na saúde humana e ambiental: uma revisão sistemática. *Saúde debate*. 2018; 42(117):518-34.
58. Malaspina FG, Zinilise ML, Bueno PC. Perfil epidemiológico das intoxicações por agrotóxicos no Brasil, no período de 1995 a 2010. *Cad Saúde Colet*. 2011; 19(4):425-34.
59. Albuquerque PCCC, Gurgel IGD, Gurgel AM. Health information systems and pesticide poisoning at Pernambuco. *Rev. Bras. Epidemiol*. 2015; 18(3):666-78.
60. Egger DS, Rigotto RM, Lima FANS, et al. Ecocídio nos Cerrados: agronegócio, espoliação das águas e contaminação por agrotóxicos. *Desenvolv. Meio Amb*. 2021; 57(esp):16-54.

Recebido em 15/06/2023

Aprovado em 06/12/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) - Edital Universal 2018; Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (Facepe), por meio do Programa Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde (PPSUS)/Decit/SCTIE/MS; e de bolsas da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (Capes) - Código de Financiamento 001, da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco e da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)

Editora responsável: Jamilli Silva Santos

A Frente pela Vida e a atualização do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira

The Front for Life and updating the Brazilian Health Sector Reform Movement

Sonia Fleury¹, Ana Ester Maria Melo Moreira², Munyra Barreto³, Jamilli Silva Santos⁴

DOI: 10.1590/2358-289820241418973P

RESUMO Objetivou-se analisar a Frente pela Vida (FpV), um ator da sociedade civil organizado no campo da saúde, que buscou incidir politicamente diante da crise sanitária da pandemia da covid-19 no contexto do governo Bolsonaro. As informações foram obtidas por meio de revisão documental de publicações da FpV, bem como pela observação participante de reuniões, manifestações, *lives* e eventos nos quais participou ou organizou, além de entrevistas com participantes do seu grupo operativo. A análise considerou as categorias origem, trajetória, atores, gestão, relação entre a FpV e movimento sanitário, sustentabilidade, desafios e perspectivas da FpV. Os resultados evidenciam que a FpV capitaneou uma grande rede de políticas formada por sujeitos individuais e coletivos, entidades científicas e organizações representativas de diversos segmentos da sociedade civil, conformando uma atualização do movimento sanitário com ampliação de sua base de sustentação social. Sua trajetória contemplou, principalmente, a ação técnico-científica e política em múltiplas arenas, tendo nos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, e na sociedade civil, espaços privilegiados de inserção. Conclui-se que a FpV se revelou importante ator social na conjuntura recente, tensionando o Estado na defesa da vida, do direito universal à saúde e da expansão e fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE Política. Covid-19. Reforma dos serviços de saúde. Movimento sanitário. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT *This paper examined the Front for Life (Frente pela Vida, FpV), a movement of organised civil society in the health field, which sought to achieve political impact in response to the health crisis caused by the COVID-19 pandemic in the context of the Bolsonaro administration. Information was obtained through a document review of FpV publications, participant observation in meetings, demonstrations, livestreams and events in which the front participated or organised, as well as interviews of participants in its operating group. The analytical categories used were origin, trajectory, movements, management, the relationship between the FpV and the health sector reform movement, sustainability, challenges and the FpV's prospects. The results showed that the FpV has led a large policy network of individual and collective subjects, scientific entities and organisations representing various segments of civil society to update the health sector movement and expand its social support base. Its trajectory has involved mainly technical, scientific and political action in multiple areas, working with the Executive, Judiciary and Legislative branches of government, as well as civil society. In conclusion, the FpV has proved to be an important social movement pressing the State to defend life and the universal right to health and to expand and strengthen Brazil's Unified Health System, the SUS.*

KEYWORDS *Politics. COVID-19. Health care reform. Unified Health System.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
prof.soniafleury@gmail.com

²Universidade Federal do Delta do Parnaíba (UFDPAr) - Parnaíba (PI), Brasil.

³Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (Sesab) - Salvador (BA), Brasil.

⁴Universidade Federal da Bahia (UFBA) - Salvador (BA), Brasil.



Introdução

Este estudo teve por objetivo analisar a Frente pela Vida (FpV), um ator da sociedade civil organizada no campo da saúde que buscou incidir politicamente diante de uma grave crise sanitária provocada pela pandemia da covid-19 no contexto do governo Bolsonaro. A criação da FpV foi uma resposta articulada de distintas entidades do campo da saúde coletiva, capaz de mobilizar outras organizações na luta em defesa da vida, da democracia e do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao atuar em diferentes arenas políticas, a FpV consolidou-se como um importante ator político capaz de influenciar as políticas de saúde, os espaços de participação social no campo da saúde e o debate eleitoral relativo à sucessão presidencial em 2022. Por essas razões, estudar a FpV como manifestação orgânica das entidades do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) – igualmente denominado movimento sanitário – assume relevância na atual conjuntura. Dessa forma, este artigo discorre sobre a origem e a trajetória da FpV, sua composição e suas estratégias de ação, sua gestão e suas características de atualização

do MRSB, bem como sua sustentabilidade, suas perspectivas e seus desafios futuros.

Material e métodos

O presente estudo está ancorado na abordagem qualitativa, que trabalha com processos sociais, históricos, políticos e subjetivos. Utilizou como técnicas a coleta e a análise de documentos, projetos e moções elaborados pela FpV, a realização de nove entrevistas semiestruturadas com os membros do grupo que a coordenava (operativo) e de outras entidades a ela vinculadas (*quadro 1*), a observação participante dos eventos por ela promovidos (como a Marcha pela Vida e a Conferência Nacional Livre, Democrática e Popular de Saúde), além dos debates por meio do grupo de WhatsApp da FpV, das *lives* e plenárias. A coleta de dados foi realizada de outubro a dezembro de 2022. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Delta do Parnaíba conforme Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 72855723.5.0000.0192, parecer nº 6.338.628.

Quadro 1. Lista de entrevistado(a)s e suas respectivas funções e entidades

N	Nome*	Função/Entidade
1	Gulnar Azevedo e Silva	Presidenta da Abrasco/Gestão 2018-2021
2	Túlio Batista Franco	Coordenador da Rede Unida/Gestão 2018-2022
3	Fernando Zasso Pigatto	Presidente do CNS/Gestão 2018-2021 e 2021-2024
4	Rosana Teresa Onocko Campos	Presidenta da Abrasco/Gestão 2021-2024
5	Lúcia Regina Florentino Souto	Presidenta do Cebes/Gestão 2018-2022
6	Luciana Udovic e Meire Rastelli	Coordenadoras do Grito dos Excluídos
7	Soraya Soubhi Smaili	Membro do diretório da Andifes/Coordenadora do Centro de Estudos Sou Ciência
8	Dirceu Bartolomeu Greco	Presidente da SBB/Gestão 2019-2021
9	Elda Coelho de Azevedo Bussinguer	Presidenta da SBB/Gestão 2021-2023

Fonte: elaboração própria.

*Todos tiveram acesso ao manuscrito e autorizaram a divulgação de seus nomes.

Inicialmente, foi realizada uma busca no site da FpV¹, a fim de identificar os principais fatos políticos e documentos que registraram sua atuação política. A partir do levantamento desse material, foram construídas três matrizes de análise de dados utilizando o *software* Microsoft Excel®, a saber:

- a. Sistematização das notícias publicadas pela FpV, com as categorias ‘data da publicação’, ‘tipo de ocorrência’, ‘atores’, ‘objetivo’, ‘resumo e *link* da publicação’;
- b. Sistematização das principais ações desenvolvidas pela FpV por mês/ano;
- c. Matriz com distribuição das ações desenvolvidas pela FpV a cada ano por tipo e tema.

Como estratégia complementar, foi realizada observação participante de reuniões presenciais e on-line, manifestações, *lives* e eventos nos quais a Frente participou ou que ela organizou, além de nove entrevistas com participantes do seu grupo operativo e de outras entidades a ela vinculadas. Como critério de inclusão, foram considerados todos os atores que faziam parte do grupo operativo da FpV e que atenderam ao convite, além de outros atores que foram citados nas entrevistas do grupo operativo.

A análise dos dados foi sistematizada por meio das categorias ‘origem’, ‘trajetória’, ‘atores’, ‘gestão’, ‘relação entre a FpV e o MRSB’, ‘sustentabilidade’, ‘desafios’ e ‘perspectivas da FpV’, considerando o processo político em saúde, os sujeitos e a conjuntura política na qual a Frente surgiu e atuou.

Resultados e discussão

Tendo em vista sua melhor compreensão, os resultados serão apresentados em quatro seções que refletem as categorias de análise da FpV identificadas neste estudo, quais

sejam: a) Trajetória de ação política; b) Gestão; c) Relação da FpV com o MRSB; e d) Sustentabilidade, perspectivas e desafios.

Trajетória de ação política da FpV

A organização da FpV se inicia pela articulação política e pela produção de dois documentos críticos sobre o governo Bolsonaro e a pandemia da covid-19. O primeiro foi a nota sobre a importância do isolamento social, considerando as recomendações científicas da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), e o segundo foi a ‘Carta aberta em defesa da vida, da democracia e do SUS’, publicada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS).

A partir da iniciativa da diretoria da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), a FpV emergiu da articulação de um grupo constituído por representantes da Abrasco, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), da Associação Brasileira da Rede Unida (Rede Unida) e da Sociedade Brasileira de Bioética (SBB), que atuavam no CNS, no segmento de Entidades Nacionais de Profissionais de Saúde/Comunidade Científica na Área da Saúde. Desde 2018, essas quatro entidades haviam formado um colegiado com o objetivo de compartilhar discussões e posições diante dos temas discutidos no CNS. Depois, essas entidades mobilizaram outros entes nacionais para uma reunião na qual foram debatidas estratégias de ação conjunta diante da pandemia. Participaram, então, de acordo com Lúcia Souto, a SBPC, a Conferência Nacional de Bispos do Brasil (CNBB), a Associação Nacional de Dirigentes das Instituições Federais do Ensino Superior (Andifes), além da Associação Brasileira de Imprensa (ABI), citada por Túlio Franco, e da Associação Brasileira de Ciências (ABC) e da Comissão Arns, lembradas por Gulnar Azevedo e Silva. Nas palavras da então presidente da Abrasco, em entrevista a esta pesquisa, os respectivos presidentes decidiram desenvolver uma “*ação conjunta geradora de um movimento com maior amplitude*”, denominado FpV.

O lançamento oficial da FpV se deu em um ato político virtual em 29 de maio de 2020, o qual contou com a presença de lideranças das entidades fundadoras, parlamentares e representantes de diversas organizações e movimentos sociais, convidando os setores organizados da sociedade a se juntarem à FpV. A partir do diálogo com diversos atores sociais, a FpV potencializou o fortalecimento de uma rede de movimentos sociais no setor saúde.

A estratégia de atuação da FpV se baseou em três dimensões: técnico-científica, política e de mobilização da sociedade civil. A Frente produziu diversos documentos (planos, manifestos, notas, cartas e relatórios) contemplando seus posicionamentos e suas proposições ancorados no conhecimento técnico-científico, propiciando, inclusive, a articulação com entidades científicas de diferentes áreas. Além disso, a FpV interpeleu o Poder Executivo (nos níveis federal, estadual e municipal), o Poder Legislativo (Câmara dos Deputados e Senado Federal) e, por fim, o Poder Judiciário, para o efetivo cumprimento de seus respectivos deveres. Atuou, ainda, na mobilização dos mais diversos setores da sociedade civil observando a conformação de uma consciência sanitária.

De modo geral, em torno do núcleo central que compunha a coordenação da FpV (Abrasco, Cebes, CNS, Rede Unida e SBB), o autointitulado ‘grupo operativo’, verificou-se um conjunto de atores individuais e coletivos que frequentemente se agregou às ações da FpV e, assim, constituiu essa rede. Nas palavras de Fernando Pigatto (presidente do CNS na Gestão 2021-2024) na entrevista, a FpV protagonizou ações diversas, de caráter reativo e propositivo, realizadas tanto de maneira isolada quanto em articulação com outras entidades ao longo de toda a sua trajetória: “*desde sua criação até o ano atual [2022], a Frente atuou resistindo, enfrentando e propondo, diante da covid-19, a defesa do SUS e da Democracia*”. As ações reativas contemplaram principalmente a crítica à ação/omissão do Estado na

condução das políticas de saúde diante da covid-19; já as proposições incluíram a elaboração do Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da Covid-19 e dos manifestos com propostas para o adequado enfrentamento da pandemia e fortalecimento do SUS.

Durante a manutenção das medidas de distanciamento social na pandemia da covid-19, destaca-se que a atuação da FpV recorreu às novas tecnologias e ferramentas de informação e comunicação, intensificando o uso das mídias digitais (*sites, blogs, WhatsApp, YouTube etc.*). A análise das informações da FpV levantadas permitiu sistematizar sua trajetória em três períodos que demarcam as fases de conformação desse sujeito coletivo, quais sejam: Fase 1 – Organização da FpV no enfrentamento da covid-19; Fase 2 – A consolidação da FpV como ator político no setor saúde; e Fase 3 – A FpV na reconstrução do País. As principais estratégias e ações desenvolvidas pela FpV, em cada uma dessas fases, bem como os atores nelas envolvidos, são descritas a seguir.

FASE 1 - ORGANIZAÇÃO DA FPV NO ENFRENTAMENTO DA COVID-19

A primeira fase da trajetória da FpV compreende o ano de 2020, incluindo seu processo de organização e o desenvolvimento das primeiras atividades diante das ações e omissões do governo Federal no enfrentamento da pandemia. Nesse complexo cenário marcado pelo vácuo da resposta do Estado à pandemia, a FpV realizou a primeira Marcha Virtual pela Vida, em 9 de junho de 2020, que recebeu o apoio de mais de 560 entidades científicas, organizações, movimentos sociais e ativistas de diversos segmentos da sociedade civil.

No mês seguinte, a Frente lançou o Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da Covid-19², documento extenso e sustentado pelo conhecimento técnico-científico de diferentes áreas da saúde coletiva. Esse plano apresentou caminhos para o enfrentamento da pandemia, além de enfatizar a centralidade

do Estado e do Ministério da Saúde na coordenação dessas ações e na formulação/no direcionamento das políticas públicas³. A FpV buscou ampliar a incidência política do documento, que foi apresentado para parlamentares do Congresso Nacional, da Comissão Externa da Câmara dos Deputados, além de ter sido entregue formalmente ao Ministério da Saúde. Há que se destacar, no processo de construção desse plano, a não adesão da CNBB, na medida em que o documento incluiu, a partir da sua segunda versão (lançada em 3 de julho de 2020), as contribuições da área de gênero e saúde, por meio da reflexão sobre os direitos sexuais e reprodutivos – aborto legal –, ao analisar a saúde das mulheres no contexto da pandemia da covid-19².

A defesa do SUS foi priorizada pela FpV em todas as suas ações, motivando, inclusive, a realização da campanha nacional ‘O Brasil precisa do SUS’, lançada em dezembro de 2020 com o objetivo de “mobilizar a sociedade para a importância da defesa do SUS e dos riscos que ele está correndo”⁴. Alguns meses depois, a FpV se articulou a diversas entidades da educação para lançar o manifesto ‘Ocupar as escolas, proteger pessoas, recriar a educação’⁵, expressando posicionamento contrário à flexibilização das restrições sanitárias na rede escolar dos estados brasileiros. Posteriormente, foi lançada uma nova versão desse manifesto, revisada e ampliada, com o título ‘Ocupar escolas, proteger pessoas, valorizar a educação’⁶.

Diante do exposto, nessa primeira fase de sua trajetória, a atuação da FpV se caracterizou pela conformação da rede, priorizando contribuição técnico-científica e política na proposição de caminhos para os principais desafios durante a pandemia da covid-19. Importa destacar a evidência em relação à capacidade de mobilização da FpV de mais 560 entidades, bem como a ampliação da participação para além do setor saúde, tanto na Marcha pela Vida, com grande diversidade de participantes, quanto na coalizão conformada com entidades da área de educação.

FASE 2 – A CONSOLIDAÇÃO DA FPV COMO ATOR POLÍTICO NO CAMPO DA SAÚDE

A segunda fase da trajetória da FpV se deu ao longo de 2021. Caracterizou-se pela sua consolidação, com a ampliação de seu arco de alianças e a ação política enfocada no enfrentamento da pandemia e na defesa do SUS, além da responsabilização do governo Bolsonaro pela grave da crise sanitária, período em que o País bateu recordes de casos e óbitos em meio ao colapso de seu sistema de saúde.

Diante da gravidade da situação sanitária, a FpV articulou diferentes ações nos Poderes Legislativo e Judiciário, defendendo a implementação de medidas adequadas de enfrentamento da pandemia, voltadas às necessidades de saúde da população brasileira. Além dessas ações, a Frente atuou no apoio à Comissão Parlamentar de Inquérito da Pandemia (CPI da Pandemia), instaurada no Congresso Nacional para apurar as responsabilidades pelos casos e mortes evitáveis ocorridos no Brasil durante a pandemia.

No âmbito do Poder Judiciário, além dos manifestos, a FpV foi coautora da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 822⁷, também conhecida como ‘ADPF do *Lockdown*’, que demandava ao Supremo Tribunal Federal (STF) a imposição aos entes federativos, em especial ao governo Federal, de rigorosas medidas de controle da circulação de pessoas para salvar vidas diante do descontrole da pandemia da covid-19 no País, com vistas a resguardar o SUS.

Além das instâncias nacionais dos poderes democráticos, a FpV denunciou a calamidade no Brasil para instâncias internacionais Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização das Nações Unidas (ONU). Nesse contexto, a Frente encaminhou ao STF a ‘Carta à humanidade: vida acima de tudo’, na qual reforçou a importância de um *lockdown* nacional, e realizou a segunda Marcha pela Vida. A partir de maio de 2021, os movimentos sociais retomaram as manifestações de rua, contando com a participação da FpV. Esses

atos tinham como mote principal ‘Vacina para todas e todos, auxílio emergencial de 600 reais, em defesa do SUS e fora Bolsonaro’⁸.

No que se refere à dimensão técnico-científica, nessa fase, a FpV produziu, com diversas entidades da educação e do serviço social, o manifesto intitulado ‘Saúde, educação e assistência social em defesa da vida e da democracia’⁹, que analisou o impacto desigual da pandemia sobre a educação, propondo princípios e diretrizes com a participação de 50 organizações para garantir a atenção integral a crianças e adolescentes. Diante dos ataques às áreas da saúde, educação e ciência e tecnologia, a FpV se posicionou contra a proposta de desvinculação dos recursos do orçamento da saúde e educação e contrária ao desmonte do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep).

A segunda fase da trajetória da FpV priorizou a incidência política sobre o Estado por meio da intensificação das denúncias às omissões e ações negacionistas e anticientíficas do governo federal, bem como da maior aproximação e articulação com os Poderes Legislativo e Judiciário, com vistas à defesa da vacinação universal e da implementação das medidas sanitárias adequadas para a contenção da pandemia e da renda básica para as populações em situação de maior vulnerabilidade social.

A incidência de um ator na arena política depende da capacidade de utilizar seus recursos em uma estratégia que aumente sua visibilidade, reconhecimento da sua legitimidade e interlocução em diferentes arenas, assegurando a difusão, a vocalização, o alcance e os apoios a seu projeto. Nessa fase, a FpV ampliou sua visibilidade e ações no Judiciário e em organismos internacionais, além de fortalecer sua presença no Legislativo em diferentes momentos, inclusive sendo convidada a depor na CPI da Pandemia.

FASE 3 - A FPV NA RECONSTRUÇÃO DO PAÍS

A terceira fase da trajetória da FpV se desenvolveu ao longo de 2022, em um cenário

epidemiológico marcado pelo avanço da vacinação contra a covid-19 e a consequente diminuição do número de casos e óbitos causados pelo Sars-CoV-2. Nessa fase, a atuação da FpV se centrou na proposição de um projeto de saúde para o Brasil em face das eleições presidenciais de 2022. Nesse contexto, a agenda estratégica da Frente para 2022 veio a se desdobrar na Conferência Nacional Livre, Democrática e Popular de Saúde (CNLDPS), com ampla participação popular em uma agenda de diretrizes para as políticas de saúde do Brasil.

A etapa nacional da CNLDPS ocorreu em agosto de 2022, com a participação presencial de gestores e profissionais da saúde, movimentos sociais, pesquisadores, sanitaristas e acadêmicos de diversas partes do País. A conferência se revelou um importante fato político, tendo em vista que o então candidato à Presidência da República, Luiz Inácio Lula da Silva, firmou compromisso com a agenda FpV, reunindo diretrizes para a formulação das políticas de saúde para os próximos anos.

O documento em questão contemplava os seguintes eixos norteadores:

- a. SUS 100% público;
- b. Carreira de Estado no SUS;
- c. Fortalecimento das redes de atenção à saúde;
- d. Importância do Complexo Econômico-Industrial da Saúde considerando a soberania nacional e a segurança sanitária;
- e. Defesa radical da democracia;
- f. Ampliação do financiamento com a revogação da Emenda Constitucional nº 95/2016;
- g. Construção de políticas de saúde orientadas por uma perspectiva de gênero, raça/etnia, classe e território, considerando a determinação social da saúde.

Posteriormente, diante da intensa polarização observada com a proximidade das eleições, a FpV se posicionou publicamente em apoio à Chapa Lula-Alckmin, justificando que ela representava um projeto de País pautado na ‘defesa da democracia, associada a políticas sociais de proteção e bem-estar social’, em detrimento do projeto antagônico, representado pela reeleição de Bolsonaro, que ‘significava o aprofundamento do autoritarismo e do fascismo associado a políticas neoliberais e regressivas dos direitos humanos e sociais’¹⁰.

Após a vitória da Chapa Lula-Alckmin nas eleições, a FpV iniciou o diálogo com a equipe de transição do governo federal, demarcando sua contribuição para a definição dos novos rumos das políticas de saúde. Nos primeiros dias de trabalho da equipe de transição, a FpV se reuniu com integrantes do Gabinete de Transição do governo Lula e destacou a importância de fortalecer o diálogo, apontando diversos pontos a serem considerados pelo novo governo. Posteriormente, inclusive, membros da FpV entraram na composição do Gabinete de Transição Presidencial no setor saúde.

Em meio às especulações em torno da definição da equipe do novo governo, a Frente decidiu não incidir politicamente na indicação e na defesa de um nome para o cargo de Ministro da Saúde, defendendo critérios que deveriam ser atendidos pelo ocupante do referido cargo, tais como trajetória profissional e ação política de compromisso com o SUS, além da inexistência de quaisquer conflitos de interesse em relação ao SUS. Esse processo fortaleceu a atuação da FpV em um contexto de ascensão do autoritarismo, ultraliberalismo e neoconservadorismo.

Nessa fase, a FpV fortaleceu a relação entre sociedade civil e classe política na luta pelo direito à saúde. Tal participação política reconheceu a importância da agregação de novos atores e estratégias de atuação política, orientadas por um projeto de saúde nacional construído coletivamente em diversas arenas de debate e ampla autonomia política de partidos e governos. Uma evidência da capacidade

de mobilização e organização da Frente foi a realização de mais de 120 pré-conferências locais que antecederam a etapa nacional da CNLDPS, organizadas de forma autônoma, porém coordenada, pelos diferentes atores capitaneados pela FpV. Assim, cada organização participante pôde imprimir uma pauta específica no conjunto da discussão coletiva, como foi o caso das conferências organizadas pelo Grito dos Excluídos. A inovação representada por esse processo teve forte incidência nos arranjos participativos posteriores, tornando-se modelo para dinamizar as Conferências Nacionais de Saúde.

Gestão: a FpV como rede de políticas

As redes de políticas mobilizam atores e organizações para atingir objetivos comuns com poder compartilhado e relações horizontalizadas – o que envolve a construção de consensos e tomadas de decisões coletivas¹¹. A FpV se configurou como uma rede de políticas que emergiu da articulação entre vários atores sociais, conselhos de direitos, entidades científicas, movimentos sociais, parlamentares, partidos políticos, profissionais e sindicatos durante a pandemia da covid-19.

Compreender a FpV como rede de políticas exigiu a compreensão da dinâmica, da estrutura, dos atores, das relações sociais, das estratégias de coordenação e dos processos de interdependência, além das relações de poder e de gestão entre os diversos atores que compõem a rede – o que será tratado ao longo desta seção.

A FpV não pode ser confundida com uma organização que apresenta uma estrutura e contexto definidos, portanto, deve ser analisada a partir da teoria que trata das redes interorganizacionais, cuja formação e mecanismos de coordenação não são formalizados em um estatuto, mas devem ser construídos de forma cooperativa pelos participantes. Como a participação é voluntária, cada nóculo da rede precisa participar da construção de um objetivo geral compartilhado. O processo de construção de consenso é, pois, permanente

e requer horizontalidade das relações, sem o que uma rede, mesmo que mediada por uma instância coordenadora, tende a se desfazer quando os participantes deixam de sentir que seus interesses estão sendo contemplados. Isso não evita a existência de diferenças, que é, aliás, a condição para a existência das redes, nem mesmo de competição e conflitos. Diferentemente das organizações hierárquicas, nas redes, a solução dos conflitos deve ser um objetivo central, negociando soluções coletivas e construindo consensos progressivos¹²⁻¹⁴.

A FpV apresenta vantagens em seu processo de organização e desenvolvimento da rede de políticas, quais sejam:

- a. A pluralidade de atores sociais e/ou entidades técnico-científicas proporcionou maior profundidade na análise da conjuntura e da situação de saúde e na construção das estratégias de enfrentamento coletivo com participação de todos os atores envolvidos – entidades científicas, conselhos de direitos, movimentos sociais, profissionais e sindicatos em áreas como saúde, educação e assistência social – na análise da covid-19;
- b. O fortalecimento da autonomia política entre todos os atores envolvidos, orientado pela construção de consensos progressivos entre os diversos atores/entidades, proporcionou maior implicação e compromisso político com os objetivos comuns de enfrentamento da covid-19 e do governo Bolsonaro; e
- c. A gestão compartilhada por parte do grupo operativo e da plenária ampliada da FpV promoveu o processo de participação e protagonismo dos atores sociais e dos sujeitos históricos na rede.

IDENTIDADE COMUM, DINÂMICA GRADUALISTA, RECONHECIMENTO DAS DIFERENÇAS E CONSTRUÇÃO DE CONSENSOS

A identidade comum entre os atores da FpV é a defesa da vida, o enfrentamento da pandemia,

a defesa da democracia e do SUS no contexto do governo Bolsonaro e o reconhecimento de um Estado que não tem exercido seu papel na defesa da vida e da saúde. Processualmente, a dinâmica gradualista da FpV foi amadurecendo e se consolidando, conformando-se em uma rede de políticas que integra um amplo leque de movimentos sociais e entidades, orientado por relações horizontalizadas, dialógicas e processuais com base no respeito à heterogeneidade, à solidariedade e aos objetivos comuns compartilhados no processo de tomada de decisão. Quanto ao processo de geração de consensos e negociação, a FpV tem conseguido construir espaços de tomada de decisão de forma célere diante da grande rede de atores que a compõem, a partir dos consensos progressivos, que constitui um processo político coletivo de mediação das posições para a tomada de decisões. Conforme relatou Túlio Franco, da Rede Unida:

[...] O processo de tomada de decisão é que todas as discussões ocorrem através do dispositivo de construção do consenso progressivo como estratégia de tratar a divergência – não destruir o oponente – e construir unidade de forma coletiva. (Túlio Franco).

Nesse sentido, a Frente desenvolveu uma nova forma de organização no setor saúde, orientada por ‘uma nova estética de política’, nas palavras de Túlio Franco da Rede Unida, que se fundamenta na construção coletiva, na multiplicidade de atores e na defesa da democracia e da diversidade político-ideológica. A construção dos consensos da FpV possibilitou o diálogo entre os atores a partir de objetivos comuns e do respeito às diferenças políticas e institucionais, sem desconsiderar a diversidade e pluralidade política de atores e sujeitos inseridos na rede. Esse processo fortaleceu a democracia interna e a gestão democrática e participativa. Foi possível observar que conflitos surgiram em relação a questões como indicação ou não de um nome para o Ministério da Saúde ou quanto a propostas de financiamento

do setor foram discutidas em várias plenárias, e não tendo alcançado uma posição consensual entre os membros da rede, não foram encaminhadas em manifestações da FpV.

FORTALECIMENTO MÚTUO DO PAPEL DAS LIDERANÇAS

Os múltiplos atores e forças que compõem a FpV têm objetivos comuns, assim como um processo ascendente de construção de vínculos. Rovere¹⁵ define um conjunto de níveis que compreendem ações e valores que se aprofundam. De acordo com esse autor, no primeiro nível, as entidades se reconhecem, aceitando umas às outras como interlocutoras. Em seguida, passam a se conhecer e a dialogar entre si, manifestando interesse mútuo, de modo que chegam, então, ao terceiro nível, no qual passam a trabalhar conjuntamente, colaborando entre si. Por último, é apropriado que se associem e formem uma rede, quando a relação de confiança é alcançada e os vários atores partilham objetivos comuns e ações coletivas¹⁵.

COORDENAÇÃO E ESTRUTURAÇÃO DA REDE

Na primeira fase de sua trajetória de atuação, a FpV não tinha coordenação. Assim, o processo de organização e gestão de interdependências da rede se desenvolvia de maneira autogestionada, capitaneado, notadamente, por 5 das 11 entidades que haviam mobilizado a criação da rede. Considerando a necessidade da comunicação célere e da tomada de decisão entre seus múltiplos membros, de maneira ininterrupta, optou-se pela criação de um grupo da FpV no aplicativo multiplataforma de mensagens instantâneas e chamadas de voz, WhatsApp. Além desse meio de comunicação e diante das limitações impostas pelas medidas de distanciamento físico em virtude da pandemia, a FpV passou a realizar encontros periódicos via plataformas de reuniões virtuais, denominados 'plenárias'.

Tendo em vista, em última instância, a definição de consensos e das ações a serem

encaminhadas pela FpV, optou-se por priorizar como posição da FpV os pontos que eram consensuais, deixando os demais para discussão posterior e encaminhamento de posicionamentos individuais por parte das entidades. Assim, começou-se a refletir sobre a necessidade da constituição de um núcleo diretivo para a gestão da rede. Essa coordenação recebeu o nome de 'grupo operativo' ou 'operativa' e norteou-se pelo critério da junção dos representantes das quatro entidades fundadoras e o CNS.

A FpV não dispõe de um estatuto ou de regras formais que determinem sua organização e seu funcionamento. Por isso, norteia-se por um conjunto de regras informais, consensuadas no processo de interação dos atores que compõem sua rede e, portanto, reconhecido e igualmente interpretado por todos os seus membros. O estabelecimento dessas regras constituiu um importante instrumento de gestão da FpV. Sobre isso, destacou Túlio Franco, da Rede Unida:

[...] Então, é assim, não tem uma estrutura. Qual a instância de decisão... é o plenário que é convocado naquele 'Zap'. Você vê que não tem nenhum regimento. Qual o quórum da plenária que decide? Qual o quórum qualificado? Não tem isso. É representação por entidade? Não tem isso também. (Túlio Franco).

A ausência de relações de poder hierarquizadas, fortalecendo relações participativas e democráticas, foi estratégia importante da FpV para construir relações mais horizontalizadas entre todos os atores envolvidos. Mesmo considerando que as organizações participantes tinham níveis diferenciados de recursos, o que poderia assegurar, a algumas, maior centralidade na rede, as decisões-chave da Frente eram sempre submetidas à plenária, o que assegurava a horizontalidade necessária ao funcionamento e à manutenção da rede. Ao mesmo tempo, mostrou-se acertada a posição da aceitação de posições divergentes, que não alcançaram

o consenso nas plenárias, e que continuariam a ser defendidas em cada entidade.

O fortalecimento das organizações e lideranças participantes mostrou-se efetivo tanto pelo fato de que as mudanças nas direções das entidades não provocaram impacto negativo na rede quanto pela razão de que as lideranças que compõem as entidades do grupo operativo da rede foram convocadas, posteriormente, para assumir diferentes posições na nova arquitetura participativa do governo que se inaugurou em 2023.

Relação da FpV com o MRSB

O MRSB tem sido definido pela sua práxis em defesa de uma concepção ampliada da saúde, pela constitucionalização do direito à saúde como dever do Estado, pela proposição e luta por um sistema público universal de saúde integral, descentralizado e participativo. Sua plasticidade organizativa em diferentes conjunturas políticas, sua multiplicidade em campos como a luta antimanicomial e a reforma psiquiátrica ou o movimento popular em saúde não impedem, no entanto, que tenha construído uma forte identidade compartilhada por indivíduos e organizações.

A FpV, na percepção dos membros da operativa, constitui-se em uma atualização do MRSB ou mesmo uma continuidade dele na conjuntura recente, que conta com novos atores, arenas e projetos em disputa. Para Lúcia Souto, do Cebes, a FpV amplia a base social do MRSB e promove uma atualização da agenda política deste ator:

A minha sensação é que é uma atualização do movimento da Reforma Sanitária, uma atualização com muitas outras entidades envolvidas, o que dá uma base social bem mais ampliada para essa luta política. Eu acho que essa base social de movimentos sociais, ela realmente está interagindo nessa pauta e na atualização dessa agenda do movimento da Reforma Sanitária. (Lucia Souto).

Gulnar Azevedo e Silva, da Abrasco, relatou que a FpV representa a reafirmação dos compromissos do movimento sanitário, ao mesmo tempo que é, também, uma renovação e ampliação dele. Ela ressalta, também, o fato de as entidades terem se fortalecido nessa trajetória, porém, com menor engajamento político e ideológico:

[...] A gente pegou o que foi construído lá atrás, como se costurasse novamente para abrir para um novo mundo [...] para uma nova perspectiva [...] a gente tem uma outra situação. Nós temos um SUS que não é aquele que poderia ter sido criado, mas é o que existe. É isso que nós temos hoje. O que é que a gente tem que fazer? E por outro lado as entidades se ampliaram bastante, cresceram muito, cresceram talvez com menos engajamento ideológico e comprometido, mas com maior penetração, entendeu? [...] Então o que é que a gente tem que fazer? Recuperar, trazer essa essência, pensar nessa essência, o que pode ser feito. (Gulnar Azevedo e Silva).

Ao longo das entrevistas desta pesquisa, Túlio Franco, da Rede Unida, destacou que a FpV não só é herdeira do MRSB, mas também o atualiza em sua composição ao envolver outros atores externos ao campo da saúde coletiva, ressaltando a ampliação da base social do movimento sanitário, com a participação do Grito dos Excluídos. Já Rosana Onocko, da Abrasco, destacou que a FpV se consolidou como um ator social, fruto dos consensos construídos, obtendo o reconhecimento de autoridades políticas e de outros atores.

Semelhanças e diferenças com o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira

Identificam-se semelhanças entre a FpV e o MRSB em diversos aspectos, haja vista que vários dos entrevistados referem que a FpV é uma atualização do MRSB. No que tange à composição de seus membros, a maioria de

ambos é constituída por profissionais de saúde que têm pouca penetração em movimentos sociais mais amplos. Houve um movimento de ampliação da ação política para além do âmbito setorial com a participação de lideranças da FpV em outras frentes mais amplas, como a Frente Brasil Popular e o Povo Sem Medo, além da inclusão do Grito dos Excluídos na rede. Essa questão foi tratada como uma dificuldade de outrora do MRSB, no sentido de possuir uma base de sustentação popular limitada, alicerçada principalmente no setor acadêmico, com acionamento limitado na via sociocomunitária, mencionado na literatura como o “fantasma da classe ausente”¹⁶⁽³¹⁰⁾. Entretanto, cumpre salientar que a existência de uma comunidade epistêmica garante à FpV certas vantagens no campo de ação, por ter uma cultura política semelhante, facilitando a unidade da FpV, o diagnóstico comum das problemáticas e a capacidade de formação de consensos em suas proposições.

As estratégias adotadas pelo movimento sanitário, historicamente – e nessa conjuntura pela FpV –, mantêm-se comuns, em diferentes arenas, mobilizando alianças e buscando ampliar a capacidade de incidência política, quais sejam: a) Formulação técnico-científica sobre a Reforma Sanitária Brasileira e o SUS; b) Diálogo com os Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário; e c) Incidência em meios de comunicação das próprias organizações e de parceiros, que debateram temas cruciais na política sanitária.

A FpV interagiu com o Poder Legislativo, articulando-se com a Frente Parlamentar da Saúde, composta por representantes de partidos progressistas, como anteriormente havia ocorrido com o movimento sanitário¹⁷, sendo que, na conjuntura atual, também foi possível subsidiar os trabalhos da CPI da Pandemia no Senado Federal.

Em síntese, as principais diferenças entre a FpV e o MRSB identificadas neste estudo se referem a duas categorias principais, quais sejam: a) Características dos sujeitos que os compõem; e b) Estratégias de atuação por eles

acionadas. Portanto, a ação política da FpV se centrou no protagonismo dos sujeitos coletivos que compõem a rede que a conforma, como decorrência do próprio processo de fortalecimento das organizações que a compõem. A segunda diferença verificada corresponde ao maior acionamento da via judicial, requerendo-se a tutela coletiva na defesa do direito à saúde, frequentemente utilizada, inclusive, pela FpV no período recente¹⁸. A mobilização do Poder Judiciário não foi uma via muito utilizada na trajetória de atuação do MRSB^{19,20}.

Sustentabilidade, perspectivas e desafios da FpV

Ao considerar as perspectivas para a FpV em 2023, os participantes da pesquisa relatam a importância da continuidade da atuação da Frente na nova conjuntura política. A organização de áreas de atuação que permitirão aprofundar o processo de formulação e organização da rede dependem de sua organização política, fortalecimento da produção técnico-científica, relação institucional, diálogos com os movimentos sociais, e, finalmente, da preservação da autonomia e independência política da FpV. Outro desafio importante para a sustentabilidade da rede é uma formulação política que possibilite aprofundar os debates no setor saúde, em outras áreas de conhecimento e nos cenários de atuação.

Dessa maneira, com o processo eleitoral de 2022 e a eleição da Coligação Brasil da Esperança – a Chapa Lula-Alckmin –, a FpV contribuiu para o Gabinete de Transição Presidencial com apoio à equipe da saúde na compreensão dos principais desafios no contexto das políticas de saúde e no debate sobre um projeto de saúde para o Brasil²¹. Sobre isso, Lúcia Souto, do Cebes, reflete que:

Eu particularmente acho que devemos continuar ousando na agenda mesmo que a gente não ganhe [...] vai ser a disputa deste campo popular como o ministro da saúde que defendemos, que expresse um compromisso em defesa do direito universal

e sem conflito de interesse [...] a disputa é que a gente amplie a consciência crítica da sociedade brasileira. (Lúcia Souto).

Nesse contexto, a FpV, a partir do novo governo, definiu como atividades estratégicas a participação institucional, o fortalecimento da participação política e a luta pelo direito à saúde. Além disso, a defesa da vida, da democracia e do SUS permanece como central em uma nova conjuntura política e sanitária.

Considerações finais

Este artigo indica que a FpV tem na sua origem o MRSB. Dessa maneira, a FpV foi caracterizada como uma atualização do movimento sanitário com ampliação de sua base de sustentação social. Nesse sentido, compreende-se a FpV como uma continuidade do MRSB em uma conjuntura que conta com novos atores, arenas e projetos em disputa. Trata-se, portanto, de um sujeito político, na acepção de sujeito como um ator político em movimento²². As arenas de atuação da FpV foram múltiplas, compreendendo os Poderes Executivo, Judiciário e Legislativo, embora tenha sido a sociedade civil seu espaço privilegiado de inserção e atuação. Contemplam-se como principais estratégias a ação técnico-científica e a atuação política da FpV nessa conjuntura.

A existência de uma comunidade epistêmica comum entre diversos atores sociais inseridos e a atuação centrada em determinada conjuntura política fortaleceram a construção de uma rede de políticas orientada por objetivos comuns de defesa da vida, da democracia e do SUS. Assim, emergem como perspectivas da FpV a importância do fortalecimento da participação social em saúde e a disputa dos principais projetos de poder no Estado, considerando o governo Lula no período 2023-2026. Nesse contexto, nos primeiros meses de 2023, pode-se destacar a divulgação do relatório final da CNLDPS, que objetiva discutir uma resposta aos desafios impostos ao SUS e fortalecer o processo de mobilização e articulação política para a 17ª Conferência Nacional de Saúde.

O desafio de manter uma posição de autonomia crítica em relação ao governo, no qual vários membros da operativa estão participando de Conselhos, torna-se crucial para sobrevivência da rede.

Colaboradoras

Fleury S (0000-0002-7678-7642)*, Moreira AEMM (0000-0002-8313-4375)*, Barreto M (0009-0006-6408-9587)* e Santos JS (0000-0001-8965-0904)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Frente pela Vida. Home. [data desconhecida]. [acesso em 2023 jun 8]. Disponível em: <https://frentepelavida.org.br>.
2. Associação Brasileira de Saúde Coletiva, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Associação Rede Unida, et al. Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da COVID-19. Versão 3. 2020 dez 1. [acesso em 2021 jun 21]. Disponível em: https://frentepelavida.org.br/uploads/documentos/PEP-COVID-19_v3_01_12_20.pdf.
3. Souto LRF, Travassos C. Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da COVID-19: construindo uma autoridade sanitária democrática. *Saúde debate*. 2020 [acesso em 2023 out 4]; 44(126):587-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012600>.
4. Conselho Nacional de Saúde. Frente pela Vida convoca sociedade para campanha nacional pela valorização do SUS. Últimas Notícias CNS. 2020 dez 14. [acesso em 2022 ago 15]. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1486-frente-pela-vida-convoca-sociedade-para-campanha-nacional-pela-valorizacao-do-sus>.
5. Manifesto Ocupar as escolas, proteger pessoas, recriar a educação. [data desconhecida]. [acesso em 2021 jun 21]. Disponível em: https://cnte.org.br/images/stories/2020/2020_10_26_manifesto_ocupar_escolas_proteger_pessoas_recriar_educa.pdf.
6. Manifesto “Ocupar escolas, proteger pessoas, valorizar a educação”. [data desconhecida]. [acesso em 2021 jun 21]. Disponível em: https://educacaointegral.org.br/wp-content/uploads/2020/11/MANIFESTO-_OCUPAR-ESCOLAS-PROTEGER-PESSOAS-RECRIAR-A-EDUCACAO_2-1-compactado.pdf.
7. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 822 de 8 de abril de 2021. [acesso em 2022 ago 15]. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/estfvisualizadorpub/jsp/consultarprocessoeletronico/ConsultarProcessoEletronico.jsf?seqobjetoincidente=6150239>.
8. Frente pela Vida. Chega de doença, morte e fome – impeachment já! 2021 jul 2. [acesso em 2022 ago 15]. Disponível em: <https://frentepelavida.org.br/noticia/chega-de-doenca-morte-e-fome-impeachment-ja/351>.
9. Associação Brasileira de Alfabetização, Associação Brasileira de Currículo, Associação Brasileira de Educação Médica, et al. Manifesto Saúde, educação e assistência social em defesa da vida e da democracia. Intersetorialidade Saúde-Educação-Assistência Social no enfrentamento da pandemia. [data desconhecida]. [acesso em 2021 jun 21]. Disponível em: https://anped.org.br/sites/default/files/images/manifesto_edu_saude_assist_v0_29_03_21_base.pdf.
10. Frente pela Vida. Frente pela Vida define apoio à chapa Lula e Alckmin nas eleições de 2022. 2022 ago 25. [acesso em 2022 ago 26]. Disponível em: <https://frentepelavida.org.br/noticia/frente-pela-vida-define-apoio-a-chapa-lula-e-alckmin-nas-eleicoes-de-2022/573>.
11. Fleury S. Redes de políticas: novos desafios para a gestão pública. *RAD*. 2005; 7(1):77-89.
12. Hanf K, O’toole. Revisiting old friends: networks, implementation structures and the management of interorganizational relations. *Eur. J. Political Res*. 1992; 21(1-2):163-80.
13. Klijn E-H. Analyzing and managing policy processes in complex networks: a theoretical examination of the concept policy network and its problems. *Adm. Soc*. 1996; 28(1):90-120.
14. Mandell MP. Community collaborations: Working through network structures. *Policy Stud. Rev*. 1999; 16(1):42-65.
15. Rovere M. Redes en salud: un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad. *Rotario: Instituto Lazarte*; 1999.
16. Paim JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição

- para a compreensão e crítica. Salvador: Ed. UFBA; 2008.
17. Rodriguez Neto E. A via do Parlamento. In: Fleury S, organizadora. Saúde e democracia: a luta do Cebes. São Paulo: Lemos; 1997. p. 63-92.
 18. Paim JS. A COVID-19, a atualidade da reforma sanitária e as possibilidades do SUS. In: Santos A, Lopes LT, organizadores. Reflexões e futuro. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2021. p. 310-24.
 19. Fleury S. A judicialização pode salvar o SUS? Saúde debate. 2012; 36(93):159-62.
 20. Paixão ALS. Reflexões sobre a judicialização do direito à saúde e suas implicações no SUS. Ciênc. saúde coletiva. 2019; 24(6):2167-72.
 21. Frente pela Vida. Frente Pela Vida se reúne com integrantes da saúde da equipe de transição do novo governo. 2022 nov 10. [acesso em 2023 ago 26]. Disponível em: <https://frentepelavida.org.br/noticia/frente-pela-vida-se-reune-com-integrantes-da-saude-da-equipe-de-transicao-do-novo-governo/588>.
 22. Fleury S. Socialismo e democracia: o lugar do sujeito. In: Fleury S, Lobato L, organizadores. Participação, democracia e saúde. Rio de Janeiro: Cebes; 2010. p. 24-46.

Recebido em 23/10/2023

Aprovado em 26/03/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Lenaura de Vasconcelos da Costa Lobato

Cuidados Paliativos em hospital oncológico de referência: atenção primária, diagnóstico tardio e mistanásia

Palliative Care in a referral oncology hospital: Primary Health Care, late diagnoses and mysthanasia

Thiago Rocha da Cunha¹, Madalena de Faria Sampaio², Carla Corradi-Perini¹, José Eduardo de Siqueira¹, Ursula Bueno do Prado Guirro³

DOI: 10.1590/2358-289820241418977P

RESUMO Estudo retrospectivo, observacional, transversal que analisou os encaminhamentos de 120 pacientes oncológicos para uma equipe de Cuidados Paliativos (CP) em hospital público de referência em oncologia no norte do Paraná, em fevereiro de 2020. Os dados foram coletados nos prontuários e analisados com base no suporte teórico da bioética. Observou-se que expressiva maioria dos pacientes 82,5% chegou ao hospital com doença avançada e 59,7% foram encaminhados para CP em menos de seis meses após a entrada no serviço. Parte importante dos pacientes chegou sem possibilidade de terapia específica oncológica, sendo, por isso, rapidamente encaminhados aos CP. Esses e outros achados da pesquisa sustentam uma discussão entre cuidados paliativos, atenção primária à saúde e diagnóstico oncológico tardio. O artigo conclui que, no contexto dos CP, as mortes relacionadas ao diagnóstico oncológico tardio, antecedidas de sofrimentos evitáveis e decorrentes de falhas estruturais em políticas públicas de saúde, expressam uma problemática forma de mistanásia.

PALAVRAS-CHAVE Cuidados paliativos. Oncologia. Atenção Primária à Saúde. Bioética.

ABSTRACT *This retrospective study analyzed the referrals of 120 cancer patients to a Palliative Care (PC) team in a public oncology referral hospital in northern in northern Paraná, in February 2020. It was observed that the vast majority of patients (82.5%) arrived at the hospital with advanced disease, while 59.7% were referred to PC in less than six months after entering the service. An important part of the patients arrived with no possibility of specific oncological therapy, and were therefore quickly referred to PC. These and other research data support a discussion between palliative care, primary health care and late cancer diagnosis. The article concludes that, in the context of PC, deaths related to late cancer diagnosis, preceded by avoidable suffering due to structural failures in public health policies, are characterized as a problematic form of mysthanasia.*

KEYWORDS *Palliative care. Medical oncology. Primary Health Care. Bioethics.*

¹Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), Programa de Pós-graduação em Bioética - Curitiba (PR), Brasil.
rocha.thiago@pucpr.br

²Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), Campus Londrina - Londrina (PR), Brasil.

³Universidade Federal do Paraná (UFPR), Faculdade de Medicina - Curitiba (PR), Brasil.



Introdução

Os Cuidados Paliativos (CP) desenvolveram-se nas últimas décadas a partir de uma prática focada no fim da vida para uma abordagem interprofissional e interdisciplinar que inclui o gerenciamento de sintomas físicos e psicossociais, cuidados espirituais, apoio aos familiares e cuidadores, facilitação na comunicação e tomada de decisões complexas¹⁻³.

Portanto, os CP são mais do que um processo relacionado à morte e ao morrer, mas envolvem o cuidado integral, o mais precocemente possível, de pessoas que apresentam doenças graves e potencialmente geradoras de sofrimento durante todo o seu curso, tal como ocorre nas doenças oncológicas, para as quais os CP têm se desenvolvido para serem ofertados precocemente, no início do tratamento antineoplásico⁴.

Desde um ponto de vista ético, os CP podem ser entendidos como a proposta em que a dimensão do cuidado é levada a seu máximo, envolvendo a incondicional aceitação e o acolhimento do outro⁵. Nessa relação de cuidado, os processos compartilhados de tomada de decisão envolvendo pacientes, familiares e profissionais de saúde adquirem particular importância⁶.

No Brasil, uma confluência de fatores envolvendo os processos de determinação social da saúde, as transições demográficas e epidemiológicas, além da crescente incorporação de novas tecnologias nos cuidados em saúde, implica desafios éticos importantes aos CP não apenas na dimensão terciária do cuidado, mas, também, na atenção primária e na formulação e execução de políticas públicas⁷⁻⁹.

Os CP apresentam particular importância aos pacientes oncológicos, na medida em que evidências apontam que esses cuidados complementam a terapêutica oncológica, otimizando o status de desempenho, funcionamento, controle de sintomas e qualidade de vida, além de melhorarem a adesão ao tratamento e, portanto, o bem-estar dos pacientes e de seus familiares¹⁰.

Apesar dessa importância, evidências indicam que, no Brasil, são poucos os pacientes que recebem o cuidado de forma adequada¹¹, e também são poucos os estudos que analisam empiricamente a relação entre CP oncológicos e diagnósticos tardios a partir da ótica do paciente^{12,13}.

Por esse motivo, este estudo buscou analisar esse cenário em um hospital do norte do Paraná, estabelecendo uma análise retrospectiva, com base em prontuários, discutindo os resultados a partir do suporte teórico da bioética. Essa base teórica foi escolhida porque ambos os campos – cuidados paliativos e bioética – partem de abordagens interdisciplinares sobre o processo de saúde e doença, além de atuarem com base em valores comuns, como a proteção da dignidade e da autodeterminação^{5,14}.

O estudo discute especificamente a categoria da *mistanásia*, entendida como a morte miserável, precoce, evitável, causada por falhas estruturais e programáticas de políticas públicas^{15,16}, como forma de lançar luzes sobre os problemas de CP relacionados à atenção primária à saúde, o diagnóstico tardio e os cuidados de pacientes oncológicos.

Metodologia

Trata-se de estudo retrospectivo, observacional e transversal, realizado a partir da análise dos prontuários de pacientes encaminhados à equipe de CP de um hospital público de referência na região do norte do Paraná, durante o mês de fevereiro de 2020. O hospital atende mais de 100 municípios da região, sendo centro de referência para acompanhamento e tratamento do câncer em adultos para cinco regionais de saúde e para crianças em oito regionais. Trata-se de um hospital filantrópico que tem mais de 90% do seu atendimento destinado ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Os pacientes das cinco regionais atendidas no hospital, quando recebem diagnóstico de doença oncológica por exames de imagem ou de anatomia patológica, são encaminhados

pela Unidade Básica de Saúde (UBS) ao hospital de referência, onde ocorre uma triagem para as 'clínicas de entrada' no serviço. Essas clínicas são a porta do serviço para a população, em sua maioria, clínicas cirúrgicas, entre elas, Gastrocirurgia, Ginecologia, Torácica, Urologia, Cabeça e Pescoço e Neurocirurgia.

A equipe interdisciplinar de CP existe no hospital desde 2010 e conta com médicos especialistas em diversas áreas, na sua maioria, medicina paliativa, enfermeiros, psicólogo, assistente social, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudióloga, farmacêutico e capelão. Realiza atendimentos nas modalidades ambulatorial, domiciliar e internação hospitalar em unidade própria de CP, além das interconsultas realizadas de forma conjunta às demais especialidades em internações realizadas em setores gerais do hospital. Os pacientes são encaminhados à equipe de CP por meio de solicitação de parecer pelo sistema eletrônico pela equipe titular.

Foram avaliados todos os prontuários eletrônicos de pacientes encaminhados em fevereiro de 2020 em todas as modalidades de atendimento (ambulatorial e internação hospitalar). Os dados coletados dos prontuários foram: data de nascimento, idade, clínica de entrada (aquela que recebeu o paciente no hospital), data de entrada no hospital, diagnóstico oncológico, estadiamento na chegada ao hospital (avaliado como avançado ou inicial), tratamentos realizados (quimioterapia curativa ou paliativa, radioterapia curativa ou paliativa e cirurgia), clínica que realizou o

encaminhamento aos cuidados paliativos, o motivo do encaminhamento e a data do encaminhamento, a partir da qual calculou-se tempo do paciente no hospital antes de ser encaminhado à equipe de cuidados paliativos.

Para análise dos dados, considerou-se uma análise estatística descritiva realizada no *software* Excel, em que foram construídas as tabelas para o auxílio da caracterização dos pacientes em questão. Aos pacientes foram assegurados todos os parâmetros éticos previstos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (CAAE 36219920.8.0000.0020, parecer 4.293.047).

Resultados

Foram avaliados todos os prontuários eletrônicos de pacientes encaminhados em fevereiro de 2020 em todas as modalidades de atendimento (ambulatorial e internação hospitalar), totalizando 124. Após uma validação dos dados, foram excluídos três, por estarem em duplicidade, e outro por estar equivocado, pois o encaminhamento seria para oncologia clínica, mas realizado de forma errônea no sistema eletrônico. Restaram 120 prontuários analisados.

A análise dos dados permitiu, inicialmente, traçar um perfil dos pacientes encaminhados aos CP no mês de fevereiro de 2020. A *tabela 1* apresenta o perfil dos pacientes.

Tabela 1. Perfil dos pacientes encaminhados aos Cuidados Paliativos. Londrina, 2020

Perfil	n	%
Sexo		
Feminino	56	46,7
Masculino	64	53,3
Total	120	100,0

Tabela 1. Perfil dos pacientes encaminhados aos Cuidados Paliativos. Londrina, 2020

Perfil	n	%
Idade		
De 18 a 40 anos	4	3,3
De 41 a 60 anos	41	34,2
De 61 a 79 anos	59	49,2
De 80 anos ou mais	16	13,3
Total	120	100,0
Clínica de Entrada		
Gastrocirurgia	36	30,0
Oncologia clínica	24	20,0
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	13	10,8
Urologia	12	10,0
Ginecologia	11	9,2
Cirurgia Torácica	8	6,7
Neurocirurgia	6	5,0
Hematologia	4	3,3
Oncologia cirúrgica	3	2,5
Nefrologia	1	0,8
Ortopedia	1	0,8
Radiologia	1	0,8
Total	120	100,0
Estadiamento		
Avançado	99	82,5
Inicial	21	17,5
Total	120	100,0

Fonte: elaboração própria.

Foram analisados os diagnósticos mais frequentes nos pacientes encaminhados, pois condizem com as clínicas que mais encaminham. Os tumores gastrointestinais, quando somados, são responsáveis por 32,6% dos encaminhamentos para os CP, sendo eles os de fígado, intestino, pâncreas e vias biliares, esôfago e estômago. Os cânceres de cabeça e pescoço são os mais comuns de forma isolada, com 12,5%, seguidos pelo câncer de mama, com 10,8%, próstata, com 7,5%, e colo uterino, pulmão, hematológico e glioblastoma, todos com 5,0%. Os 16,6% restantes referem-se a diversas formas de câncer menos prevalentes, como adrenal, pênis, pele, indeterminados, entre outros.

Com relação aos motivos dos encaminhamentos, as informações dos prontuários indicaram o seguinte: 71,7% foram encaminhados aos CP para criação de vínculo com a equipe, isto é, pacientes com doença avançada encaminhados para iniciar vínculo com equipe, uma vez que estariam fora da possibilidade de cura.

Outros 15,8% tinham indicações de criação de vínculo e controle de sintomas, isto é, início de vínculo com equipe para possível posterior atendimento exclusivo, mas, no momento, com necessidade, também, de controle de sintomas difíceis; e 3,3% tiveram indicação apenas de controle de sintomas.

Apenas 3,3% tinham indicação de piora clínica importante, necessitando de CP

exclusivo, enquanto 2,5% tiveram indicação de controle de sintoma em doenças avançadas. Finalmente, 1,7% chegou ao serviço por busca ativa pela equipe de CP da UTI, 0,8% por pedido de familiares e apenas 0,8% com indicação expressa de cuidados de fim de vida.

Com relação aos tratamentos a que todos os 120 pacientes encaminhados foram

submetidos, é importante destacar que alguns deles receberam mais de uma modalidade. Um paciente pode ter recebido quimioterapia paliativa com radioterapia paliativa, ou ter recebido quimioterapia curativa em um primeiro momento e, posteriormente, quimioterapia paliativa, justificando o motivo de se obter a soma maior que 100% na *tabela 2*.

Tabela 2. Modalidades de tratamento. Londrina, 2020

Tratamento	n	%
Quimioterapia curativa	42	35,0
Quimioterapia paliativa	27	22,5
Radioterapia curativa	34	28,3
Radioterapia paliativa	12	10,0
Cirurgia	39	32,5

Fonte: elaboração própria.

Também foram avaliados os pacientes que foram encaminhados ao serviço de CP em estadiamento avançado, ou seja, sem possibilidade de terapêutica curativa, mas apenas para controle e estabilização da doença oncológica. No total dos 120 encaminhamentos, 82,5% (n=99) estavam nessa situação.

Avaliaram-se todas as possíveis combinações de tratamentos realizados pelos pacientes em estadiamento avançado ao diagnóstico,

cujos resultados estão na *tabela 3*, onde se observa que cerca de 69% (68) dos pacientes realizaram algum tratamento ou alguma combinação. Os tratamentos mais frequentes foram a quimioterapia paliativa exclusiva 16,2% (16) e a quimioterapia curativa exclusiva 11,1% (11). Além disso, entre os 99 pacientes em estadiamento avançado, 31,3% (31) não receberam nenhum tratamento modificador de doença (quimioterapia, radioterapia e/ou cirurgia).

Tabela 3. Combinações de tratamentos de estadiamentos avançados. Londrina, 2020

Tratamentos - Avançados	n	%
QXTP	16	16,2
QXTC	11	11,1
QXTC + RXTC	7	7,1
Cirurgia	7	7,1
Cirurgia + RXTP	6	6,1
Cirurgia + QXTC + RXTC	5	5,1
Cirurgia + QXTP	3	3,0
Cirurgia + RXTC	3	3,0

Tabela 3. Combinações de tratamentos de estadiamentos avançados. Londrina, 2020

Tratamentos - Avançados	n	%
QXTP + RXTP	2	2,0
RXTC	1	1,0
RXTP	1	1,0
QXTC + QXTP	1	1,0
QXTC + QXTP + RXTC	1	1,0
Cirurgia + QXTC	1	1,0
Cirurgia + QXTP + RXTP	1	1,0
Cirurgia + QXTC + RXTP	1	1,0
Cirurgia + QXTP + RXTC	1	1,0
Nenhum	31	31,3
Total	99	100,0

Fonte: elaboração própria.

Quanto ao tempo de encaminhamento para os CP a partir da entrada no serviço, a maioria, 59,7% (59) dos pacientes, foi encaminhada à equipe especializada de CP com menos de seis meses de início do seu tratamento. Especificamente, 25,3% (n=25) foram encaminhados apenas com um mês após a chegada ao Hospital. 18,2% (n=18) foram encaminhados em até 3 meses, enquanto 16,2% (n=16) foram encaminhados entre 3 e 6 meses. Já 17,2% (n=17) receberam encaminhamento entre 6 meses e 1 ano, 10,1% (n=10) entre 1 e 2 anos; e o restante, 13,1% (n=13), foi encaminhado aos CP depois de mais de 2 anos de entrada no serviço.

Observa-se, também, a partir dos dados encontrados, que os pacientes que não chegaram a ser acompanhados pela equipe – prováveis óbitos antes da resposta de parecer –, em sua maioria, 61,5% (61), foram aqueles que tiveram solicitação de parecer até 3 meses desde sua entrada no serviço.

Analisando o tempo de encaminhamento dos pacientes para CP após a entrada no serviço, observou-se que 25,3% (25) foram encaminhados já no primeiro mês de atendimento, 18,2%

(18) dos pacientes receberam encaminhamentos entre um e três meses, e 16,2% (16) entre três e seis meses após a chegada ao hospital. Essa distribuição temporal sugere uma atenção especial à necessidade de suporte paliativo em hospitais oncológicos.

Ao analisar a relação entre o tempo até o encaminhamento para os CP e a proposta inicial de tratamento para o paciente, observa-se que, entre pacientes que receberam proposta curativa e proposta paliativa, não houve diferença no tempo de seguimento, sendo os primeiros encaminhados, em média, com 269 dias, e os demais com média de 246 dias. Observando os pacientes sem proposta de tratamento curativo oncológico, nota-se que esses foram encaminhados com média de 98 dias.

Por fim, na *tabela 4*, verifica-se se a média de tempo de seguimento com a equipe, a depender do tempo que os pacientes levaram para ser encaminhados. Percebe-se, assim, que os pacientes com indicação de CP nos primeiros 3 meses de chegada ao hospital foram os que tiveram menor tempo de acompanhamento em razão do óbito precoce.

Tabela 4. Relação entre tempo de encaminhamento e seguimento com a equipe de CP. Londrina, 2020

Tempo de encaminhamento	Contagem	%	Média (dias)
Menos que 1 mês	25	25,3	39,3
Até 3 meses	18	18,2	10,9
De 3 meses a 6 meses	16	16,2	119,0
De 6 meses a 1 ano	17	17,2	61,0
De 1 ano a 2 anos	10	10,1	140,2
Mais que 2 anos	13	13,1	105,6

Fonte: elaboração própria.

Esses dados mostram que pacientes que foram encaminhados para equipe nos primeiros 30 dias viveram 39 dias, em média; os que foram encaminhados de um a três meses, viveram a média de 10 dias após avaliação da equipe. Pacientes que demoraram dois anos para ter seu encaminhamento à equipe, viveram em média 105 dias após a avaliação, provavelmente por se tratar de neoplasia com característica indolente ou por esses pacientes terem chegado ao serviço de oncologia de forma mais precoce, com possibilidade de tratamento modificador de doença.

Discussão

Os dados da pesquisa sugerem que os pacientes atendidos pelo hospital oncológico de referência no norte do Paraná chegam de forma tardia ao serviço, muitas vezes sem possibilidade de terapia modificadora específica, sendo, por isso, rapidamente encaminhados aos CP. Esses achados corroboram dados das literaturas nacional^{11,13,17} e internacional¹⁸⁻²⁰ que apontam desafios tanto para o diagnóstico precoce de câncer quanto para o encaminhamento precoce aos CP. Indicam, também, a possibilidade de ocorrência de conflitos bioéticos relacionados à mistanásia, ou seja, à morte evitável causada por falhas ou problemas estruturais de políticas públicas^{15,16}.

Os dados também corroboram achados de outras pesquisas que abordaram a relação entre doenças oncológicas e cuidados paliativos,

como, por exemplo, o estudo em que Barbosa et al.¹³ identificaram que o tempo entre a internação e o encaminhamento aos CP em um hospital universitário foi menor quando o paciente era portador de neoplasias em comparação com pacientes com hipertensão arterial sistêmica.

Na presente pesquisa, esse problema fica claro quando se observa o tempo decorrido desde o início de tratamento e acompanhamento oncológico para o encaminhamento a uma equipe de CP. Verifica-se que 25,3% (25) dos pacientes foram encaminhados com menos de um mês, 18,2 % (18) de um a três meses, e 16,2 % (16) de três a seis meses. Ou seja, 59,7% (59) foram encaminhados aos CP com menos de seis meses de início do seu tratamento e do seu provável diagnóstico.

Rodrigues et al.¹², em um estudo que identificou os itinerários de pacientes com câncer em cuidados paliativos, identificaram dificuldades quanto ao diagnóstico nos diferentes espaços da rede de atenção à saúde, o que pode ter levado à chegada tardia dos usuários na unidade de tratamento do câncer.

Essa também é a hipótese para os achados da presente pesquisa, uma vez que o relativamente breve espaço de tempo entre o início do tratamento no hospital e o encaminhamento aos CP de quase 60% dos pacientes, somado ao fato de o hospital ser a única referência em oncologia na região, sugere a ocorrência de diagnóstico tardio oncológico no território. Esses dados reforçam, também, as indicações da literatura acerca das problemáticas que

relacionam cuidados paliativos, atenção primária e estrutura da rede de saúde^{7,8}.

O acesso limitado ou ineficaz à detecção precoce e a tratamentos oportunos para doenças oncológicas, quando decorrente de falhas estruturais em políticas públicas de saúde, implica graves conflitos éticos e sanitários relacionados a diversas formas de desigualdades e vulnerabilidades²¹. Ao mesmo tempo, a ênfase unidimensional em rastreamento e detecção precoce também pode gerar problemas éticos e sanitários, sobretudo relacionados a sobrediagnóstico e sobretratamento²².

Por isso, uma adequada análise bioética dessa situação deve partir do reconhecimento das interseccionalidades de diversas formas de vulnerabilidades²³, que podem estar relacionadas aos CP em doenças oncológicas, incluindo a vulnerabilidade biológica, e relacionadas às próprias condições das doenças dos pacientes oncológicos²⁴, as vulnerabilidades sociais, relacionadas aos fatores socioeconômicos que podem estar na base dos processos de adoecimento e encaminhamento tardio a tratamento de câncer²⁵, além das vulnerabilidade programáticas, relacionadas às falhas sistêmicas no sistema de saúde²⁶ e que podem levar ao cenário potencialmente mistanásico encontrado nesta pesquisa.

De um ponto de vista de estruturação de políticas públicas, de acordo com Paraizo-Horvath e colegas⁷, a atenção primária à saúde é nível ideal de assistência à saúde para a prestação e coordenação dos cuidados paliativos, na medida em que esse nível de assistência possui maior proximidade e vínculo com a população, o que favorece um cuidado humanizado. Essa proximidade pode contribuir para que as pessoas recebam diagnósticos oncológicos antecipadamente, além de viabilizar acessos a tratamentos específicos e abordagens para criação de vínculos com a abordagem paliativa no tempo adequado. Tais medidas podem contribuir, também, para uma menor pressão de demanda para hospitais de referência, além da redução dos impactos éticos

e sanitários das diferentes intersecções de vulnerabilidades discutidas.

Os dados deste estudo que relacionam um problema estrutural de diagnósticos tardios de câncer na região são reforçados quando se observa o fato de que os pacientes que não chegaram a ser acompanhados pela equipe de CP – por provável óbito antes da resposta de parecer – foram, na maioria 61,5% (61), aqueles com solicitação de parecer emitida até 3 meses desde sua entrada no serviço, indicando que pacientes chegam ao serviço de referência oncológico com doenças graves, avançadas e já no final de vida.

As neoplasias que, segundo o Ministério da Saúde²⁷, são passíveis de diagnóstico precoce e tratamento precoce são: neoplasia de mama, de colo uterino, cólon e reto, cavidade oral, nasofaringe, laringe, estômago, pele (melanoma), outros cânceres de pele, bexiga, próstata, retinoblastoma e testículo. Conforme verificado neste estudo, entre as doenças mais prevalentes dos encaminhamentos à equipe de CP, muitas fazem parte do rastreamento precoce preconizado pelo Ministério da Saúde.

Finalmente, conforme demonstrado, muitos dos pacientes, 82,5% (99), já chegaram ao hospital com doenças bastante avançadas, algumas sem proposta de tratamento oncológico específico. Isso sugere que essas doenças poderiam ter sido diagnosticadas mais precocemente, aos primeiros sinais de alerta, conforme preconizado na literatura que aborda diferentes tipos de câncer^{4,28,29}, reforçando as possibilidades de vulnerabilidades programáticas e dos subsequentes processos mistanásicos.

De acordo com Krann e Colussi²⁸, no Brasil, no caso do câncer de mama, um dos principais fatores para a insuficiência na detecção precoce é a ausência de estruturação de equipes de Saúde da Família e/ou de rede básica completa nos territórios. Outras barreiras encontradas por Santos, Ramos e Migowski²⁹ são a baixa adesão dos profissionais aos protocolos de diagnóstico precoce, a desorganização dos serviços de saúde, especialmente pela alta rotatividade de profissionais da atenção básica,

além de conflito entre diretrizes de sociedades médicas.

A constatação de que expressiva parte dos pacientes deste estudo, mais de 80%, chegou ao hospital de referência sem possibilidade de tratamento oncológico específico, sendo rapidamente encaminhada aos CP, indica que pode haver na região problemas estruturais discutidos na literatura correlata, tais como deficiências nos programas de rastreamento e detecção precoce do câncer na atenção primária²⁸, lacunas na capacitação dos profissionais para identificação dos sinais de alerta³⁰ e outros problemas gerais relacionados à estrutura de promoção e assistência à saúde frente às doenças oncológicas no País³¹.

A hipótese acerca da presença desses problemas estruturais precisa ser confirmada por outros estudos que avaliam especificamente o processo de diagnóstico de câncer na região estudada, no entanto, os dados desta pesquisa representam importante alerta para formuladores de políticas públicas, gestores e pesquisadores em saúde coletiva da região.

Além disso, tal como inicialmente indicado, ilustram, também, a possibilidade de ocorrência de importantes conflitos de natureza bioética. Isto ocorre porque, ao chegarem ao hospital referência com doenças avançadas, sem expectativa de reversão por meio de tratamento oncoespecífico, mesmo que em caráter paliativo, os pacientes terão vivido aquilo que a bioética chama de mistanásia (do grego *mys* = infeliz; *thanathos* = morte; morte infeliz), ou seja, a morte 'miserável', fora de seu tempo, marcada pela presença de sofrimentos evitáveis e decorrentes da ausência de estruturas adequadas de políticas e redes de atenção à saúde^{15,16,32,33}.

A categoria da mistanásia foi cunhada por Marcio Fabri dos Anjos, em 1989, para substituir o termo então usual de 'eutanásia social', pois, de acordo com o autor, enquanto eutanásia remete à 'boa morte', ou seja, a morte antecipada por compaixão, para aliviar um sofrimento, a mistanásia destaca a 'má-morte', a morte triste, evitável, com sofrimento, causada

por problemas estruturais de ordem política e econômica¹⁶.

Conforme destaca Wanssa³⁴, dentro dos CP, pode-se dizer que a mistanásia por imprudência ocorre quando a estrutura do serviço não dá importância aos CP, que deveriam ser instituídos a pacientes com doença em estágio terminal, o que acaba provocando uma morte com sofrimento e que seria potencialmente evitável se esses pacientes fossem atendidos por equipe capacitada em alívio do sofrimento.

Nosso estudo amplia essa relação entre mistanásia e CP ao discutir que o diagnóstico tardio, revelado na chegada de pacientes oncológicos em estágio avançado ao hospital de referência, bem como na conseqüente chegada tardia aos CP, constitui uma dimensão importante da mistanásia, na medida em que os sofrimentos do desfecho poderiam ser reduzidos no curso de todo o adoecimento.

Outro dado que permite levantar o debate sobre a mistanásia por diagnóstico oncológico tardio é o que aponta que 82,5% (n=99) deram entrada em estado avançado, sendo que 31,3% (n=31) não receberam nenhuma modalidade de tratamento.

Tendo em vista que o hospital em questão é tido como o serviço de referência da região, ou seja, único local para referenciamento dessa população com doenças oncológicas, sugere-se que o rastreio e a detecção precoce das neoplasias não ocorrem de forma eficaz, apesar de preconizados, indicando a presença de uma forma específica de mistanásia, que se caracteriza não exclusivamente pela morte evitável, mas por uma forma em que o sofrimento extremo no momento da morte poderia ser evitado ou, ao menos, minimizado³².

Além disso, conforme observado no estudo, apenas 15,8% (19) dos pacientes do hospital foram encaminhados para vínculo com a equipe de CP e controle de sintomas, e apenas 3,3% (4) foram encaminhados para controle de sintomas exclusivamente. As doenças oncológicas, bem como o tratamento dessas doenças, como radioterapia e quimioterapia, são fonte de sintomas desagradáveis, sendo

o encaminhamento para uma equipe de CP importante aliado para o manejo da dor, do controle dos sintomas e acolhimento integral dos pacientes³⁵.

O controle adequado de sintomas – não somente sintomas físicos, mas tendo em vista, também, esferas holísticas, como social, emocional e espiritual – melhora a vivência do paciente durante o tratamento oncológico, contribuindo, também, para a aderência ao tratamento, podendo impactar positivamente o curso da doença e o processo do morrer³⁶, contribuindo, assim, para a redução das possibilidades das ‘mortes tristes’, entendidas como mistanásia.

Outros dados da pesquisa – 71,7% (86) dos pacientes encaminhados para criação de vínculo com a equipe de CP – mostram que, no contexto do serviço, os encaminhamentos dos pacientes para a equipe de CP seguem um tempo adequado, uma vez que é possível estabelecer aproximações com a equipe antes dos cuidados propriamente de fim de vida, contribuindo para um processo humanizado de ‘bem-morrer’¹⁴.

No entanto, para os pacientes que chegaram ao hospital com doenças já avançadas, como os 31,3% (31) dos pacientes que não tiveram indicação de tratamento oncológico específico, a morte foi potencialmente uma expressão de mistanásia, causada por problemas estruturais que levaram os pacientes a chegar ao serviço em condições irreversíveis.

Conclusões

Este estudo encontrou, por meio da análise de encaminhamentos de pacientes oncológicos aos CP em um hospital oncológico do norte do estado do Paraná, que os usuários da rede estão chegando ao serviço referência com doença avançada, em sua maioria, sem possibilidade de tratamento oncológico e com indicação de CP por doença avançada, ou seja, sem possibilidade de serem submetidos a tratamentos específicos modificadores oncológicos, tendo

como consequência mortes que ocorrem de forma potencialmente precoce e/ou com sofrimentos evitáveis, o que a literatura em bioética denomina como mistanásia.

O estudo discutiu que os encaminhamentos tardios e a redução das possibilidades de tratamento curativo ou de cuidados mais adequados no âmbito paliativo resultam de deficiências estruturais que se iniciam nas políticas de prevenção e promoção à saúde, as quais se sobrepõem às demais deficiências organizacionais no sistema de saúde.

O estudo apresenta limitações por se tratar de uma amostra localizada, proveniente de um único hospital público de referência. Pesquisas mais amplas, multicêntricas e com delineamentos mistos são necessárias para aprofundar os achados e suas hipóteses. O viés de informação pela utilização exclusiva de dados secundários de prontuários também deve ser considerado em suas limitações.

Os problemas aqui levantados devem, então, ser analisados com maior atenção em trabalhos futuros no campo da saúde coletiva, dos cuidados paliativos, da bioética e de outras áreas interdisciplinares. Sugere-se a realização de estudos qualitativos para explorar com maior profundidade as trajetórias e experiências dos pacientes e seus familiares, assim como os contextos locais e institucionais que podem influenciar o diagnóstico tardio e, portanto, os processos de mortes que se caracterizam como mistanásia. Recomendam-se, ainda, investigações focadas nas estruturas e nos processos da atenção primária que determinam o encaminhamento tardio de casos suspeitos, bem como da inserção de serviços de CP nesse nível de atenção.

Em perspectiva programática, reconhecer a atenção primária como alicerce para o fortalecimento da rede de atenção à saúde oncológica é uma recomendação fundamental que resulta deste estudo, uma vez que pode facilitar uma transição mais suave para os CP quando necessário, garantindo que o manejo da dor e dos sintomas seja iniciado prontamente, aliviando o sofrimento e promovendo

uma melhor qualidade de vida mesmo diante de prognósticos desfavoráveis. A mudança de paradigma em direção a uma saúde pública mais responsiva e ética é urgente e necessária para endereçar as raízes profundas da mistanásia, além de reduzir as diversas formas de vulnerabilidades presentes no cenário.

Por fim, é importante reforçar que a mistanásia neste trabalho – enquanto a caracterização de mortes marcadas por sofrimento evitável, decorrentes de falhas estruturais de políticas públicas de saúde – não se configura como um dispositivo jurídico, mas como uma categoria ética e política que deve servir de alerta para pesquisadores, gestores e formuladores de políticas públicas.

Assim, ao discutir a dimensão da mistanásia, não foi objetivo deste trabalho apontar responsabilizações jurídicas de pessoas ou instituições, mas destacar os aspectos bioéticos de processos de terminalidade da vida que poderiam ter um melhor desfecho se houvesse

estruturas adequadas para promoção, prevenção e atenção integral à saúde da população.

Colaboradores

Rocha da Cunha T (0000-0002-6330-2714)* contribuiu para concepção, planejamento, interpretação dos resultados, supervisão do estudo e revisão crítica final para publicação. Sampaio MF (0000-0003-2485-2040)* contribuiu para concepção, planejamento, coleta de dados, interpretação dos resultados e redação do trabalho. Corradi-Perini C (0000-0002-9340-8704)* contribuiu para análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica final para publicação. Siqueira JE (0000-0002-7513-1385)* e Guirro UBP (0000-0003-4879-3057)* contribuíram para análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica final para publicação. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Radbruch L, Lima L, Knaul F, et al. Redefining Palliative Care - A New Consensus-Based Definition. *J Pain Symptom Manage.* 2020; 60(4):754-764. [acesso em 2023 ago 6]. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027>.
2. World Health Organization. Palliative care. 2020. [acesso em 2023 ago 6]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
3. The International Association for Hospice and Palliative Care. Global Consensus based palliative care definition. Houston: IAHP; 2018. [acesso em 2023 ago 6]. Disponível em: <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/>.
4. Caglayan A, Redmond S, Rai S, et al. The integration of palliative care with oncology: the path ahead. *Ann Palliat Med.* 2023 [acesso em 2024 abr 6]; 12(6):1371-1381. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.21037/apm-22-1154>.
5. Floriani CA. Bioethical considerations on models for end-of-life care. *Cad. Saúde Pública.* 2021; 37(9):1-13.
6. Vidal EIO, Kovacs MJ, Silva JJ, et al. Posicionamento da ANCP e SBBG sobre tomada de decisão compartilhada em cuidados paliativos. *Cad. Saúde Pública.* 2022; 38(9):e00130022.
7. Paraizo-Horvath CMS, Fernandes DS, Russo TMS, et al. Identificação de pessoas para cuidados paliativos na atenção primária: revisão integrativa. *Ciênc. saúde coletiva.* 2022; 27(9):3547-3557.
8. Junges JR, Schaefer R, Lopes PPS, et al. Cuidados Paliativos na atenção primária à saúde: discussão de um caso. *Sanare.* 2022; 21(2):23-33.
9. Ribeiro JR, Poles K. Cuidados Paliativos: Prática dos Médicos da Estratégia Saúde da Família. *Rev. Bras. Educ. Med.* 2019; 43(3):62-72.
10. Lundeby T, Hjermsstad MJ, Aass N, et al. Integration of palliative care in oncology – the intersection of cultures and perspectives of oncology and palliative care. *Ecancermedalscience.* 2022; 16:1376.
11. Freitas R, Oliveira LC, Mendes GLQ, et al. Barreiras para o encaminhamento para o cuidado paliativo exclusivo: a percepção do oncologista. *Saúde debate.* 2022; 46(133):331-345.
12. Rodrigues DMV, Abrahão AL, Lima FLT. Do começo ao fim, caminhos que seguí: itinações no cuidado paliativo oncológico. *Saúde debate.* 2020; 44(125):349-361.
13. Barbosa GS, Barbosa DS, Favero GM, et al. Pacientes atendidos pelo núcleo de cuidados paliativos em um hospital universitário. *Res. Soc. Dev.* 2023; 12(5):e19112541541.
14. Lima MA, Manchola-Castillo C. Bioética, cuidados paliativos e libertação: contribuição ao “bem morrer”. *Rev. Bioética.* 2021; 29(2):268-278.
15. Ferreira S, Porto D. Mistanásia × Qualidade de vida. *Rev. Bioética.* 2019; 27(2):191-195.
16. Anjos MF. Eutanásia em chave de libertação. *Bol. do Inst. Camiliano Pastor da Saúde.* 1989; 57.
17. Nunes LMP, Silvino ZR, Moreira MC, et al. Encaminhamentos aos cuidados paliativos para pacientes com câncer: revisão integrativa. *Rev. Enferm. Atual. Derme.* 2019; 77(15):51-59.
18. Gebel C, Basten J, Kruschel I, et al. Knowledge, feelings, and willingness to use palliative care in cancer patients with hematologic malignancies and solid tumors: a prospective, cross-sectional study in a comprehensive cancer center in Germany. *Support Care Cancer.* 2023; 31(7):445.
19. Hui D, Kim S-H, Kwon JH, et al. Access to Palliative Care Among Patients Treated at a Comprehensive Cancer Center. *Oncologist.* 2012; 17(12):1574-1580.

20. Wiegert EVM, Oliveira LC, Calixto-Lima L, et al. Cancer cachexia: Comparing diagnostic criteria in patients with incurable cancer. *Nutrition*. 2020; 79-80:110945.
21. Cabral ALLV, Giatti L, Casale C, et al. Social vulnerability and breast cancer: Differentials in the interval between diagnosis and treatment of women with different sociodemographic profiles. *Ciênc. saúde colet*. 2019; 24(2):613-622.
22. Crosby D, Bhatia S, Brindle KM, et al. Early detection of cancer. *Science*. 2022; 375(6586):eaay9040.
23. Ayres JR. Vulnerabilidade, Cuidado e integralidade: reconstruções conceituais e desafios atuais para as políticas e práticas de cuidado em HIV/Aids. *Saúde debate*. 2022; 46(esp7):196-206.
24. Ring A, Nguyen-Sträuli BD, Wicki A, et al. Biology, vulnerabilities and clinical applications of circulating tumour cells. *Nat. Rev. Cancer*. 2023; 23(2):95-111.
25. Ferreira MC, Sarti FM, Barros MBA. Social inequalities in the incidence, mortality, and survival of neoplasms in women from a municipality in Southeastern Brazil. *Cad. Saúde Pública*. 2022 [acesso em 2024 abr 6]; 38(2):e00107521. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00107521>.
26. Siqueira FD, Neves ET, Sehnem GD. Vulnerabilidade de adolescentes e jovens rurais: reflexões envolvendo o tratamento oncológico. *Contrib. Las Ciencias Soc*. 2024; 17(2):e4490.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Primária n. 29. Rastreamento. (Série A). Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010.
28. Krann R, Colussi CF. Estudo de avaliabilidade das ações para detecção precoce do câncer de mama na atenção primária. *Saúde debate*. 2023; 47(137):101-115.
29. Santos ROM, Ramos DN, Migowski A. BdT - Barriers to implementing early breast and cervical cancer detection guidelines in Brazil. *Physis (Rio J)*. 2019 [acesso em 2023 ago 6]; 29(4):e290402-e290402. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312019000400600.
30. Ferreira MCM, Nogueira MC, Ferreira LCM, et al. Early detection and prevention of cervical cancer: knowledge, attitudes and practices of FHS professionals. *Ciênc. saúde coletiva*. 2022; 27(6):2291-2302.
31. Paiva KM, Besen E, Moreira E, et al. Incidência de câncer nas regiões brasileiras e suas associações às Políticas de Saúde. *Saúde Pesqui*. 2021; 14(3):e7969.
32. Paiva W, Cunha T. Mistanásia em tempos de pandemia do COVID-19: reflexões iniciais a partir da Bioética Global. In: Dadalto L, organizador. *Bioética e COVID-19*. Indaiatuba: Foco; 2020.
33. Oliveira CC. Mistanásia: Responsabilidade Estatal e o Acesso à Saúde. Londrina: Thoth; 2020.
34. Wanssa M. Morte digna e lugar onde morrer: percepção de pacientes oncológicos e de seus familiares. [tese]. Porto: Universidade do Porto; 2012.
35. Lopes-Júnior LC, Rosa GS, Pessanha RM, et al. Efficacy of the complementary therapies in the management of cancer pain in palliative care: a systematic review. *Rev. Lat. Am. Enfermagem*. 2020; 28:1-17.
36. Mendes BV, Donato SCT, Silva TL, et al. Bem-estar espiritual, sintomas e funcionalidade de pacientes em cuidados paliativos. *Rev. Bras. Enferm*. 2023; 76(2):e20220007.

Recebido em 23/10/2023

Aprovado em 15/04/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Maria Lucia Frizon Rizzotto

Insegurança alimentar e nutricional e os comportamentos de risco e proteção para saúde em adolescentes durante a pandemia de covid-19

Food and nutritional insecurity and health risk behaviors in adolescents during the COVID-19 pandemic

Crizian Saar Gomes¹, Alanna Gomes da Silva², Marilisa Berti de Azevedo Barros³, Célia Landmann Szwarcwald⁴, Deborah Carvalho Malta²

DOI: 10.1590/2358-289820241418373P

RESUMO A pandemia de covid-19 reduziu o acesso aos alimentos e aumentou a insegurança alimentar. Objetivou-se analisar a prevalência de Insegurança Alimentar e Nutricional (IAN) em adolescentes brasileiros durante a pandemia de covid-19 segundo características sociodemográficas e examinar a associação entre IAN e comportamentos de risco e proteção em adolescentes brasileiros durante esse período. Estudo transversal com dados da ‘ConVid Adolescentes – Pesquisa de Comportamentos’, realizada entre junho e outubro de 2020, utilizando-se um questionário autoaplicado por meio de celular ou computador. A população foi adolescentes de 12 a 17 anos, totalizando 9.470. Utilizou-se a Razão de Prevalência (RP) e Intervalo de Confiança de 95% (IC95%), por meio da regressão de Poisson com variância robusta. A prevalência de IAN (26,1%) foi mais elevada entre os adolescentes da raça/cor preta e parda e que estudam em escola pública. Os adolescentes que relataram IAN tiveram menor consumo de hortaliças e frutas, menor prática de atividade física e maior uso de cigarros e álcool. A IAN foi mais prevalente em adolescentes com piores condições socioeconômicas, e, adolescentes com IAN apresentaram maior frequência de comportamentos de risco para a saúde evidenciando a importância de políticas públicas intersetoriais para a redução de desigualdades.

PALAVRAS-CHAVE Insegurança alimentar. Comportamentos de risco à saúde. Adolescente. Covid-19.

ABSTRACT *The COVID-19 pandemic has reduced access to food and increased food insecurity. The objectives were to analyse the prevalence of Food and Nutritional Insecurity (FNI) in Brazilian adolescents during the COVID-19 pandemic according to sociodemographic characteristics and to examine the association between FNI and risk and protective behaviours in Brazilian adolescents during the that period. Cross-sectional study with data from the ‘ConVid teenagers – Behaviour Survey,’ carried out between June and October 2020, using a self-administered questionnaire via mobile phone or computer. The population was made up of teenagers aged 12 to 17, totalling 9,470. The Prevalence Ratio (PR) and 95% Confidence Interval (95% CI) were used, using Poisson regression with robust variance. The prevalence of FNI (26.1%) was higher among adolescents of black and mixed race/colour and who study in public schools. Adolescents who reported FNI had lower consumption of vegetables and fruits, less physical activity, and greater use of cigarettes and alcohol. FNI was more prevalent in adolescents with worse socioeconomic conditions, and adolescents with FNI showed a higher frequency of health risk behaviours, highlighting the importance of intersectoral public policies to reduce inequalities.*

KEYWORDS *Food insecurity. Health risk behaviors. Adolescent. COVID-19.*

¹Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Belo Horizonte (MG), Brasil.
criziansaar@gmail.com

²Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública - Belo Horizonte (MG), Brasil.

³Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Saúde Coletiva - Campinas (SP), Brasil.

⁴Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

A Insegurança Alimentar e Nutricional (IAN), entendida como a falta de acesso, regular e permanente, a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais¹, constitui-se como um problema de saúde pública crítico e está condicionada, principalmente, a piores condições socioeconômicas^{2,3}. Dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares apontam que, no Brasil, em 2018, o percentual de domicílios com IAN foi de 36,7%⁴, e em 2020, passou para 55,2% (116,8 milhões de brasileiros). Destes, 43,4 milhões não tinham alimentos em quantidade suficiente, e 9% (19 milhões) vivenciaram IAN grave⁵.

A pandemia de covid-19 representa um desafio sanitário mundial que acarretou mudanças nos indicadores de saúde, piora nos padrões de saúde da população adulta e jovem^{6,7}, além de ampliar a vulnerabilidade social e econômica. Esse cenário também contribuiu para a elevação nos preços dos alimentos, a diminuição da renda e o aumento do desemprego; e, por consequência, reduziu o acesso aos alimentos e aumentou a IAN e a fome^{8,9}.

Estudos apontam que a IAN está associada a fatores de risco para saúde ao longo da vida, como o excesso de peso, dieta de baixa qualidade, uso de cigarros, bebidas alcóolicas e prática insuficiente de atividade física¹⁰⁻¹³.

No Brasil, até o momento, poucos estudos foram feitos sobre IAN e comportamentos de risco em adolescentes no cenário de pandemia. Ademais, é importante destacar que a maioria dos esforços de pesquisa e programas de IAN são direcionados a adultos e crianças, sendo os adolescentes com IAN um grupo negligenciado da população. No entanto, a adolescência é uma fase da vida definida pelo desenvolvimento físico, social e psicológico, quando as escolhas autônomas sobre o engajamento em comportamentos de saúde são formadas e, muitas vezes, continuam na idade adulta¹⁴. Por isso, entender essas relações em adolescentes em um contexto de aumento da

vulnerabilidade e dos comportamentos de risco à saúde pode ajudar a orientar abordagens de prevenção e promoção que impactarão nos desfechos no presente e na idade adulta.

Nesse sentido, este estudo teve como objetivos: 1) analisar a prevalência de IAN em adolescentes brasileiros durante a pandemia de covid-19 segundo características sociodemográficas; 2) examinar a associação entre IAN e comportamentos de risco e proteção em adolescentes brasileiros durante a pandemia de covid-19.

Material e métodos

Delineamento do estudo

Estudo transversal com dados do inquérito de Saúde 'ConVid Adolescentes – Pesquisa de Comportamentos'.

Contexto

A ConVid Adolescentes – Pesquisa de Comportamentos teve como objetivo analisar as mudanças ocorridas na vida dos adolescentes brasileiros no período de distanciamento social consequente à pandemia de covid-19 no Brasil.

A coleta de dados foi realizada no período de 27 de junho a 12 de outubro de 2020, utilizando-se um questionário de autopreenchimento por meio de celular ou computador com acesso à internet.

O método de amostragem utilizado foi a 'bola de neve virtual'¹⁵, que iniciou pelo envio de convites da pesquisa a pais de adolescentes, que, após aceitarem a participação do(s) filho(s), convidaram outros pais pelas redes sociais, compondo a cadeia de recrutamento. Para iniciar a cadeia, os pesquisadores do estudo escolheram pesquisadores de diferentes estados do Brasil, com experiência prévia em estudos com adolescentes. Além disso, escolas públicas e privadas foram convidadas

a participar por meio de um *e-mail* institucional da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). As escolas que decidiram participar da pesquisa enviaram os questionários eletrônicos aos seus alunos.

Em razão de a amostragem por redes não ser probabilística, foram realizadas ponderações calculadas por procedimentos de pós-estratificação a fim de obter a mesma distribuição dos adolescentes por região de residência, sexo, faixas etárias (12-15 anos; 16-17 anos) e tipos de escola (pública/privada), utilizando dados da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar 2015 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Maiores detalhes sobre a metodologia da pesquisa podem ser encontrados no *site* oficial da ConVid Adolescentes – Pesquisa de Comportamentos (<https://convid.fiocruz.br/>).

Participantes

A população-alvo do estudo foi constituída por adolescentes de 12 a 17 anos residentes no Brasil durante a pandemia de covid-19. Participaram da pesquisa 9.470 adolescentes.

Variáveis

A IAN, foi avaliada a partir da pergunta: “alguma vez, houve a preocupação de que a comida acabasse antes que seus pais tivessem dinheiro para comprar mais?”. As opções de respostas eram: sim; não, não sei/não quero informar, sendo não sei/não quero informar agrupadas em ‘não’. Considerou-se IAN quando o adolescente respondeu ‘sim’.

Foram considerados comportamentos de risco ou proteção durante a pandemia as seguintes variáveis:

1. Consumo regular de hortaliças: consumo de hortaliças em cinco ou mais dias da semana;
2. Consumo regular de frutas: consumo de frutas em cinco ou mais dias da semana;
3. Consumo regular de feijão: consumo de feijão em cinco ou mais dias da semana;
4. Consumo regular de embutidos: consumo de embutidos (presunto, salame, mortadela, salsicha, linguiça ou hambúrguer) em cinco ou mais dias da semana;
5. Consumo regular de congelados: consumo de alimentos congelados (pizza congelada ou lasanha congelada ou outro prato pronto congelado) em cinco ou mais dias da semana;
6. Consumo regular de salgadinhos ‘de pacote’: consumo de salgadinhos ‘de pacote’ em cinco ou mais dias da semana;
7. Consumo regular de doces: consumo de doces (chocolates, biscoitos doces, pedaços de torta) em cinco ou mais dias da semana;
8. Consumo regular de achocolatado: consumo de achocolato em cinco ou mais dias da semana;
9. Consumo regular de refrigerantes: consumo de refrigerante em cinco ou mais dias da semana;
10. Prática de atividade física no lazer suficiente: prática de exercício físico por pelo menos uma hora em cinco ou mais dias por semana, ou seja, 300 minutos por semana. Ex.: praticar esportes, jogar bola, andar de bicicleta, caminhar, correr, aula de educação física, ir para escola caminhando ou de bicicleta;
11. Comportamento sedentário: hábito de ficar três ou mais horas por dia sentado(a) assistindo televisão jogando videogame, usando computador, celular, *tablet* ou fazendo outras atividades sentado(a);
12. Uso de cigarros: uso de cigarros, independentemente da quantidade;

13. Consumo de bebidas alcoólicas: consumo de bebidas alcóolicas, independentemente da quantidade.

As variáveis sociodemográficas analisadas foram:

1. Sexo: feminino; masculino;
2. Faixas etárias: 12 a 15 anos; 16 a 17 anos;
3. Raça/cor da pele: branca; preta; parda; outras;
4. Tipo de escola: pública; privada.

Análises dos dados

Para a descrição dos dados, utilizaram-se frequência relativa e Intervalo de Confiança de 95% (IC95%). Inicialmente, foi estimada a prevalência de IAN segundo as variáveis sociodemográficas e analisada a associação a partir da Razão de Prevalência (RP) e IC95%, obtido por meio da regressão de Poisson com variância robusta. Posteriormente, foi estimada a prevalência dos comportamentos de risco entre aqueles que têm e não têm IAN, e verificada a associação por meio da RP (IC95%) bruta e ajustada por sexo, faixa etária, tipo de escola e raça/cor. Todas as análises foram realizadas utilizando o procedimento 'svy' (considerando os pesos pós-estratificação) adequado para análises de dados obtidos por

plano amostral complexo no *software* Stata 15.1. O nível de significância adotado foi de 5%.

Aspectos éticos

Para que o adolescente respondesse ao questionário, era necessário que um dos pais, ou algum adulto responsável, aceitasse o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, em seguida, o adolescente também precisava aceitar o TCLE. Todas as respostas eram anônimas e sem qualquer tipo de identificação dos participantes.

A ConVid Adolescentes – Pesquisa de Comportamentos foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para Seres Humanos do Ministério da Saúde (número do Parecer: 4.100.515 – CAAE: 30598320.1.0000.5241).

Resultados

Foram avaliados 9.470 adolescentes. Destes, 50,2% eram do sexo feminino, 67,7% tinham entre 12 e 15 anos de idade, 46,6% eram da raça/cor parda, 85,9% estudavam em escolas públicas e 26,1% relataram IAN (*tabela 1*).

A prevalência de IAN foi mais elevada entre os adolescentes da raça/cor preta (38,3%; RP: 1,94; IC95%: 1,63 – 2,30) e parda (29,3%; RP: 1,49; IC95%: 1,30 – 1,69) e que estudam em escola pública (28,7%; RP: 2,73; IC95%: 2,29 – 3,25). Não houve diferença segundo sexo e faixa etária (*tabela 1*).

Tabela 1. Insegurança alimentar segundo características sociodemográficas. ConVid Adolescentes - Pesquisa de Comportamentos, 2020

Variáveis	Total	Insegurança alimentar	
		Sim % (IC95%)	RP (IC95%)
Total		26,1 (24,6 - 27,6)	
Sexo			
Meninos	49,7 (48,1 - 51,4)	25,5 (23,1 - 28,1)	-
Meninas	50,3 (48,6 - 51,9)	26,6 (25,0 - 28,4)	1,04 (0,93 - 1,17)
Faixa etária			
12-15 anos	67,7 (66,3 - 69,0)	26,0 (24,0 - 28,0)	-
16-17 anos	32,3 (30,9 - 33,7)	26,3 (24,3 - 28,3)	1,01 (0,90 - 1,12)
Raça/cor da pele			
Branca	40,1 (38,5 - 41,7)	19,7 (17,8 - 21,8)	-
Preta	9,7 (8,8 - 10,7)	38,3 (33,1 - 43,7)	1,94 (1,63 - 2,30)
Parda	46,6 (44,9 - 48,3)	29,3 (27,0 - 31,8)	1,49 (1,30 - 1,69)
Outros	3,6 (3,0 - 4,4)	20,7 (14,8 - 28,2)	1,05 (0,74 - 1,47)
Tipo de escola			
Privada	14,1 (13,3 - 14,9)	10,5 (8,8 - 12,3)	-
Pública	85,9 (85,1 - 86,7)	28,7 (27,0 - 30,4)	2,73 (2,29 - 3,25)

Fonte: elaboração própria.

A *tabela 2* apresenta a associação entre IAN e comportamentos de riscos para a saúde em adolescentes brasileiros. Os adolescentes que relataram IAN tiveram menor consumo regular de hortaliças (RPaj: 0,83; IC95%: 0,73 - 0,94) e

frutas (RPaj: 0,85; IC95%: 0,75 - 0,96), menor prática de atividade física no lazer (RPaj: 0,79; IC95%: 0,65 - 0,95) e maior uso de cigarros (RPaj: 2,12; IC95%: 1,49 - 3,02) e bebidas alcoólicas (RPaj: 1,19; IC95%: 1,01 - 1,40).

Tabela 2. Comportamentos de risco e proteção segundo presença de insegurança alimentar e nutricional. ConVid Adolescentes - Pesquisa de Comportamentos, 2020

	Insegurança alimentar			
	Sim % (IC95%)	Não % (IC95%)	RPb (IC95%)	RPaj (IC95%)
Consumo de hortaliças	26,1 (23,3 - 29,1)	32,1 (30,4 - 33,8)	0,81 (0,72 - 0,92)	0,83 (0,73 - 0,94)
Consumo de frutas	27,8 (24,9 - 30,9)	32,9 (31,2 - 34,7)	0,85 (0,75 - 0,95)	0,85 (0,75 - 0,96)
Consumo de feijão	61,1 (57,9 - 64,1)	56,2 (54,3 - 58,1)	1,09 (1,02 - 1,16)	1,05 (0,99 - 1,12)
Consumo de embutidos	17,3 (14,6 - 20,3)	14,6 (13,3 - 16,1)	1,18 (0,97 - 1,43)	1,18 (0,97 - 1,44)
Consumo de congelados	4,1 (2,9 - 5,7)	4,6 (3,8 - 5,6)	0,88 (0,61 - 1,28)	0,84 (0,57 - 1,24)
Consumo de salgadinhos	7,1 (5,4 - 9,4)	6,4 (5,4 - 7,5)	1,12 (0,81 - 1,56)	1,08 (0,77 - 1,51)
Consumo de doces	18,4 (15,7 - 21,4)	16,8 (15,5 - 18,3)	1,10 (0,92 - 1,30)	1,15 (0,96 - 1,38)
Consumo de achocolatado	15,7 (13,3 - 18,4)	17,8 (16,5 - 19,2)	0,88 (0,74 - 1,05)	0,96 (0,80 - 1,15)
Consumo de refrigerantes	11,4 (9,3 - 13,7)	11,5 (10,4 - 12,8)	0,99 (0,79 - 1,23)	0,97 (0,77 - 1,22)

Tabela 2. Comportamentos de risco e proteção segundo presença de insegurança alimentar e nutricional. ConVid Adolescentes – Pesquisa de Comportamentos, 2020

	Insegurança alimentar			
	Sim % (IC95%)	Não % (IC95%)	RPb (IC95%)	RPaj (IC95%)
Atividade física no lazer	13,0 (10,9 - 15,4)	16,7 (16,4 - 18,2)	0,78 (0,64-0,94)	0,79 (0,65 - 0,95)
Comportamento sedentário	69,3 (66,1 - 72,3)	70,4 (68,5 - 72,1)	0,98 (0,93-1,03)	1,02 (0,97 - 1,08)
Uso de cigarro	4,13 (3,1 - 5,4)	1,8 (1,4 - 2,3)	2,28 (1,60-3,25)	2,12 (1,49 - 3,02)
Consumo de bebida alcoólica	14,8 (12,9 - 17,0)	12,1 (11,1 - 13,2)	1,23 (1,04-1,45)	1,19 (1,01 - 1,40)

Fonte: elaboração própria.

Nota: RP ajustado por sexo, idade, tipo de escola e raça/cor.

Discussão

Dos adolescentes avaliados neste estudo, 26,1% relataram IAN, sendo mais elevado entre aqueles de cor da pele preta e parda, estudantes de escolas públicas e moradores da região Sudeste. A IAN foi associada com um menor consumo de frutas e hortaliças, prática insuficiente de atividade física no lazer, tabagismo e consumo de bebidas alcóolicas.

A prevalência de IAN foi alta entre os adolescentes, sugerindo que uma parcela significativa dos adolescentes brasileiros não tem apresentado o direito à alimentação adequada garantido. Em 2014, a saída do Brasil do Mapa da Fome da Organização das Nações Unidas (ONU) foi um marco mundialmente reconhecido no caminho à promoção do direito humano à alimentação adequada e saudável¹⁶. No entanto, com as medidas de austeridade, desmonte das políticas de combate à fome, em 2018, o Brasil voltou ao mapa da fome¹⁷. Além disso, a situação pode ter sido agravada pela pandemia de covid-19 em 2020¹⁸. Relatório global sobre crises alimentares estimava que o número de pessoas vivendo em situação de IAN poderia dobrar em 2020 na comparação com 2019, por causa da crise econômica ocasionada pela pandemia de covid-19^{18,19}.

A IAN foi maior nos adolescentes de raça/cor preta e parda e nos estudantes de escola pública. Ao considerar raça/cor preta e parda

e escola pública como proxy de pior condição socioeconômica e maior vulnerabilidade, esses achados evidenciam a desigualdade no acesso à alimentação. A literatura evidencia piores condições de saúde e de trabalho, menores salários, menor renda, maiores probabilidades de pobreza e menor acesso aos serviços de saúde em função da raça ou cor da pele, especialmente entre os indivíduos da raça/cor preta e parda²⁰⁻²³. Dados nacionais, considerando o contexto da pandemia, evidenciaram que os domicílios chefiados por pretos e pardos sofreram mais com a falta de alimentos, com a fome e com a insegurança alimentar moderada ou grave²⁴.

No que se refere a maior prevalência de IAN em adolescentes de escolas públicas, isso também está relacionado com as condições socioeconômicas. No Brasil, o Programa Nacional de Alimentação Escolar assegura a oferta de uma alimentação adequada e saudável, garantindo a segurança alimentar e nutricional, em conjunto com ações de educação em saúde aos estudantes da rede pública de ensino²⁵. Contudo, durante a pandemia, houve a interrupção das atividades educacionais em decorrência da emergência sanitária do País. Nessa conjuntura, como a alimentação ofertada nas escolas, muitas vezes, é a única refeição completa a que os alunos podem ter acesso, o isolamento social limitou o acesso aos alimentos e, conseqüentemente, aumentou

a insegurança alimentar e a fome²⁶. Assim, os adolescentes mantiveram-se em casa e foram expostos ao maior risco de insegurança alimentar.

Os resultados do presente estudo mostram que os comportamentos de risco para saúde durante a pandemia foram mais prevalentes em adolescentes que relataram IAN. As associações significativas entre adolescentes com relato de IAN e menor consumo de frutas e hortaliças podem ser explicadas pela impossibilidade financeira de compra, visto que esses são alimentos caros²⁷. As frutas e as hortaliças são fatores protetores para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) por conterem nutrientes fundamentais para a saúde, como vitaminas, minerais e fibras. No entanto, o seu consumo é fortemente influenciado por fatores econômicos, como a renda familiar e o preço dos alimentos²⁷. No Brasil, no período pré-pandemia, já se observava a redução do consumo desses alimentos em decorrência da crise econômica e da implementação de políticas de austeridade²⁸, e durante a pandemia, houve redução da alimentação saudável em adultos e adolescentes brasileiros^{6,7}.

Um estudo realizado com a população adulta dos Estados Unidos da América durante a pandemia também revelou que indivíduos com insegurança alimentar consumiam frutas e vegetais menos vezes por dia e que eles eram mais propensos a perceberem o custo como uma barreira para comer frutas e vegetais²⁹. Esses resultados destacam a necessidade de uma assistência alimentar adequada e de estabelecer um conjunto de políticas macroeconômicas para superação da IAN, que promova melhores condições de renda, redução nos preços dos alimentos e da pobreza.

Os adolescentes que reportaram IAN apresentaram menores práticas de atividade física e maior comportamento sedentário. A associação entre IAN e inatividade física também foi encontrada em outros estudos^{13,30}. Contudo, essa relação ainda é pouco evidenciada na literatura, o que necessitaria de mais pesquisas que expliquem os mecanismos fisiológicos

e psicológicos que podem estar envolvidos nessa associação. Uma possível explicação para esse achado é devido à alta densidade energética que a atividade física demanda, e os indivíduos com IAN, pela escassez de alimentos e nutrientes, sentem-se indispostos para praticar atividade física^{30,31}. Estudos também apontam que a atividade física entre adolescentes se associa com maior escolaridade dos pais, maior renda e melhores condições socioeconômicas³². Ademais, ao considerar o cenário de pandemia, a maior parte dos adolescentes se manteve em isolamento social sem a realização de atividades físicas e sem interação com os amigos⁷.

Os resultados também mostraram maior hábito de fumar e uso de bebidas alcoólicas em adolescentes que reportaram IAN. O fumo e o consumo de bebidas alcoólicas são fatores de riscos para a saúde, incluindo as DCNT³³. Um período de crise, seja econômica ou sanitária, pode predispor ao aumento desses hábitos devido às influências do tabaco e do álcool no estado de ânimo do indivíduo, ocasionando a sensação de alívio do estresse, da angústia e da tristeza^{34,35}. Como determinante social da saúde, a IAN tem uma relação complexa com outros fatores sociais e econômicos nos níveis individual e coletivo que influenciam o comportamento de saúde, incluindo o uso de substâncias³⁶. Além disso, estudos evidenciam que os indivíduos com IAN priorizam a compra de alimentos não nutritivos, como álcool e tabaco, o que pode ser explicado pela falta de recursos para planejar, priorizar e viver a própria vida^{37,38}. Os resultados também reforçam a importância das ações de promoção da saúde direcionadas à adoção ou manutenção de comportamentos saudáveis, bem como as estratégias para a prevenção do uso do tabaco e álcool e a promoção da cessação do fumo e do alcoolismo.

É importante destacar algumas limitações deste estudo. Primeiro, o uso de um questionário virtual pode não atingir todos os estratos populacionais, visto que nem todos têm acesso à internet, levando à sub ou superestimação da

proporção dos indicadores; no entanto, essa limitação foi minimizada em razão do uso das ponderações pós-estratificação. Segundo, a pesquisa verificou apenas a frequência de consumo dos alimentos na dieta dos adolescentes, e não a quantidade. Terceiro, a IAN foi avaliada por apenas uma questão, e esta não foi especificamente para o período da pandemia, dessa forma, novos estudos utilizando escalas validadas são importantes e necessários.

A ConVid Adolescentes – Pesquisa de Comportamentos foi uma das primeiras pesquisas a avaliar em todo o País temas como alimentação, atividade física, tabaco, álcool, saúde mental e distanciamento social na pandemia, possibilitando analisar determinantes da IAN nesse grupo etário em momento tão singular no Brasil e no mundo.

Conclusões

A IAN esteve presente em 26,1% dos adolescentes brasileiros e foi mais prevalente em adolescentes de piores condições socioeconômicas. Os adolescentes com IAN apresentaram maior frequência de comportamentos de risco para a saúde, como menor consumo de frutas e hortaliças, prática insuficiente de

atividade física no lazer, tabagismo e consumo de bebidas alcóolicas.

Esses resultados indicam a importância de uma assistência adequada, com a integração de políticas públicas intersetoriais para a redução de desigualdades socioeconômicas que se agravaram ainda mais com a pandemia de covid-19 e o fortalecimento das medidas de proteção e de promoção da saúde.

Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela bolsa de Pós-Doutorado Júnior de Alanna Gomes da Silva e de produtividade de Deborah Carvalho Malta.

Colaboradoras

Gomes CS (0000-0001-6586-4561)*, Silva AG (0000-0003-2587-5658)*, Barros MBA (0000-0003-3974-195X)*, Szwarcwald CL (0000-0002-7798-2095)* e Malta DC (0000-0002-8214-5734)* contribuíram igualmente para elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013. [acesso em 2022 set 19]. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf.
2. Nascimento AL, Sousa ASL. Segurança alimentar e nutricional: pressupostos para uma nova cidadania? Cienc. Cult. 2010; 64(4):34-8.
3. Bezerra MS, Jacob MCM, Ferreira MAF, et al. Insegurança alimentar e nutricional no Brasil e sua correlação com indicadores de vulnerabilidade. Ciênc. saúde coletiva. 2020 [acesso em 2022 set 19];

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- 25(10):3833-3846. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020001003833&tlng=pt.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: análise da segurança alimentar no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2020. [acesso em 2022 set 19]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101749.pdf>.
 5. Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar. Vigisan – Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil: insegurança alimentar e Covid-19 no Brasil. [local desconhecido]: Rede Penssan; 2021. [acesso em 2022 set 19]. Disponível em: http://olheparaafome.com.br/VIGISAN_Inseguranca_alimentar.pdf.
 6. Malta DC, Szwarcwald CL, Barros MBA, et al. A pandemia da COVID-19 e as mudanças no estilo de vida dos brasileiros adultos: um estudo transversal, 2020. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2020 [acesso em 2023 jan 13]; 29(4):e2020407. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000400315&tlng=pt.
 7. Malta DC, Gomes CS, Barros MBA, et al. The COVID-19 pandemic and changes in the lifestyles of Brazilian adolescents. *Rev. Bras. Epidemiol*. 2021 [acesso em 2023 jan 13]; 24:E210012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2021000100203&tlng=en.
 8. Alpino TMA, Santos CRB, Barros DC, et al. COVID-19 e (in)segurança alimentar e nutricional: ações do Governo Federal brasileiro na pandemia frente aos desmontes orçamentários e institucionais. *Cad. Saúde Pública*. 2020 [acesso em 2023 jan 13]; 36(8):e00161320. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000805013&tlng=pt.
 9. Santos LP, Schäfer AA, Meller FO, et al. Tendências e desigualdades na insegurança alimentar durante a pandemia de COVID-19: resultados de quatro inquéritos epidemiológicos seriados. *Cad. Saúde Pública*. 2021 [acesso em 2023 jan 13]; 37(5):e00268520. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2021000505003&tlng=pt.
 10. Rocha NP, Milagres LC, Novaes JF, et al. Association between food and nutrition insecurity with cardiometabolic risk factors in childhood and adolescence: a systematic review. *Rev. Paul. Pediatr*. 2016 [acesso em 2023 jan 13]; 34(2):225-33. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2359348216000075>.
 11. Santana DD, Barros EG, Salles-Costa R, et al. Mudanças na prevalência de excesso de peso em adolescentes residentes em área de alta vulnerabilidade a insegurança alimentar. *Ciênc. saúde coletiva*. 2021 [acesso em 2023 jan 13]; 26(12):6189-6198. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232021001206189&tlng=pt.
 12. Bergmans RS, Coughlin L, Wilson T, et al. Cross-sectional associations of food insecurity with smoking cigarettes and heavy alcohol use in a population-based sample of adults. *Drug Alcohol Depend*. 2019 [acesso em 2023 jan 13]; 205:107646. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0376871619304235>.
 13. Gunter KB, Jackson J, Tomayko EJ, et al. Food insecurity and physical activity insecurity among rural Oregon families. *Prev. Med. Rep*. 2017 [acesso em 2023 jan 13]; 8:38-41. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2211335517301183>.
 14. Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet*. 2016 [acesso em 2023 jan 13]; 387(10036):2423-2478. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673616005791>.
 15. Costa BRL. Bola de neve virtual: o uso das redes sociais virtuais no processo de coleta de dados de uma pesquisa científica. *RIGS*. 2018 [acesso em 2023 jan 13]; 7(1):15-37. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/rigs/article/view/24649>.

16. Food and Agriculture Organization. The State of Food Insecurity in the World. Rome: FAO; 2014. [acesso em 2023 jan 12]. Disponível em: <https://www.fao.org/3/i4030e/i4030e.pdf>.
17. Food and Agriculture Organization of the United Nations. The State of Food Security and Nutrition in the World (SOFI). Rome: FAO; 2021. [acesso em 2023 jan 12]. Disponível em: <https://www.fao.org/3/cb4474en/cb4474en.pdf>.
18. The Lancet Global Health. Food insecurity will be the sting in the tail of COVID-19. *Lancet Glob Health*. 2020 [acesso em 2023 jan 12]; 8(6):e737. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2214109X2030228X>.
19. Food and Agriculture Organization of the United Nations. The State of Food Security and Nutrition in the World 2022. Repurposing food and agricultural policies to make healthy diets more affordable. Rome: FAO; 2022. [acesso em 2022 set 19]. Disponível em: <https://www.fao.org/documents/card/en/cc0639en>.
20. Malta DC, Moura L, Bernal RTI. Differentials in risk factors for chronic non-communicable diseases from the race/color standpoint. *Ciênc. saúde coletiva*. 2015; 20(3):713-725.
21. Silva SO, Santos SMC, Gama CM, et al. A cor e o sexo da fome: análise da insegurança alimentar sob o olhar da interseccionalidade. *Cad. Saúde Pública*. 2022; 38(7):e00255621.
22. Cabral U. Pessoas pretas e pardas continuam com menor acesso a emprego, educação, segurança e saneamento. Agência IBGE de Notícias. 2022 nov 11. [acesso em 2023 jan 12]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/35467-pessoas-pretas-e-pardas-continuam-com-menor-acesso-a-emprego-educacao-seguranca-e-saneamento>.
23. Saraiva A. Trabalho, renda e moradia: desigualdades entre brancos e pretos ou pardos persistem no país. Agência IBGE de Notícias. 2020 nov 12. [acesso em 2023 jan 12]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/29433-trabalho-renda-e-moradia-desigualdades-entre-brancos-e-pretos-ou-pardos-persistem-no-pais>. 2020.
24. Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar. II Vigisan – Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil. Vol. 1. São Paulo: Rede Penssan; 2022.
25. Brasil. Ministério da Educação. Programa Nacional de Alimentação Escolar. Brasília, DF: Ministério da Educação; 2024.
26. Frutuoso MFP, Viana CVA. Quem inventou a fome são os que comem: da invisibilidade à enunciação – uma discussão necessária em tempos de pandemia. *Interface (Botucatu)*. 2021; 25:e200256.
27. Claro RM, Monteiro CA. Renda familiar, preço de alimentos e aquisição domiciliar de frutas e hortaliças no Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2010 [acesso em 2023 jan 12]; 44(6):1014-1020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000600005&lng=pt&tlng=pt.
28. Silva AG, Teixeira RA, Prates EJS, et al. Monitoramento e projeções das metas de fatores de risco e proteção para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis nas capitais brasileiras. *Ciênc. saúde coletiva*. 202; 26(4):1193-1206.
29. Litton MM, Beavers AW. The Relationship between Food Security Status and Fruit and Vegetable Intake during the COVID-19 Pandemic. *Nutrients*. 2021 [acesso em 2023 jan 12]; 13(3):712. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2072-6643/13/3/712>.
30. Fram MS, Ritchie LD, Rosen N, et al. Child experience of food insecurity is associated with child diet and physical activity. *J. Nutr*. 2015 [acesso em 2023 jan 12]; 145(3):499-504. Disponível em: <https://academic.oup.com/jn/article/145/3/499/4743692>.
31. To QG, Frongillo EA, Gallegos D, et al. Household

- food insecurity is associated with less physical activity among children and adults in the U.S. population. *J. Nutr.* 2014 [acesso em 2023 jan 12]; 144(11):1797-1802. Disponível em: <https://academic.oup.com/jn/article/144/11/1797/4615281>.
32. Hallal PC, Knuth AG, Cruz DKA, et al. Prática de atividade física em adolescentes brasileiros. *Ciênc. saúde coletiva.* 2010; 15(supl2):3035-3042.
33. Malta DC, Moraes Neto OL, Silva Junior JB. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2011; 20(4):425-438.
34. Petrelli F, Grappasonni I, Peroni A, et al. Survey about the potential effects of economic downturn on alcohol consumption, smoking and quality of life in a sample of Central Italy population. *Acta Biomed.* 2018; 89(1):93-98.
35. Goeij MCM, Suhrcke M, Toffolutti V, et al. How economic crises affect alcohol consumption and alcohol-related health problems: A realist systematic review. *Soc. Sci. Med.* 2015 [acesso em 2023 jan 12]; 131:131-146. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953615001082>.
36. Adler NE, Glymour MM, Fielding J. Addressing Social Determinants of Health and Health Inequalities. *JAMA.* 2016 [acesso em 2023 jan 12]; 316(16):1641. Disponível em: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2016.14058>.
37. Kim-Mozeleski JE, Pandey R. The Intersection of Food Insecurity and Tobacco Use: A Scoping Review. *Health Promot. Pract.* 2020 [acesso em 2023 jan 12]; 21(1_suppl):124S-138S. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1524839919874054>.
38. Bjerregaard P, Olesen I, Larsen CVL. Association of food insecurity with dietary patterns and expenditure on food, alcohol and tobacco amongst indigenous Inuit in Greenland: results from a population health survey. *BMC Public Health.* 2021 [acesso em 2023 jan 12]; 21(1):1094. Disponível em: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-021-11123-x>.

Recebido em 28/02/2023

Aprovado em 22/03/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Jamilli Silva Santos

Prescrição de benzodiazepínicos em Unidades Básicas de Saúde em uma comunidade com alta vulnerabilidade social

Prescription of benzodiazepines in Health Centers in a community with high social vulnerability

André Luiz Bigal¹, Solange Aparecida Nappo¹

DOI: 10.1590/2358-289820241418509P

RESUMO Os benzodiazepínicos, medicamentos mais prescritos no mundo, são extremamente úteis no manejo de patologias relativas ao sistema nervoso central, porém, nem sempre sua prescrição está relacionada com uma patologia. Este estudo buscou identificar os fatores influenciadores na prescrição de benzodiazepínicos na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde e suas consequências, em uma região com alta vulnerabilidade social. Foram utilizados os princípios de um estudo qualitativo com amostra intencional de médicos prescritores construída com a ajuda dos Informantes-Chave e com tamanho (n = 10) definido pelo princípio da saturação teórica. A coleta de dados ocorreu mediante entrevistas semiestruturadas nas unidades básicas onde os profissionais atuavam. Os temas identificados relativos aos motivos da prescrição foram: relativos ao paciente (demanda do paciente; problemas sociais); relativos ao medicamento (dependência); relativos ao prescritor (uso irracional). A prescrição do benzodiazepínico deu-se devido às baixas condições sociais dos usuários nessa região e as consequências dessa conjuntura (vulnerabilidade social, problemas angustiantes de difícil resolução). Educação permanente para profissionais, ações interprofissionais e integralidade do cuidado foram demandas dos profissionais. O problema extrapola a ação do médico, e são sugeridas políticas públicas que garantam, às populações com essas características, acesso a saúde, trabalho e educação.

PALAVRAS-CHAVE Psicotrópicos. Atenção Primária à Saúde. Uso de medicamentos. Transtornos relacionados ao uso de substâncias. Vulnerabilidade social.

ABSTRACT Benzodiazepines, the most prescribed medications in the world, are extremely useful in managing conditions related to the central nervous system, however, their prescription is not always related to a pathology. This study sought to identify the factors influencing the prescription of benzodiazepines in Primary Care of the Unified Health System and their consequences, in a region with high social vulnerability. The principles of a qualitative study with intentional sampling of prescribing physicians were used, constructed with the help of Key Informants and with a size (N=10) defined by the principle of theoretical saturation. Collection took place through semi-structured interviews in the basic units where the professionals worked. The themes identified regarding the reasons for prescription were Patient-related (patient demand; social problems); Relating to medication (dependence); Relative to the prescriber (irrational use). The prescription of benzodiazepine was due to the low social conditions of users in this region and the consequences of this situation (social vulnerability, distressing problems with difficult resolution). Continuous education for professionals, interprofessional actions, and comprehensive care were demands of the professionals. The problem goes beyond the doctor's scope of action, and public policies that guarantee such populations access to health, work, and education are suggested.

KEYWORDS Psychotropic drugs. Primary Health Care. Drug utilization. Substance-related disorders. Social vulnerability.

¹Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Departamento de Medicina Preventiva (DMP) – São Paulo (SP), Brasil.
solange.nappo@unifesp.br



Introdução

Os Benzodiazepínicos (BZD) estão entre as drogas mais prescritas no mundo¹. São drogas psicoativas extremamente úteis no gerenciamento de várias patologias, mas a sua utilização se dá principalmente pelas suas propriedades como ansiolíticos e hipnóticos².

O aumento do uso de BZD nos Estados Unidos da América é considerado alarmante e resulta em uma constante crescente de morte por overdose nos últimos 20 anos³. Ainda, o Annual Report of the Spanish National Health Services registrou, em 2022, um aumento de 22% no consumo dessa classe de drogas – 35,1 Doses Diárias Definidas (DDI) por mil habitantes/dia (71% maior que o consumo da União Europeia)⁴.

O Brasil também aparece como grande consumidor dessa classe de medicamentos, com cerca de 13 milhões de pessoas consumindo BZD todos os dias⁵, tendo o clonazepam como o BZD mais consumido no País⁶.

O uso para fins não médicos também deve ser considerado quando se trata dessas drogas. O relatório do ‘Global Synthetic Drugs Assessment’⁷ de 2020 aponta o abuso de BZD como crescente, principalmente entre países emergentes.

Esses fatos levam à necessidade de uma prescrição criteriosa. Nesse sentido, há guias para a prescrição de BZD, as quais orientam o tratamento não farmacológico antes de iniciar um tratamento medicamentoso com essa droga, assim como recomendam o uso de BZD por curtos períodos⁸. Porém, há estudos que comprovam que essas recomendações não são seguidas e que, muitas vezes, os BZD são prescritos além do necessário durante longos períodos⁹. Esse fato não parece ser raro, uma vez que estudo no Brasil identificou que dos 870 pacientes entrevistados, 40% utilizavam BZD por tempo muito maior do que o recomendado¹⁰.

No entanto, nem sempre o consumo de BZD está associado a um diagnóstico médico. Silveira et al.¹¹ afirmam que, na atualidade, há

um aumento da medicalização para tratar desconfortos psíquicos, porém, ao mesmo tempo, essa medicalização aumenta o limiar de tolerância aos sofrimentos habituais, ao mal-estar existencial, ou seja, silencia a escuta da existência e da história do ser humano. Acrescenta, ainda, que esses medicamentos colocam o indivíduo em um estado de alienação ao pretender curá-lo da própria essência da condição humana¹¹. Trata-se de uma forma preocupante de utilização de um medicamento, cujo uso, nessa conjuntura, destina-se à ‘resolução’ de problemas psicossociais¹².

Quando se analisam as características sociais do Brasil, sobressai um país marcado pelas diferenças e vulnerabilidades sociais, nas quais se encontram indivíduos com dificuldades para lidar com as circunstâncias do cotidiano da vida em sociedade¹³. Essas condições sociais podem favorecer o consumo de medicamentos como os BZD¹².

Ao considerar que a vulnerabilidade social pode ser um fator importante no consumo de BZD, o presente estudo foi desenvolvido em uma região do município de São Paulo que é caracterizada por índice alto de vulnerabilidade social e, ainda, classificada como predominantemente pobre¹⁴.

Dessa forma, considerando este contexto introdutório, surge a pergunta: quais fatores, não relacionados com um diagnóstico médico, poderiam influenciar na prescrição de BZD nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) dessa região? O objetivo deste trabalho foi identificar os fatores que influenciam a prescrição de BZD em UBS no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e suas consequências em uma localidade com alta vulnerabilidade social.

Material e métodos

O entendimento do fenômeno, objeto deste estudo, depende do relato dos profissionais médicos, para conhecimento das razões que

os levaram a prescrever os BZD e em que circunstâncias essa prescrição ocorreu. Nesse sentido, a metodologia qualitativa foi a mais adequada devido às suas características que permitem levar em consideração a compreensão do problema por meio de conceitos, crenças, opiniões e significados daqueles que vivenciaram o problema^{15,16}.

Construção da amostra

Inicialmente, foram selecionados dez Informantes-Chave – IC (três agentes comunitários de saúde, quatro farmacêuticos, dois gerentes, e um médico) com conhecimento do tema da pesquisa e da população em estudo¹⁶. Esses IC foram convidados para uma entrevista informal, sem preparação prévia de roteiro¹⁵. Assim, questões relevantes para o entendimento do tema emergiram durante a entrevista informal.

As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas, e os dados gerados foram a base para preparação do roteiro utilizado na entrevista com os participantes da pesquisa (médicos prescritores de BZD das UBS)¹⁵.

Os IC também fizeram o papel de *Gatekeepers* – GK (isto é, eles ajudaram a acessar a população do estudo). Os GK eram conhecidos dessa população, o que facilitou a participação dos médicos neste estudo¹⁶. Cada GK identificou participantes em potencial, explicou a cada um deles o objetivo da pesquisa; e, se aceitassem o convite, eram apresentados aos pesquisadores.

Entrevistas em profundidade com os participantes da amostra foram conduzidas utilizando-se uma amostra intencional, selecionada por critérios¹⁶: a) os profissionais médicos deveriam atuar na UBS há mais de seis meses (esse critério foi estabelecido para evitar profissionais recém-entrados na UBS; b) e na sua prática clínica, deveriam prescrever BZD.

A coleta de dados levou aproximadamente seis meses para ser concluída, a qual se deu nas UBS de uma região do município de São Paulo.

Tamanho da amostra

A amostra foi desenhada a partir do conceito da saturação teórica. Nela, as entrevistas ocorreram até que as informações se tornaram repetitivas. Nesse momento, denominado ‘ponto de saturação teórica’, nenhuma nova informação foi identificada¹⁵. A ‘saturação teórica’ é uma ferramenta utilizada em investigações qualitativas a fim de estabelecer o tamanho amostral final do estudo¹⁶.

Na prática, o ponto de ‘saturação teórica’ é definido como a interrupção de inclusão de novos participantes quando os dados passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma redundância ou repetição, sendo irrelevante continuar com a coleta de dados¹⁷. Nesse caso, novos entrevistados da pesquisa pouco acrescentariam ao material já obtido, não mais contribuindo para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estão sendo coletados¹⁷.

Neste estudo, o ‘ponto de saturação teórica’ foi alcançado com uma amostra de dez participantes.

Instrumentos utilizados

Entrevistas semiestruturadas foram conduzidas usando um roteiro de tópicos que foi elaborado baseado na informação proveniente das entrevistas com os IC¹⁶. Questões adicionais emergiram para clarificar tópicos específicos durante cada entrevista, permitindo um aumento do entendimento¹⁶.

O conteúdo do roteiro foi composto dos seguintes grandes temas: dados sociodemográficos, formação acadêmica, prescrição de BZD e opinião do médico sobre o uso de BZD. Após a obtenção do consentimento do entrevistado, a entrevista foi gravada com uma duração média de 30 min.

Análise de conteúdo

Cada entrevistado foi identificado por um código alfanumérico no qual o primeiro

médico entrevistado foi codificado com M1, o segundo, com M2 e sequencialmente até o entrevistado M10. As entrevistas foram transcritas e lidas pelos pesquisadores e, depois, analisadas com base nos princípios da análise de conteúdo¹⁸.

Preparação do material

Procedeu-se ao desmembramento e ao reagrupamento das respostas de acordo com o tópico e a questão. Esse material deu origem a arquivos independentes para cada item do roteiro, cada um deles compreendendo respostas que corresponderam a cada integrante da amostra^{16,18}. A partir dessa informação, as categorias, em relação aos diferentes comportamentos identificados, foram construídas.

Tratamento dos resultados

Neste estudo, utilizou-se a técnica de triangulação na análise dos resultados¹⁶, ou seja, os dois pesquisadores, de forma independente, analisaram os resultados decorrentes das entrevistas dos participantes do estudo. A técnica visou identificar a convergência das interpretações reduzindo a probabilidade de má interpretação e, dessa forma, gerar resultados mais adequados.

Partes das narrativas dos participantes são apresentadas em itálico no texto, identificadas pelo código alfanumérico explicado anteriormente.

Características do local do estudo

O presente estudo foi desenvolvido na região do extremo leste da cidade de São Paulo, na área de abrangência de uma subprefeitura pertencente à Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) Leste da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da cidade de São Paulo.

A CRS Leste caracteriza-se por apresentar a maior proporção de idosos analfabetos, possuir o mais alto percentual de pessoas jovens (15 anos e mais) com apenas o ensino fundamental

completo e o menor de adultos jovens (25 anos e mais) com ensino superior completo. Exibe a maior proporção de moradores com alguma deficiência mental ou intelectual na cidade de São Paulo e é a área com as maiores proporções de deficiência visual completa e severa, além de ser o local que tem maior dependência de programas sociais¹⁹.

A região que foi local deste estudo foi planejada como um grande conjunto periférico e monofuncional do tipo 'bairro-dormitório' para deslocamento de populações atingidas pelas obras públicas.

Além dos conjuntos habitacionais que compõem a chamada 'Cidade Formal', existe também a 'Cidade Informal', construída por moradias popularmente chamadas de favelas e pelos loteamentos habitacionais clandestinos e irregulares, instalados em áreas privadas.

A identidade dos moradores dessa região está diretamente ligada ao processo de constituição do bairro, do histórico de privação de acesso a direitos e serviços e da escassez econômica¹⁴. A localidade possui uma alta concentração populacional – 16.309,67 hab/km² – e abriga o maior complexo de conjuntos habitacionais da América Latina com mais de 40 mil unidades de habitação construídas pela Companhia Metropolitana de Habitação de São Paulo (Cohab) e pela Companhia de Desenvolvimento Habitacional e Urbano do Estado de São Paulo (CDHU).

Possui aproximadamente 240 mil habitantes e é uma área de alta vulnerabilidade social, classificada pelo Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS) como 'área predominantemente pobre', e pelo Índice de Necessidade em Saúde (INS – SMS/SP), como região de 'alta necessidade em saúde'.

Nessa localidade, o percentual da população que é exclusivamente usuária do SUS e que não possui plano de saúde privado ultrapassa a média do município (55,6%), chegando a 71,4%¹⁴. Além disso, a principal porta de acesso e coordenadora do cuidado no âmbito do SUS é a Atenção Básica (AB) composta por 12 UBS.

Considerações éticas

A pesquisa segue os princípios da Declaração de Helsinki²⁰, as diretrizes e normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012²¹ e foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (CAAE 40722714.0.0000.5505) por meio do parecer 945.240 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-SP (CAAE 40722714.0.3001.0086) por intermédio do

parecer 969.509. Todas as entrevistas foram realizadas com a concordância prévia do entrevistado, após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

Caracterização da amostra

Tabela 1. Caracterização da amostra de médicos prescritores de BZD no SUS da região do estudo. São Paulo, SP, Brasil

Médico	Especialidade	Idade	Gênero	Tempo na UBS (anos)
M1	Generalista	32	M	2
M2	Generalista	37	M	2,5
M3	Generalista	38	M	2,4
M4	Generalista	38	F	1,5
M5	Medicina de Família e Comunidade	27	F	1,7
M6	Medicina de Família e Comunidade	30	M	3,8
M7	Medicina de Família e Comunidade	42	M	4,2
M8	Ginecologia	40	F	3,3
M9	Oftalmologia	29	M	1,7
M10	Gastroenterologia	29	M	2,5

Fonte: elaboração própria.

A *tabela 1* apresenta a caracterização da amostra quanto a sexo, idade, especialização médica, tempo de atuação nas UBS da região de estudo.

A maioria dos entrevistados era do sexo masculino (70%) e com idade entre 30 e 40 anos (60%). Os médicos generalistas representaram 40% da amostra, enquanto 30% foram de médicos especializados em medicina de família e comunidade; e o restante (30%) possuía especialização em diversas áreas (oftalmologia, ginecologia, gastroenterologia).

A maioria dos médicos entrevistados declarou trabalhar na mesma UBS por período maior que um ano. O tempo de trabalho na unidade foi considerado para garantir que os médicos da amostra tivessem conhecimento das principais queixas apresentadas pelos usuários do serviço de saúde, as quais os levaram à prescrição de BZD.

O *quadro 1* apresenta as Unidades temáticas e as respectivas categorias resultantes da Análise de Conteúdo.

Quadro 1. Análise de conteúdo com unidades temáticas e respectivas categorias

Unidades temáticas	Categorias
Motivos da prescrição	Insistência do paciente Problemas sociais (econômicos, familiares) Receio do médico (agressividade do paciente)
Uso irracional	Renovação de receita Uso crônico Uso de BZD por anos Despreparo do médico
Dependência	Renovação de receita Dependência a BZD Sintomas de abstinência

Fonte: elaboração própria.

Motivos da prescrição

Observou-se que os motivos que levaram à prescrição de BZD nem sempre se relacionaram com uma patologia diagnosticada, mas a fatores diversos, dentre os quais, destacam-se aqueles provocados pelas condições de vida a que a população do local estudado está sujeita.

Demanda do paciente

Em alguns casos, a prescrição do BZD ocorreu para atender a uma solicitação do usuário da UBS. O uso crônico e abusivo, provavelmente uma dependência já instalada, levava o paciente a buscar o médico com a intenção de renovar a sua prescrição. Isso parecia ser uma situação comum na qual o médico era convencido pelo paciente a emitir nova prescrição de BZD, perpetuando o uso incorreto do medicamento.

Muitas vezes não precisam do medicamento. Tem gente que não é feliz sem o diazepam ou clonazepam. Muitos pacientes já vêm com a prescrição e quando se tenta retirar o BZD desses pacientes, eles dizem que não conseguem dormir. Existe o abuso e a necessidade, mas aqui o uso é mais abuso que necessidade. (M9).

Os profissionais entrevistados comentaram sobre a nítida insatisfação do paciente diante

da negativa do médico em prescrever o BZD. Esse descontentamento provocava uma intimidação sobre o profissional que se sentia pressionado a receitar o BZD.

Tem paciente que chega na gente e diz que precisa do remédio porque tem problema 'nos nervos'. Se a gente se nega a prescrever, ele sai batendo o pé. Algumas vezes chegam a ser agressivos. (M1).

Problemas sociais

As questões sociais e não biológicas a que a população dessa região está submetida apareceu nos discursos dos médicos como um fator recorrente para o consumo de BZD. O medicamento, nesses casos, extrapolou a sua condição de agente farmacológico, assumindo o papel de 'bálsamo' que amenizaria as inequidades da vida. O entorpecimento provocado pelo medicamento ajudaria a mascarar problemas.

Muitos não são problemas médicos... não é só o biológico, é também o social. Se eles têm problemas econômicos, sociais, familiares eles usam BZD para dormir e esquecer os problemas. (M3).

Os depoimentos trouxeram à tona problemas cotidianos sofridos por essa população,

os quais sensibilizaram os médicos que, em função disso, excederam ao seu papel profissional. Ou seja, tentaram ‘resolver’ essas dificuldades relatadas pelo paciente, as quais fugiam à sua atuação como médicos, além de que a solução desses problemas tampouco residia na assistência médica ou no medicamento. Contudo, diante da impotência em diminuir o sofrimento daqueles que os procuravam, a prescrição de um medicamento com as características dos BZD podia ajudar a ‘amenizar’ a angústia desses pacientes.

Na grande maioria das vezes, essa medicação é prescrita tentando-se resolver um problema que é muito maior... Devido à vulnerabilidade social dessa população, inúmeros problemas acontecem dentro da família, na comunidade, isso acaba criando um sofrimento, e a gente tenta resolver o problema com a prescrição de um BZD, quando na verdade isso não vai resolver o problema, e a gente acaba tapando o sol com a peneira... mascarando a situação porque existem vários fatores que contribuem para a situação os quais fogem à nossa governabilidade. (M4).

Dependência

A dependência também despontou como causa de prescrição desses medicamentos. Os entrevistados relataram que a busca do BZD estava ligada a uma dependência decorrente do uso abusivo feito ao longo de muitos anos. Eles declararam que o medicamento, nesses casos, não visava ao tratamento de uma patologia, mas à manutenção de uma dependência a BZD claramente percebida.

O uso é preocupante. Existem muitos casos de dependência. Eu entendo que esses usuários deveriam ter acompanhamento psiquiátrico. É muita gente que usa e usa há muito tempo e acabam ficando dependentes desse remédio. (M8).

Os profissionais referiram que, diante de um caso de dependência, não se sentiam confortáveis em não prescrever o medicamento, pois, se agissem dessa forma, poderiam causar um problema imediato pela remoção do BZD. Para evitar sintomas de retirada, emitiam a prescrição devido ao quadro de dependência identificado.

Percebo com frequência nos pacientes que solicitam a receita que se trata de dependência ao BZD, mas não tem um meio de tratar isso no atendimento pontual, com consulta de poucos minutos. O paciente pode apresentar sintomas de abstinência caso eu não prescreva o BZD. Às vezes não há escolha, tem que prescrever o BZD mais uma vez. (M10).

Os médicos com especialização em medicina de família e comunidade, apesar de não estarem ligados diretamente à saúde mental, possuíam em seu discurso um conteúdo mais crítico em relação à dependência de BZD.

Não adianta esses pacientes terem somente o acompanhamento de um profissional médico, mas é necessário um acompanhamento multidisciplinar com assistente social, psicólogo e também um acompanhamento psiquiátrico rigoroso com consultas marcadas para o paciente tentar o desmame. (M6).

Esses médicos demonstraram preocupação com os pacientes que iniciavam o uso de BZD, para que não houvesse prescrição inapropriada por longos períodos, embora as ações para que essa situação não ocorresse, na prática, não foram informadas a esses pacientes.

Para pacientes com uso crônico e dependência instalada, talvez seja difícil corrigir, mas para aqueles que têm indicação e estão iniciando o uso, o tratamento precisa de uma prescrição racional seguida de muita orientação sobre a duração do tratamento e as consequências do uso indiscriminado desses medicamentos. (M5).

Uso irracional

Nos discursos, foram identificados relatos característicos de uso irracional dos BZD, de um longo período de consumo, seguidos de comentários que revelaram a limitação dos profissionais prescritores em impedir a situação. Responsabilizaram a dificuldade do serviço em fazer um acompanhamento longitudinal e contínuo, o que impossibilitou processos de educação em saúde que levariam informações ao usuário sobre as consequências do uso prolongado de BZD.

Eu sei que o uso de BZD por essa população não é racional, mas também, por uma questão da dinâmica do serviço, muitas vezes eu não consigo fazer acompanhamento do paciente... um retorno num período adequado. (M9).

Relataram que seria possível racionalizar esse uso de BZD na população da região, porém, as soluções apontadas eram remetidas a outros profissionais. Queixaram-se, ainda, da falta de profissionais especializados em saúde mental nas UBS. Devido a essa deficiência do serviço, alegaram que tiveram que absorver funções que não eram deles e para as quais não estavam preparados, por exemplo, tratar pessoas com transtornos mentais. Em função desse quadro, os médicos entrevistados, apesar de claramente terem contribuído para a manutenção do problema, não se enxergavam nesse papel.

Como saídas para esse problema, apontaram a Educação Permanente em Saúde (EPS) para os profissionais de saúde, a mudança na dinâmica do serviço e o esclarecimento para a população sobre as implicações dos BZD.

Eu acredito que se tivesse uma educação permanente dos profissionais existiria uma prescrição mais racional. O clínico entenderia que existem outras medicações que também podem ajudar no sono e que não têm esse perfil de dependência ou esse risco de provocar quedas em idosos. (M1).

Intervir na população, explicar os efeitos secundários. Promover ações educativas. (M3).

Discussão

O trabalho trouxe à tona um evento pouco explorado no Brasil, que é a prescrição de BZD em situações que se destacam pela grande vulnerabilidade social envolvida, acarretando um uso prolongado, abusivo e irracional que pode ter como desfecho a instalação de uma dependência.

Os profissionais médicos entrevistados admitiram que, diante da impotência em diminuir o sofrimento daqueles que os procuravam, entendiam que a prescrição de um medicamento com as características dos BZD poderia ajudar a ‘amenizar’ a angústia desses pacientes.

A região onde o estudo foi realizado, pelas condições que sua população apresenta – analfabetismo, pobreza e outros fatores sociais negativos –, tem um dos piores Índices de Desenvolvimento Humano da cidade de São Paulo, com vulnerabilidades de várias naturezas²².

Essas características se alinham às constatações de alguns autores, as quais ajudam a entender os motivos que levam à prescrição de BZD nessa localidade. Segundo esses autores, parece existir uma associação positiva entre analfabetismo e baixa renda, com maior consumo de BZD, constituindo-se em uma correlação perigosa, em que pessoas menos informadas e com menor poder aquisitivo acabam recorrendo ao uso de um medicamento para, muitas vezes, resolver problemas psicossociais que deveriam ser solucionados de outra forma, levando a um uso irracional preocupante²³.

A pobreza e a falta de perspectiva de um projeto existencial que vislumbre a melhoria da qualidade de vida impõem uma luta desigual e desumana pela sobrevivência²⁴. Esse contexto nem sempre chega ao conhecimento médico, mas sim os sintomas provocados por ele, como insônia, tristeza, ansiedade, nervosismo, levando o médico à prescrição de um BZD²⁵.

Nesse cenário, o BZD parece ter um papel fundamental em ‘amenizar’ o sofrimento

psíquico causado. Afirmção comprovada pelo estudo de Murphy²⁶, o qual demonstrou que o consumo desses medicamentos pode se constituir em um método efetivo para lidar com emoções negativas, pois provoca um estado de torpor que neutraliza os sentimentos angustiantes.

No entanto, o risco de dependência desses medicamentos, nessas condições de consumo irracional, não deve ser subestimado. O uso de BZD por longo tempo está associado a várias consequências negativas, entre elas, o abuso, a tolerância e a dependência²⁷.

O quadro se agrava quando este estudo revela que médicos com diferentes especializações prescreviam BZD, não existindo a preponderância da atuação de especialistas nos cuidados em saúde mental (*tabela 1*).

Alguns autores apontam a dificuldade de profissionais, sem especialização em saúde mental, em aplicar estratégias de controle de início, continuação e retirada ou suspensão do uso de BZD²⁸, podendo se supor, nesses casos, que os BZD são prescritos para situações que não necessariamente seriam as mais indicadas e por tempos muito maiores que os recomendados.

De acordo com alguns autores, os médicos sem formação para o cuidado em saúde mental não se sentem confortáveis em prescrever medicamentos que atuam no sistema nervoso central, encontrando dificuldades na abordagem de doenças mentais²⁹. Entretanto, diante da dinâmica do serviço das UBS, da limitação em estabelecer um diagnóstico e da dificuldade de encaminhar o paciente para um atendimento especializado, os médicos da amostra deste trabalho tenderam a instituir o tratamento com BZD e a prolongá-lo, muitas vezes, desnecessariamente.

Este resultado merece uma reflexão, pois não é de hoje que se detectam inconsistências na prescrição de BZD feita por profissionais não especializados em saúde mental. A integralidade do cuidado^{30,31} é um componente desafiador e inerente da AB. Para além da integração entre os serviços de saúde,

ela pressupõe ações internas das unidades de saúde que extrapolam a intervenção farmacológica, como a terapia comunitária, a escuta qualificada, o emprego das práticas integrativas e complementares e a consulta compartilhada com outros profissionais de saúde. Neste estudo, os entrevistados visivelmente apresentaram dificuldades ao integrar o olhar ampliado às suas atividades clínicas, corroborando a característica desafiadora da integralidade do cuidado.

Os entrevistados também comentaram sobre a nítida insatisfação do paciente diante da negativa, por parte do médico, de prescrever o BZD. Os usuários das UBS alegavam uma imperiosa necessidade do medicamento, em geral, devido a um uso abusivo detectado pelo médico. Contudo, a pressão sobre o médico feita pelo paciente parece ter tido efeito, pois, apesar da constatação de um uso irracional, o BZD era prescrito, contribuindo para um quadro de dependência.

Neves et al.²⁹ identificaram em seu estudo que 55% dos médicos entrevistados referiram ter sofrido pressão de pacientes para emitir prescrição de BZD e destacaram que, entre os motivos para essa forte necessidade, estavam os problemas sociais e financeiros sofridos por esses pacientes.

Os médicos participantes desse estudo reconheceram as dificuldades que eles tinham em convencer esses pacientes em cessar o uso de BZD. Fegadolli et al.³² consideram que ceder às pressões do paciente para prescrição do medicamento revela o pouco empoderamento do profissional médico e atribuem como causas dessa situação 'a falta de acesso a processos de aprendizagem e a formas de trabalho que permitam a tomada de decisões'.

Os entrevistados queixaram-se da dificuldade do serviço em fazer um acompanhamento longitudinal e contínuo do paciente, impedindo processos de educação em saúde que levariam informações ao usuário sobre as consequências do uso prolongado de BZD. Pohontsch et al.³³ conduziram estudo no qual avaliaram a percepção de médicos e pacientes

sobre BZD, constatando que existiam pacientes com consumo de BZD há mais de 20 anos, o que revela falta de cuidado ou desconhecimento, por parte de profissionais e pacientes, em relação às consequências do uso prolongado desses medicamentos.

Schalleberger e Colet³⁴ acrescentam que a falta de psiquiatras na AB pode ser uma das razões do grande número de prescrições feitas por médicos com especialidades diversas. Todavia, esses autores fazem uma crítica a essa situação quando afirmam que a AB tem como objetivo resolver casos menos complexos, e não aqueles que dependem de especialistas, ou seja, pacientes com algum transtorno mental deveriam ser encaminhados aos Centro de Atenção Psicossocial (Caps).

No presente estudo, esse encaminhamento parece não ter ocorrido, reforçando o discurso de vários profissionais entrevistados que expuseram que absorviam funções que não lhes pertenciam e, ainda, para as quais não estavam preparados. Uma alternativa ao encaminhamento seria a incorporação do cuidado por equipe multiprofissional a partir da ótica da interdisciplinaridade³⁵. Uma equipe composta por diferentes profissionais, com *expertises* que se complementam, resulta em uma potente forma de cuidado, sendo uma alternativa a encaminhamentos ou prescrições farmacológicas identificadas como de uso não racional, ou com risco de uso abusivo e farmacodependência.

Na sociedade atual, o BZD representa, erroneamente, uma opção para lidar com os problemas cotidianos, com a garantia do alívio rápido e de alcançar no sono o esquecimento³⁶.

Certamente, essa não é a melhor forma, tampouco a mais correta e menos arriscada de 'resolver' esses problemas, mas para essa população estudada, parece ser a única possível.

Fornereto et al. exploram em seu estudo o cuidado em saúde mental por meio da EPS³⁷. Nesse estudo, concluem que a estratégia de articulação em rede entre serviços de saúde é uma opção para o cuidado do sofrimento mental no âmbito da AB. A EPS também pode se configurar como um dispositivo de atuação interdisciplinar,

que permite a construção do conhecimento em equipe, contribuindo para a potência das ações conjuntas de cuidado em saúde³⁸.

Considerações finais

Os achados desta pesquisa trouxeram à tona um quadro bastante preocupante em relação à prescrição de BZD nas UBS, no âmbito do SUS, em uma região pobre com alto índice de vulnerabilidade social.

As indicações terapêuticas dessa classe de medicamentos, tão importantes e necessárias para o gerenciamento de várias patologias, são desvirtuadas a partir da constatação de que o que moveu a demanda e a prescrição de BZD foram as baixas condições sociais dos usuários do sistema público de saúde e as consequências advindas dessa conjuntura (vulnerabilidade social, problemas angustiantes com pouca possibilidade de resolução).

Essa razão da prescrição de BZD leva a crer que a situação decorrente (uso irracional, uso prolongado e dependência) tende a se perpetuar em comunidades com as mesmas características dessa localidade, sendo difícil impedi-la.

As propostas para alteração desse quadro apresentadas pelos entrevistados (aumento do número de profissionais de saúde mental, ações educativas aos pacientes e médicos, construção de processos de educação permanente e atuação interdisciplinar) colaboram para a melhora desse cenário. Entretanto, a mudança efetiva dessa situação vai além da atuação médica, necessitando, para tal, de políticas públicas que fortaleçam a atuação interdisciplinar na AB e que visem a uma melhoria na qualidade de vida e à redução da exclusão social dessas pessoas, de forma a garantir o acesso às estruturas de oportunidades disponíveis nos campos da saúde, educação, trabalho e lazer.

Uma educação contínua aos médicos proporcionaria: atualizarem-se com novas pesquisas relacionadas com medicamentos BZD, incluindo novos usos e reações adversas;

aprofundarem-se no conhecimento dos riscos e benefícios desses medicamentos, ajudando-os em uma tomada de decisão com mais subsídios ao prescrever BZD; atualizarem-se com as novas diretrizes de uso de BZD; desenvolverem estratégias adequadas no manejo da dependência e abuso de BZD; capacitarem-se na comunicação com os pacientes sobre o uso de BZD, seus riscos e benefícios³⁹.

Ademais, o estudo teve por limitação a investigação do fenômeno em uma região do município de São Paulo, não sendo possível a generalização dos resultados para outras regiões. Dessa forma, novos estudos podem ser propostos a fim de identificar esse

fenômeno em outras regiões com as mesmas características.

Colaboradores

Bigal AL (0000-0003-1020-2629)* contribuiu para desenho da pesquisa, coleta, análise e interpretação de dados, escrita do artigo e aprovação da versão final. Nappo SA (0000-0002-4089-8690)* contribuiu para desenho da pesquisa, coordenação da coleta e da análise, interpretação de dados, escrita do artigo e aprovação da versão final. ■

Referências

1. Votaw VR, Geyer R, Rieselbach MM, et al. The epidemiology of benzodiazepine misuse: a systematic review. *Drug Alcohol Depend.* 2019 [acesso em 2023 fev 1]; 200(1):95-114. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.02.033>.
2. Freire MBO, Silva BGC, Bertoldi AD, et al. Utilização de benzodiazepínicos em idosos brasileiros: um estudo de base populacional. *Rev Saude Publica.* 2022 [acesso em 2023 fev 1]; 56(1):10. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003740>.
3. Liang D, Shi Y. Prescription Drug Monitoring Programs and Drug Overdose Deaths Involving Benzodiazepines and Prescription Opioids. *Drug Alcohol Rev.* 2019 [acesso em 2023 fev 1]; 38(5):494-502. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/dar.12959>.
4. Espanha. Ministério da Saúde. Reports Sar 2023. Annual Report on the National Health System of Spain 2020-2021. Madrid: MS; 2023. [acesso em 2023 fev 1]. Disponível em: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2020_21/Annual_Report_2020_21.pdf.
5. Zorzanelli RT, Giordani F, Guaraldo L, et al. Consumo do benzodiazepínico clonazepam (Rivotril®) no estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2009-2013: estudo ecológico. *Ciênc. saúde coletiva.* 2019 [acesso em 2023 fev 1]; 24(8):3129-40. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.23232017>.
6. Madruga CS, Paim TL, Palhares HN, et al. Prevalence of and pathways to benzodiazepine use in Brazil: the role of depression, sleep, and sedentary lifestyle. *Braz. J. Psychiatry.* 2019 [acesso em 2023 fev 1]; 41(1):44-50. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0088>.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

7. United Nations Office on Drugs and Crime. Global Synthetic Drugs Assessment 2020. Vienna: United Nation; 2020.
8. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. Guidance for Use of Benzodiazepines in Psychiatric Practice. Melbourne: Ranzcp; 2019.
9. Preuss CV, Kalava A, King KC. Prescription of Controlled Substances: Benefits and Risks. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2024.
10. Fulone I, Silva MT, Lopes LC. Long-term benzodiazepine use in patients taking antidepressants in a public health setting in Brazil: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2018 [acesso em 2023 fev 1]; 8(4):e018956. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018956>.
11. Silveira LC, Almeida AN, Carrilho C. Os benzodiazepínicos na ordem dos discursos: de objeto da ciência a objeto gadget do capitalismo. *Saúde soc*. 2019 [acesso em 2023 fev 1]; 28(1):107-20. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902019180615>.
12. Tesser CD. Cuidado clínico e sobremedicalização na atenção primária à saúde. *Trab. Educ. Saúde*. 2019 [acesso em 2023 fev 1]; 17(2):e0020537. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00205>.
13. Silva JJ, Bruno MAP, Silva DBDN. Pobreza multidimensional no Brasil: uma análise do período 2004-2015. *Brazil. J. Polit. Econ*. 2020 [acesso em 2023 fev 1]; 40(1):138-60. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-31572020-2924>.
14. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Portal de Estatísticas do Estado de São Paulo. 2017. [acesso em 2023 fev 1]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br>.
15. Creswell JW. *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. Los Angeles: Sage Publications; 2013.
16. Patton Q. *Qualitative Research and Evaluation Methods*. London: Sage Publications; 2002.
17. Weller SC, Vickers B, Bernard HR, et al. Open-ended interview questions and saturation. *PLoS One*. 2018 [acesso em 2023 fev 1]; 13(6):e0198606. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0198606>.
18. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2011.
19. São Paulo. *Boletim CEInfo - Saúde em Dados*. 2022. [acesso em 2023 fev 1]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/epidemiologia_e_informacao/index.php?p=258529.
20. World Medical Association. *Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Fortaleza: WMA; 2013.
21. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2013 Jun 13; Seção I:59. [acesso em 2023 fev 1]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
22. Baratto R. Os 20 Distritos Com Os IDH Mais Altos e Mais Baixos de São Paulo. *ArchDaily Brasil*. 2016 maio 2. [acesso em 2023 fevereiro 1]. Disponível em: <https://www.archdaily.com.br/br/786534/os-20-distritos-com-os-idh-mais-altos-e-mais-baixos-de-sao-paulo>.
23. Maximino VS, Liberman F, Frutuoso MF, et al. Profissionais como produtores de redes: tramas e conexões no cuidado em saúde. *Saúde soc*. 2017 [acesso em 2023 fev 1]; 26(2):435-47. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902017170017>.
24. Gomes MA, Pereira MLD. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. *Ciênc. saúde coletiva*. 2005 [acesso em 2023 fev 1]; 10(2):357-63. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000200013>.

25. Silveira LC, Almeida AN, Carrilho C. Os benzodiazepínicos na ordem dos discursos: de objeto da ciência a objeto gadget do capitalismo. *Saúde soc.* 2019 [acesso em 2023 fev 1]; 28(1):107-20. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902019180615>.
26. Murphy KD, Lambert S, McCarthy S, et al. “You Don’t Feel”: The Experience of Youth Benzodiazepine Misuse in Ireland. *J Psychoactive Drugs.* 2018 [acesso em 2023 fev 1]; 50(2):121-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/02791072.2017.1371365>.
27. Liebrez M, Gehring M-T, Buadze A, et al. High-dose benzodiazepine dependence: a qualitative study of patients’ perception on cessation and withdrawal. *BMC Psychiatry.* 2015 [acesso em 2023 fev 1]; 15(1):116. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0493-y>.
28. Sirdifield C, Anthierens S, Creupelandt H, et al. General practitioners’ experiences and perceptions of benzodiazepine prescribing: systematic review and meta-synthesis. *BMC Fam Pract.* 2013 [acesso em 2023 fev 1]; 14(1):191. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-191>.
29. Neves IT, Oliveira JSS, Fernandes MCC, et al. Physicians’ beliefs and attitudes about Benzodiazepines: A cross-sectional study. *BMC Fam Pract.* 2019 [acesso em 2023 fev 1]; 20(1):71. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12875-019-0965-0>.
30. Kalichman AO, Ayres JRCM. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. *Cad. Saúde Pública.* 2016 [acesso em 2023 fev 1]; 32(8):e00183415. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00183415>.
31. 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. [acesso em 2023 fev 1]. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
32. Fegadolli C, Varela NMD, Carlini ELA. Uso e abuso de benzodiazepínicos na atenção primária à saúde: práticas profissionais no Brasil e em Cuba. *Cad. Saúde Pública.* 2019 [acesso em 2023 fev 1]; 35(6):e00097718. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00097718>.
33. Pohontsch NJ, Hesel K, Löffler A, et al. General practitioners’ views on (long-term) prescription and use of problematic and potentially inappropriate medication for oldest-old patients—A qualitative interview study with GPs (CIM-TRIAD study). *BMC Fam Pract.* 2017 [acesso em 2023 fev 1]; 18(1):22. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12875-017-0595-3>.
34. Schalleberger JB, Colet CF. Assessment of dependence and anxiety among benzodiazepine users in a provincial municipality in Rio Grande do Sul, Brazil. *Trends Psychiatry Psychother.* 2016 [acesso em 2023 fev 1]; 38(2):63-70. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2015-0041>.
35. Gonçalves GMS, Santos MOS, Gurgel AM, et al. Experiências pedagógicas para a construção da interdisciplinaridade em saúde coletiva. *Saúde debate.* 2022 [acesso em 2023 fev 1]; 46(135):1238-48. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213520>.
36. Alvarenga JM, Loyola Filho AI, Giacomini KC, et al. Uso de benzodiazepínicos entre idosos: o alívio de jogar água no fogo, não pensar e dormir. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 2015 [acesso em 2023 fev 1]; 18(2):249-58. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14045>.
37. Fornereto APN, Sousa DF, Martini LC. Educação Permanente em Saúde como estratégia para trabalho colaborativo na Rede de Atenção Psicossocial. *Interface.* 2023 [acesso em 2023 fev 1]; 27(1):e220221. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.220221>.

38. Figueiredo EBL, Souza ÂC, Abrahão A, et al. Educação Permanente em Saúde: uma política interprofissional e afetiva. *Saúde debate*. 2022 [acesso em 2023 fev 1]; 46(135):1164-73. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213515>.
39. Seymour RB, Wally MK, Hsu JR, et al. Impact of clinical decision support on controlled substance prescribing. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2023

[acesso em 2023 nov 1]; 23(1):234. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12911-023-02314-0>.

Recebido em 23/04/2023
Aprovado em 22/03/2024
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Jamilli Silva Santos

O trabalho das equipes de saúde bucal na pandemia da covid-19 segundo gestores de saúde

The work of oral health teams in the COVID-19 pandemic according to health managers

Juliane Fagundes¹, Liliane Elze Falcão Lins Kusterer¹, Marcela Beatriz Aguiar Moreira², Adeilda Ananias de Lima^{3,4,5}, Julie Eloy Kruschewsky⁵, Erica Lima Costa de Menezes⁶, Fernando Martins Carvalho¹

DOI: 10.1590/2358-289820241418912P

RESUMO Este estudo objetivou caracterizar o trabalho dos profissionais das equipes de saúde bucal da rede pública na pandemia da covid-19 do ponto de vista dos gestores. Trata-se de um estudo quantitativo-qualitativo, com 163 gestores municipais de saúde da Bahia, que responderam a um questionário virtual, de junho a outubro de 2020. Foi realizada análise descritiva dos dados quantitativos utilizando o Statistical Package for the Social Science, e Análise Temática das respostas subjetivas, com auxílio do IRaMuTeQ. Um escopo de atuação das equipes de saúde bucal, que atuam em todos os níveis de atenção à saúde, foi reconhecido como mais abrangente que o tradicional nesse período. A pandemia deu ênfase às fragilidades crônicas nas condições de trabalho dos cirurgiões-dentistas, técnicos e auxiliares de saúde bucal da rede pública, como a insuficiência de instrumentais odontológicos e de insumos, a precária manutenção dos equipamentos odontológicos, a fragilidade dos vínculos empregatícios e a estrutura física inadequada nas unidades de saúde, comprometendo a biossegurança. Assim, abre-se uma oportunidade para identificar e implementar mudanças necessárias não apenas no contexto de crise sanitária, mas também no período pós-pandemia.

PALAVRAS-CHAVE Equipe de saúde bucal. Dentistas. Covid-19. Recursos humanos em odontologia. Saúde bucal.

ABSTRACT *This study aimed to characterize the work of professionals from oral health teams in the public service, in the COVID-19 pandemic, from the point of view of managers. This is a cross-sectional, quantitative-qualitative study, with 163 municipal health managers in Bahia, who answered a virtual questionnaire, from June to October 2020. The descriptive analysis of the quantitative data was performed using the Statistical Package for the Social Science, and Thematic Analysis was applied to the subjective responses, using IRaMuTeQ. The scope of action of oral health teams, which operate at all levels of health care, was recognized as broader than the traditional in this period. The pandemic emphasized the chronic problems in the working conditions of dentists, technicians, and oral health assistants in the public service, such as the lack of dental instruments and supplies, the precarious maintenance of dental equipment, the fragility of employment relationships, and the inadequate physical structure in the health units, compromising biosecurity. Thus, there is an opportunity to identify and implement necessary changes not only in the context of a health crisis, but in the post-pandemic period.*

KEYWORDS Dental care team. Dentists. COVID-19. Dental staff. Oral health.

¹Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil.
fagundesjuliane@yahoo.com.br

²Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) – Feira de Santana (BA), Brasil.

³Telessaúde Brasil Redes – Salvador (BA), Brasil.

⁴Fundação Estatal de Saúde da Família (Fesf-SUS) – Salvador (BA), Brasil.

⁵Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab) – Salvador (BA), Brasil.

⁶Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil.



Introdução

A atuação de Cirurgiões-Dentistas (CD), Auxiliares e Técnicos em Saúde Bucal (ASB e TSB) no Sistema Único de Saúde (SUS) está prevista na Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB)¹ e na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)². É esperada a presença das equipes de Saúde Bucal (eSB) tanto na Atenção Primária à Saúde (APS), incluindo a Estratégia Saúde da Família – ESF (equipes de modalidade I: CD e ASB ou TSB; e equipes na modalidade II: CD, TSB e ASB, ou outro TSB), quanto na Atenção Secundária e Terciária¹. Na região Nordeste, a Bahia atualmente representa o segundo estado com menor cobertura de Saúde Bucal (SB) no âmbito da APS³.

Em 2023, a PNSB foi incluída na Lei Orgânica da Saúde, ratificando a obrigatoriedade e a garantia dos serviços de SB para todos. A atuação desses profissionais não se limita ao consultório odontológico, eles apresentam vastas atribuições à equipe multiprofissional, norteadas pelo Modelo de Vigilância em Saúde⁴.

Para exercerem suas atividades, os trabalhadores das eSB necessitam de condições de trabalho adequadas. Estudos têm demonstrado falta de ações de educação permanente que qualifiquem os profissionais nos serviços, espaço físico inadequado para realização das atividades, demanda reprimida de usuários, fragilidade na articulação da rede, cenário desfavorável para o trabalho multiprofissional, longas jornadas de trabalho e vínculo empregatício precário⁵⁻⁷.

Embora tais estudos evidenciem precarização do trabalho e esgotamento dos CD, sob sua perspectiva, poucos abordaram sobre os demais profissionais das eSB e a opinião dos gestores diante dessa temática. A pandemia da covid-19 exigiu mudanças na forma de ofertar cuidado em SB e contribuiu para direcionar o olhar dos gestores da saúde para as condições de trabalho de CD, TSB e ASB no amplo campo de atuação do SUS. Nesse recorte histórico, destaca-se a importância do trabalho das eSB

pautado na integralidade e na extrapolação da atuação no consultório odontológico, atribuições anteriormente pouco reconhecidas⁸.

Este estudo objetivou caracterizar o trabalho dos profissionais das eSB da rede pública do estado da Bahia, no contexto da covid-19, segundo o ponto de vista dos gestores de saúde.

Metodologia

Realizou-se um estudo quantiquantitativo com 163 gestores de saúde vinculados ao serviço público de SB (um de cada município) no universo dos 417 municípios da Bahia. O critério de inclusão na pesquisa foi ocupar o cargo de gestor municipal responsável pelos serviços públicos de SB, independentemente do tempo de experiência. Foram contactados preferencialmente os Coordenadores de Saúde Bucal (incluindo todos os níveis de atenção); na ausência desse cargo no município, outros Coordenadores de Saúde e Secretários Municipais de Saúde foram contactados. Foram excluídos gestores que não manifestaram interesse em participar do estudo ou que não conseguiram ser contactados por telefone ou *e-mail*.

Diante da pandemia, os gestores responderam a um questionário virtual, enviado por *e-mail* disponibilizado pela Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), de junho a outubro de 2020. Houve empenho no contato por telefone e reenvio do questionário por *e-mail* para os não respondentes.

Os dados foram coletados em um questionário semiestruturado composto por questões objetivas e discursivas relativas ao período dos primeiros meses da pandemia da covid-19. Posteriormente, esses dados foram disponibilizados pela Área Técnica de Saúde Bucal da Sesab, em parceria com o Telessaúde-Bahia, programa de qualificação e suporte aos profissionais da APS com Teleconsultorias, Teleducação e Telediagnóstico. Esses dados secundários foram complementados com informações do Instituto Brasileiro de Geografia

e Estatística (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDHM, porte populacional dos municípios) e da plataforma e-Gestor da Atenção Básica (cobertura de SB na APS e na ESF).

Na abordagem quantitativa, realizou-se um estudo transversal, de caráter descritivo e exploratório, utilizando variáveis relacionadas a: a) caracterização dos gestores (sexo, categoria profissional, cargo); b) caracterização dos municípios (Núcleo Regional de Saúde – NRS, porte populacional, IDHM, cobertura pela SB); c) organização dos serviços odontológicos em todos os pontos da rede de atenção à SB nos primeiros meses da pandemia (serviços de SB ofertados no município, suspensão dos atendimentos odontológicos eletivos, manutenção dos procedimentos de urgência/emergência); d) conhecimento dos gestores sobre documentos institucionais/governamentais relacionados com o enfrentamento da pandemia da covid-19; elaboração de protocolos para retomada dos atendimentos odontológicos eletivos e ações coletivas; e e) condições de trabalho dos profissionais das eSB: alocação em ações de enfrentamento da covid-19; capacitação sobre covid-19; jornada de trabalho; vínculo empregatício; testagem para covid-19; oferta de cuidado à saúde mental; afastamento laboral por contaminação, saúde mental, ou condição de risco; disponibilidade de Equipamentos de Proteção Individual (EPI); estrutura física dos consultórios odontológicos; e presença de equipamentos para reduzir a contaminação nos consultórios odontológicos.

Ademais, questões discursivas possibilitaram uma abordagem qualitativa. Foram feitas questões abertas dentro de um questionário estruturado considerando: fatores essenciais para o retorno dos atendimentos odontológicos eletivos, serviços odontológicos ofertados e ações das eSB, estratégias para realização das atividades de educação em saúde e desafios enfrentados relativos aos oito primeiros meses da pandemia da covid-19.

Foi utilizado o Statistical Package for the Social Science (versão 25) para análise

descritiva dos dados quantitativos, calculando medidas de frequência absoluta e relativa, pois trabalhou-se com variáveis categóricas. Para análise textual das respostas discursivas, foi realizada a técnica de Análise Temática, identificando núcleos de sentido das palavras^{9,10}. O *software* IRaMuTeQ – Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires – (versão 4.1.3) contribuiu para essa categorização dos discursos dos participantes, a partir da análise lexical do *corpus* textual e Classificação Hierárquica Descendente (CHD)¹¹.

Os dados foram coletados e disponibilizados pela Área Técnica de SB da Sesab, em parceria com o Telessaúde-Bahia, a partir do Projeto de Pesquisa ‘Telessaúde no estado da Bahia durante e após a pandemia da COVID-19: qualificação do cuidado sob os olhares da gestão, trabalhadores e usuários do SUS’. Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, sob parecer número 5.244.784 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) número 55626722.0.0000.5577. Os gestores municipais tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) digital e o assinaram remotamente.

Resultados e discussão

Dos 417 gestores responsáveis pelos serviços de SB da rede pública na Bahia (um de cada município), no ano de 2020, 163 participaram do estudo. Ainda que a taxa de respondentes represente 39,1% do universo populacional esperado, esse quantitativo pode ser considerado satisfatório diante do contexto atípico de pandemia.

Quanto às características dos gestores, 75,5% eram do gênero feminino, 78,9% eram graduados em odontologia, os demais tinham formação em educação física, farmácia, enfermagem (graduação e técnico) e assistência social; 72% eram coordenadores municipais

de SB; e 9,9%, além de assumirem esse cargo, atuavam como CD na assistência da rede pública.

A feminilização da odontologia reflete no perfil dos coordenadores de SB^{12,13}. Nem todos os municípios apresentam esse cargo, cujas atribuições são: consolidar serviços odontológicos e sua articulação em rede; coordenar recursos humanos de SB com atenção às suas condições e processo de trabalho na assistência, garantindo humanização para trabalhadores e usuários¹². Há expectativa de que gestores de SB com formação em saúde, especificamente em odontologia, apresentem melhor capacidade técnica e sensibilidade diante das necessidades das eSB e da SB populacional. Todavia, é necessário preparo para o exercício desse cargo, com o desenvolvimento de competências envolvendo gestão participativa, planejamento estratégico em saúde, educação permanente e formação cidadã abrangente aos aspectos de relevância social^{12,14}.

Dos 163 municípios com gestores participantes da pesquisa, aproximadamente 86% eram de pequeno porte (número de habitantes < 50 mil)¹⁵, e 57,1% apresentavam baixo IDHM ($\geq 0,5$ e < 0,6)¹⁶. Municípios de pequeno porte geralmente apresentam dificuldades na gestão do SUS, devido a menor capacidade técnica e administrativa dos gestores municipais para cumprir suas atribuições diante da descentralização, além do poder limitado de decisão nos espaços de governança e menor arrecadação fiscal¹⁷. Mesmo que o IDHM não seja um indicador específico para avaliar os esforços dos municípios em transformar o orçamento público em melhores condições de vida à população (longevidade/saúde, educação e renda), ele reflete o resultado do processo¹⁸.

A Bahia apresenta nove NRS, cujo maior percentual de gestores participantes foi do NRS Sudoeste (20,9%), seguido do Sul (20,2%). De acordo com os respondentes, as eSB estiveram presentes em 98,2% dos municípios na APS; e em 65,6% deles, no período da pesquisa, toda a população estava coberta pelos serviços de SB nesse nível de atenção à saúde³. Entretanto, o

percentual de municípios com eSB na atenção especializada (19% apresentavam pelo menos um CEO tipo I) e hospitalar (6,1%) era muito inferior. Os NRS Sudoeste e Sul ocupam o segundo (73,33%) e o quinto lugar (60,36%), respectivamente, de maior cobertura populacional pela SB na ESF do estado¹⁹. Os últimos dados do Ministério da Saúde (MS) apontam cobertura nacional pela SB na APS de 56,61%, e de 71,35% na Bahia³. Houve expansão da rede assistencial de SB ao longo dos anos na APS; diferentemente, a atenção secundária e a atenção terciária não acompanharam esse movimento crescente^{6,20,21}.

Os resultados da análise qualitativa complementam os da análise quantitativa. Dos 119 segmentos de texto (principal unidade de análise do *corpus* textual, composta em média por três linhas, dimensionadas pelo *software* em função do tamanho do *corpus*), 93 (78,15%) foram aproveitados. Considera-se um bom aproveitamento quando o índice $\geq 75\%$ ¹¹.

A análise temática ou de conteúdo, com o auxílio do IRaMuTeQ, revelou seis classes (*figura 1*). A associação entre esses núcleos de sentido, analisada a partir da CHD, destaca a classe 2, referente às estratégias de atuação das eSB durante a pandemia da covid-19 e sua hierarquia diante das demais classes, mas especificamente sobre a seis. A classe 6 explicita alterações no fluxo da rede de atenção à SB e encontra-se diretamente superior à classe 1, que evidencia recomendações quanto ao funcionamento dos serviços odontológicos. Hierarquicamente inferior e intimamente associada à classe 1, está a cinco, demonstrando dificuldades para o cumprimento dessas recomendações, como a falta de suporte de gestores municipais e de outras instâncias. Ao final, a classe 5 foi subdividida nas classes 4 e 3, caracterizadas, respectivamente, pelas condições de trabalho que inviabilizavam a realização de procedimentos/atendimentos eletivos, e as condições de trabalho necessárias para possível retorno deles, justificando e corroborando as medidas restritivas para a odontologia no período. As seis classes variaram de 14% a

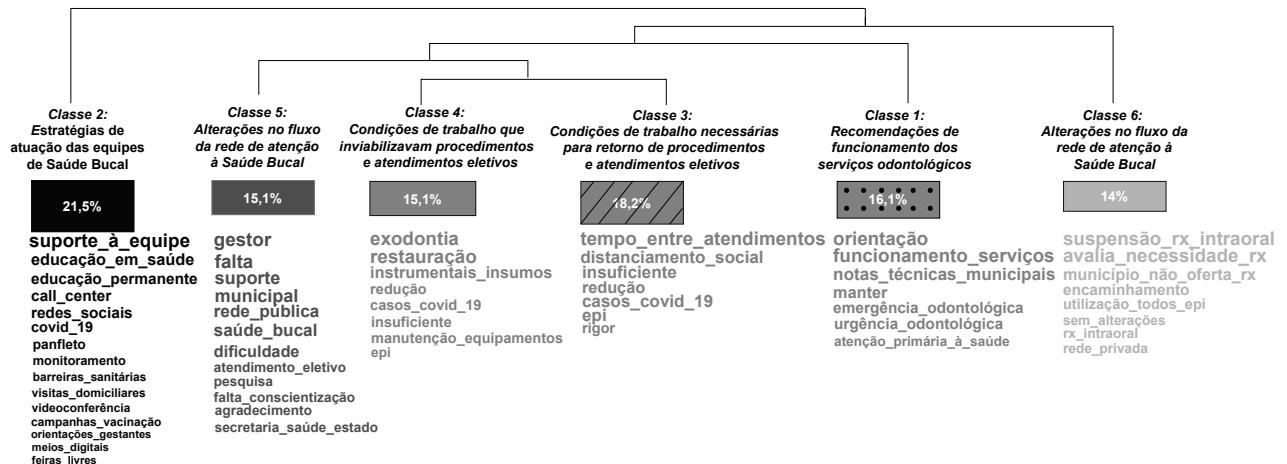
21,5%, contribuindo de maneira aproximadamente uniforme (figura 1).

A classe com maior representação no *corpus* textual foi a 2 (21,5%). Nela, identifica-se amplo campo de atuação das eSB, extrapolando o consultório odontológico. Nesse quesito, foram destacados o suporte desses profissionais às equipes de saúde da família e a oferta de atividades de educação em saúde para a população, por intermédio de meios digitais, como redes sociais, videoconferências e panfletos. Ademais, evidenciaram-se a vivência da educação permanente pelos trabalhadores e a realização de ações de vigilância em saúde, como monitoramento dos casos da covid-19

por *call center*, apoio em barreiras sanitárias, em visitas domiciliares, nas campanhas de vacinação, na organização dos serviços em feiras livres e no cuidado às gestantes (figura 1).

Elementos relacionados com o trabalho multiprofissional e integrado ficaram mais evidentes na análise qualitativa. Analogamente, a análise quantitativa possibilitou dimensionar que 88,2% dos gestores reconheceram a participação das eSB nas ações de enfrentamento da covid-19. O trabalho em barreiras sanitárias (71,2%), o apoio à gestão dos serviços de saúde (62,6%) e os monitoramentos, as notificações e as ações contribuintes com a vigilância epidemiológica (59,5%) tiveram destaque (tabela 1).

Figura 1. Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente do *corpus* textual da opinião de gestores sobre o trabalho das equipes de saúde bucal durante a pandemia da covid-19, Bahia, 2020



Fonte: elaboração própria.

Tabela 1. Atuação das eSB e condições de trabalho durante a pandemia da covid-19 segundo a opinião de 163 gestores das eSB, Bahia, 2020

Variável	N	%*
Atuação das eSB no enfrentamento da covid-19		
Sim	142	88,2
Não	19	11,8
Ações de enfrentamento da covid-19 com participação das eSB		
Barreira Sanitária	116	71,2
Apoio à gestão dos serviços de saúde	102	62,6

Tabela 1. Atuação das eSB e condições de trabalho durante a pandemia da covid-19 segundo a opinião de 163 gestores das eSB, Bahia, 2020

Variável	N	%*
Monitoramento dos casos, notificação, ações de apoio à vigilância epidemiológica	97	59,5
Call centers	48	29,4
Fast-track na APS	41	25,2
Realização de testes de detecção do vírus	33	20,2
Outras	13	8,0
Participação das eSB em capacitação do Ministério da Saúde		
Sim	115	72,3
Não	44	27,7
Capacitação municipal sobre covid-19 para as eSB		
Sim	113	71,1
Não	46	28,9
Testagem das eSB para covid-19 e monitoramento		
Sim	114	70,4
Não	48	29,6
Afastamento laboral de profissionais das eSB por contaminação pela covid-19		
Sim	28	17,2
Não	122	74,8
Desconhecimento do fato pelo gestor municipal	13	8,0
Afastamento laboral de profissionais das eSB por condições de risco para covid-19 (idade ≥ 60 anos, doenças crônicas, gestação de alto risco etc.)		
Sim	76	46,6
Não	83	50,9
Desconhecimento do fato pelo gestor municipal	4	2,5
Afastamento laboral de profissionais das eSB relacionado com a saúde mental		
Sim	9	5,6
Não	144	89,4
Desconhecimento do fato pelo gestor municipal	8	5,0
Acolhimento/apoio/acompanhamento psicológico dos profissionais das eSB		
Sim	100	63,3
Não	58	36,7
Oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde para eSB		
Sim	49	31,2
Não	108	68,8
Alteração na jornada de trabalho dos profissionais das eSB		
Aumento na jornada de trabalho	8	4,9
Redução na jornada de trabalho	71	43,6
Sem alteração	84	51,5
Atuação das eSB mediante escala/rodízio		
Sim	86	52,8
Não	77	47,2

Tabela 1. Atuação das eSB e condições de trabalho durante a pandemia da covid-19 segundo a opinião de 163 gestores das eSB, Bahia, 2020

Variável	N	%*
Vínculo empregatício das eSB		
Regime de Trabalho Temporário	81	49,7
Regime Estatutário	69	42,3
Contrato regido pela Consolidação das Leis do Trabalho	37	22,7
Regime Especial de Direito Administrativo	24	14,7
Outras	22	13,5
EPI disponíveis constante e suficientemente		
Luvas de procedimento de látex	159	97,5
Gorro descartável	159	97,5
Óculos de proteção	157	96,3
Protetor facial	154	94,5
Máscara cirúrgica	146	89,6
Máscara N95/PFF2	122	74,8
Avental descartável e impermeável	114	69,9
Outros	16	9,8
Presença de equipamentos para reduzir a contaminação nos consultórios odontológicos (sugadores de alta potência com bomba à vácuo, diques de borracha)		
Sim	20	12,3
Não	67	41,1
Sim, mas nem todos esses elementos estão disponíveis no serviço	76	46,6
Estrutura física adequada dos consultórios odontológicos, permitindo boa ventilação		
Sim	101	62,0
Não	12	7,3
Nem todos	50	30,7

Fonte: elaboração própria.

*Porcentagem válida, desconsiderando os casos faltantes de um total de 163 gestores.

A PNSB¹ e a PNAB² já preconizavam atuação dos CD, TSB e ASB com demais profissionais de saúde, desempenhando trabalho interdisciplinar no cuidado individual (interconsultas, discussão de caso clínico, visitas domiciliares) e nas atividades coletivas. Além dos atendimentos clínicos, atribuições como territorialização, análise da situação de saúde e planejamento estratégico possibilitam alcançar um cuidado mais integral e comprometido com a vigilância em saúde²².

Ao longo dos anos, todavia, as eSB vivenciaram limitações na reorganização da prática odontológica: falta de apoio da coordenação das unidades de saúde e da Secretaria Municipal de Saúde; hegemonia do modelo de atenção à

saúde biologicista e curativista; demanda clínica reprimida; dificuldade de inserção nas equipes multiprofissionais e no exercício de atividades não convencionais aos CD, TSB e ASB. Ademais, os próprios trabalhadores das eSB não se reconhecem nesses espaços com atuação abrangente, pois, na odontologia, historicamente, o trabalho isolado ou em dupla predomina; e a formação de recursos humanos comprometidos com o processo de trabalho no SUS ainda é incipiente nas instituições de ensino^{6,8,21}.

Na pandemia da covid-19, os gestores referiram ampliação das possibilidades de atuação das eSB; embora houvesse redução e limitação da prática no consultório odontológico, os CD,

TSB e ASB eram indispensáveis no combate à covid-19. Isso fica evidente em notas técnicas e estudos que confirmam a convocação e participação das eSB nas barreiras sanitárias, *fast-track*, acolhimento, e ações de educação em saúde, visando à orientação dos usuários e à prevenção da covid-19^{13,23}. Contudo, há reflexões sobre um subaproveitamento dos CD no combate à covid-19, pois seu respaldo técnico justificaria uma atuação mais abrangente e ativa²².

Retornando ao dendrograma (*figura 1*), a classe 6 (14%) evidenciou alterações no fluxo da rede de atenção à SB, enfatizando a suspensão dos exames radiográficos intraorais no setor público, devido à exposição dos profissionais e usuários e à escassez de recursos materiais. Entretanto, as eSB avaliavam a necessidade imediata da radiografia intraoral, e em situações urgentes, era realizada seguindo os protocolos de biossegurança, com utilização de todos os EPI. Caso contrário, ou quando o município não ofertava esse serviço, havia encaminhamento dos usuários para a rede privada.

Na pandemia da covid-19, os serviços públicos evitavam fazer radiografias intraorais, adequando-se às medidas preventivas²⁴. Contudo, esses exames já eram limitados no SUS anteriormente devido à ausência/mau funcionamento dos equipamentos radiográficos, gerando encaminhamento para a rede privada e dificuldades para profissionais e usuários²⁵.

A classe 6 está intimamente relacionada com as classes 1 e 5, que representam 16,1% e 15,1% do *corpus* respectivamente. A classe 1 demonstrou orientações quanto ao funcionamento dos serviços públicos de SB, embasadas em notas técnicas e decretos, entre eles, os municipais. Foram recomendadas a manutenção dos atendimentos de urgência e emergência odontológicos, principalmente na APS, e a suspensão dos atendimentos odontológicos eletivos devido à pandemia da covid-19 (*figura 1*).

Na análise quantitativa, mensurou-se que apenas 1,8% dos gestores relataram a não suspensão dos serviços de SB eletivos no

município em que atuavam. Isso porque quase todos tiveram conhecimento dos documentos institucionais/governamentais relacionados com o enfrentamento da pandemia da covid-19 (98,8%) e das normativas que recomendaram a suspensão dos atendimentos odontológicos eletivos nos serviços públicos de atenção à SB nesse período (97,5%). Dentre esses documentos, destacam-se notas técnicas emitidas pelo MS (81,6%), recomendações dos conselhos de odontologia federal (79,1%) e regional (77,9%) e notas técnicas da Sesab (77,3%). Entre os gestores, 55% afirmaram haver publicação de normativa municipal que regulamentava o funcionamento dos serviços públicos de SB na pandemia da covid-19 e 73% participaram da elaboração de novos protocolos/fluxos de encaminhamentos aos serviços de SB. Isso reflete protagonismo dos municípios quanto à emissão de notas técnicas próprias e à produção de orientações como forma de cuidado aos profissionais e usuários. A disponibilização desses documentos para as eSB pela gestão municipal aconteceu em 91,4% dos casos (*tabela 2*).

Diante da alta probabilidade de contaminação cruzada das eSB e usuários durante os procedimentos odontológicos, devido à emissão de aerossóis e contato direto com a saliva, foi recomendada suspensão dos atendimentos eletivos no Brasil e em outros países, como Áustria, Alemanha e Suíça, na pandemia da covid-19²⁶. Os documentos oficiais brasileiros que recomendaram essa suspensão e permanência da atenção às urgências/emergências foram emitidos pelas autarquias representantes da odontologia e pelos órgãos de saúde federativos²³.

Entretanto, na classe 5 do dendrograma (*figura 1*), emergiram conteúdos sobre falta de suporte aos trabalhadores na assistência e aos próprios gestores municipais de SB, tanto por atores sociais da mesma gestão municipal como de outras instâncias. Ainda que essas normativas restritivas existissem, houve questionamentos e inquietação quanto à atuação das eSB, demonstrando falta de conscientização de parte da gestão diante das dificuldades enfrentadas nos serviços públicos de SB.

Tabela 2. Conhecimento e atuação dos 163 gestores municipais responsáveis pela Saúde Bucal na pandemia da covid-19, Bahia, 2020

Variável	N	%*
Conhecimento dos documentos institucionais/governamentais relacionados com o enfrentamento da pandemia da covid-19		
Sim	160	98,8
Não	2	1,2
Documentos que os gestores tiveram acesso		
Notas Técnicas do MS	133	81,6
Recomendações do Conselho Federal de Odontologia	129	79,1
Recomendações do Conselho Regional de Odontologia da Bahia	127	77,9
Notas Técnicas da Sesab	126	77,3
Notas Técnicas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária	121	74,2
Conteúdos no website do MS	110	67,5
Conteúdos no website estadual	93	57,1
Outros	22	13,5
Conhecimento das normativas que recomendaram suspensão dos atendimentos odontológicos eletivos		
Sim	158	97,5
Não	4	2,5
Publicação de normativa municipal regulamentando funcionamento dos serviços públicos de SB		
Sim	72	45,0
Não	88	55,0
Suspensão dos serviços públicos eletivos de SB e manutenção dos atendimentos de urgências/emergências		
Sim	160	98,2
Não	3	1,8
Disponibilização dos documentos institucionais/governamentais sobre covid-19 para as eSB pela gestão municipal		
Sim	148	91,4
Não	14	8,6
Tempo necessário para retorno seguro dos atendimentos eletivos no município		
Imediatamente	33	21,6
Até 3 meses	102	66,7
3 a 6 meses	6	3,9
Sem previsão	12	7,8
Elaboração de novos protocolos/fluxos de encaminhamentos aos serviços de SB		
Sim	116	73
Não	43	27
Desafios da gestão municipal de saúde quanto à atenção à SB		
Indisponibilidade/insuficiência de EPI	73	44,8
Dificuldade de qualificação profissional dos CD, ASB e TSB	43	26,4
Dificuldades de operacionalização dos serviços, logística, organização da agenda, organização da demanda	39	23,9
Dificuldades relacionadas com os aspectos estruturais das unidades de saúde, consultórios ou equipes odontológicas	31	19,0
Problemas no registro das produções, por falta de instrumentos oficiais específicos para as eSB	24	14,7

Tabela 2. Conhecimento e atuação dos 163 gestores municipais responsáveis pela Saúde Bucal na pandemia da covid-19, Bahia, 2020

Variável	N	%*
Afastamento de profissionais das eSB por contaminação pela covid-19	19	11,7
Ausência/insuficiência de profissionais das eSB	16	9,8
Tomada de decisão dos gestores municipais incompatíveis com orientação da gestão estadual/federal/autarquias odontológicas	13	8,0
Dificuldade de deslocamento dos profissionais até os serviços de saúde	13	8,0
Demissão de profissionais das eSB	11	6,7
Outros	16	9,8

Fonte: elaboração própria.

*Porcentagem válida, desconsiderando casos faltantes de um total de 163 gestores.

Nos excertos a seguir, provenientes das respostas às questões qualitativas, foram identificadas essas sugestões:

Precisamos de apoio para nossos gestores municipais, nem todos entendem o porquê a odontologia não poder voltar normalmente.

Deveria ter maior suporte de informações para os coordenadores de Saúde Bucal e disponibilidade de equipamentos de proteção individual para exercício das atividades.

Cobrança aos secretários de saúde para maior apoio às Equipes de Saúde Bucal através das coordenações, melhorias, equipamentos de proteção individual.

É preciso dar o suporte necessário às Prefeituras para que elas tenham condições de manter o serviço de Saúde Bucal nos municípios, principalmente, os de pequeno porte.

Essas evidências refletem predominância de ações da gestão municipal, principalmente na APS. Apesar das vantagens na autonomia dos municípios, a municipalização, associada ao apagamento dos demais entes federativos, limita as possibilidades de atuação, especialmente quando são municípios com menor capacidade técnica, administrativa e financeira, geralmente os de pequeno porte populacional¹⁷, em um contexto complexo como o da

pandemia da covid-19. Isso demonstra maior necessidade de articulação entre os múltiplos atores sociais da gestão federal, estadual, regional e municipal^{27,28}. Embora o estado da Bahia tenha fortalecido parcerias e apoio institucional às coordenações municipais de APS, isso não foi suficiente diante da complexidade da mudança requerida²⁸. Ademais, no âmbito nacional, a falta de orientações claras, as indecisões e a postergação de medidas preventivas geraram insegurança nas equipes de saúde e fragilidade no planejamento de resposta do SUS municipal à pandemia da covid-19²⁷.

As eleições municipais de 2020 também contribuíram para flexibilização diante das recomendações institucionais/governamentais e tensionamento do retorno dos atendimentos odontológicos eletivos no SUS, mesmo sem respaldo técnico no momento²².

Na classe 4 do dendrograma (15,1%) (*figura 1*), constatam-se más condições de trabalho das eSB: insuficiência de instrumentais odontológicos e de insumos, escassez de EPI e precária manutenção dos equipamentos odontológicos. Essa classe tem forte relação lexical com a 3 (18,2%), que enfatiza a necessidade de condições de trabalho que minimizem o risco de exposição das eSB, para possível retorno dos agendamentos eletivos. Destacam-se intervalos mais longos entre os atendimentos, manutenção do distanciamento social, diminuição dos casos da covid-19, garantia dos EPI para os trabalhadores e rigor no seguimento

dos protocolos de biossegurança. Em 2022, um estudo com 1.105 profissionais de SB (CD, TSB e ASB) do Paraná constatou que o distanciamento social na sala de espera foi respeitado mais na rede particular que no SUS, pois houve grande procura pelos serviços públicos, associado ao pouco tempo para alterações estruturais e organizacionais²⁴.

Complementarmente, a análise quantitativa neste estudo evidenciou que 66,7% dos gestores sugeriram um retorno seguro dos atendimentos eletivos não imediatamente, mas em até três meses, considerando cada realidade local quanto à capacitação dos profissionais, disponibilidade de instrumentais, de materiais odontológicos e de EPI. A insuficiência de EPI foi o principal desafio enfrentado pela gestão municipal (44,8%) (*tabela 2*). Durante a pandemia da covid-19, a gestão de insumos foi uma dificuldade também em outros estados brasileiros e no mundo^{26,29}. Isso devido ao rápido pico de casos, aumento na demanda mundial por EPI, inviabilidade de sua aquisição diante do grande aumento de preços e maior burocracia para compras na rede pública, exceto quando o município apresentava serviços coordenados pelas Organizações Sociais de Saúde, havendo certo favorecimento e maior agilidade para aquisição de insumos²⁷.

A máscara N95/PFF2 (74,8%) e o avental descartável e impermeável (69,9%) estiveram entre os EPI menos citados pelos gestores como disponíveis constantemente e suficientemente para realização do trabalho em SB com segurança (*tabela 1*). Essa perspectiva corrobora a dos CD brasileiros no mesmo período, pois, para 23% dos CD, os EPI obrigatórios preconizados pelos novos protocolos de biossegurança (máscara N95/PFF2, avental descartável e protetor facial) não foram disponibilizados suficientemente²⁹. Todavia, a insuficiência de EPI utilizados na prática odontológica de rotina é uma condição de trabalho precária enfrentada pelas eSB anteriormente à pandemia da covid-19³⁰.

Na análise quantitativa, constata-se que apenas 12,3% dos gestores ratificaram a

presença de equipamentos para reduzir a contaminação nos consultórios odontológicos (sugadores de alta potência com bomba a vácuo, em perfeito funcionamento, diques de borracha para isolamento absoluto) e 38% (7,3% + 30,7%) identificaram estrutura física inadequada quanto à ventilação em consultórios odontológicos no município (*tabela 1*). Entretanto, somente 19% dos coordenadores destacaram tais dificuldades estruturais das unidades de saúde, consultórios ou equipes odontológicas como um desafio para a gestão (*tabela 2*).

A insuficiência de instrumentais odontológicos e de insumos; a precária manutenção dos equipamentos odontológicos; a falta de recursos humanos e consequente sobrecarga no trabalho; a estrutura física inadequada das unidades de saúde, comprometendo a biossegurança, são problemas relacionados com as condições de trabalho das eSB não apenas durante a pandemia da covid-19, são prévios e crônicos na odontologia da rede pública, mas enfatizados nesse período^{6,31,32}. Mesmo que a austeridade fiscal e o subfinanciamento do SUS sejam fatores que interferem diretamente nessas condições²², a aproximação da gestão e escuta qualificada dos profissionais de saúde quanto às dificuldades no trabalho, o conhecimento dos gestores sobre tramitações dos recursos e a capacidade de gestão compartilhada podem minimizar os desafios e proporcionar melhores condições de trabalho^{14,31}.

Ainda sobre condições de trabalho, 70,4% dos gestores relataram que os trabalhadores das eSB estavam sendo monitorados quanto à contaminação pelo vírus Sars-CoV-2, com testagens para covid-19; 63,3% confirmaram que houve acolhimento, apoio e acompanhamento psicológico dos profissionais das eSB; e 31,2% relataram cuidados a partir das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (Pics) para esses trabalhadores (*tabela 1*). Pereira et al.³³ também identificaram oferta de Pics aos profissionais de saúde para minimizar os efeitos negativos à saúde mental nessa pandemia. Em outro estudo, 66% dos

CD brasileiros realizaram testagem para Sars-CoV-2²⁹. Entretanto, a mesma categoria profissional, na Bahia, aponta fragilidade de monitoramento das suas condições físicas e emocionais³⁴.

O afastamento laboral de profissionais das eSB por apresentarem condições de risco para a covid-19 (idade \geq 60 anos, doenças crônicas, gestação de alto risco etc.) foi relatado por 46,6% dos gestores. Outros motivos de afastamento desses profissionais foram: contaminação pela covid-19 (17,2%) e aspectos relacionados com a saúde mental (5,6%) (tabela 1). Pacheco et al.²⁴ identificaram que 9,9% dos profissionais das eSB se afastaram/foram afastados por covid-19/suspeita, e 57,6%, por outros motivos.

Embora um baixo percentual de gestores tenha identificado afastamento laboral por questões de saúde mental em profissionais das eSB, sintomas de depressão, ansiedade, medo e sobrecarga de trabalho estiveram presentes no cotidiano de trabalhadores de saúde no Brasil diante da exaustão e precarização das condições de trabalho na pandemia da covid-19. Ademais, relatos de falta de empatia e suporte organizacional por parte da gestão demonstram que é preciso um olhar cuidadoso diante ante as demandas e requerem fomento de políticas públicas e organizacionais de apoio³⁵. Em estudo com CD no Brasil, a prevalência de ansiedade foi de 27,5%, sendo significativamente maior entre os dentistas que apresentaram medo de contaminação com a covid-19³⁶.

Quanto à jornada de trabalho dos profissionais das eSB na pandemia da covid-19, 51,5% dos gestores não reconheceram alteração, mas 52,8% informaram que a atuação nos serviços de saúde aconteceu mediante rodízio (tabela 1). Pacheco et al.²⁴ identificaram que a redução da carga de trabalho e rodízio entre os CD, TSB e ASB no SUS foi menor (27,2%) que no setor privado (56%), pois esses profissionais realizaram atividades externas ao consultório odontológico.

Os tipos de vínculo empregatício desses profissionais mais citados pelos gestores

foram: contrato por tempo determinado, sob Regime de Trabalho Temporário (49,7%), seguido de contrato por tempo determinado sob Regime Especial de Direito Administrativo (42,3%) (tabela 1). Nas respostas às questões subjetivas, percebe-se que um dos fatores estressores para as eSB foi a fragilidade do vínculo empregatício:

A pandemia vem causando danos fisiológicos e psicológicos [...]. Principalmente para os servidores contratados [...]. Então todo esse cenário gera um estresse muito grande, no sentido de incertezas na continuação dos contratos.

Garantir que o trabalhador da Saúde Bucal não seja dispensado (contratos frágeis).

Assim, a precarização no trabalho das eSB, a partir do predomínio de contratos instáveis e temporários, gera insegurança e insatisfação^{6,37}. Em um estudo prévio à pandemia da covid-19, 50,6% dos gestores de saúde e CD relataram como contratações mais comuns indicação política, terceirização, cooperativas, contrato temporário ou prestação de serviços, corroborando o presente estudo³⁸. Há evidências também de informalidade na contratação de ASB²¹.

Mais de 70% dos gestores relataram haver qualificações para as eSB tanto em nível nacional (72,3%) quanto por iniciativa municipal (71,1%) (tabela 1). Estudo anterior à pandemia evidenciou que 48,1% dos CD da ESF não participavam das capacitações municipais, e os ASB/TSB sequer foram mencionados³⁸. Isso ratifica o sentimento de exclusão das eSB ao tratar dos desafios para atuação integral na ESF^{32,39}. Infere-se que, na crise sanitária, com a visão ampliada quanto ao escopo de trabalho das eSB, pôde-se incluí-las em qualificações multiprofissionais⁴⁰.

Entre as limitações deste, estudo está a existência de pontos de observação diferentes: variáveis com unidade de análise individual (gestor) e agregada (NRS por exemplo), devendo sempre considerar a heterogeneidade

na realidade dos municípios. Outra limitação do estudo é que os dados podem ser otimistas porque foram coletados de gestores. Ademais, o questionário foi elaborado diante da necessidade no período, primeira onda da pandemia da covid-19, pela Equipe de Gestão de SB da Bahia; e houve questões com dados faltantes. Ademais, a própria crise sanitária limitou a participação dos gestores no estudo.

Conclusões

O presente estudo demonstrou como gestores descreveram e avaliaram o trabalho das eSB, intensamente expostas ao vírus Sars-CoV-2, e de que forma conseguiram prestar apoio a esses trabalhadores. Um escopo de atuação mais abrangente de CD, TSB e ASB, previsto no SUS, mas normalmente distante da prática, foi vivenciado pelas eSB durante a pandemia da covid-19; e atribuições desenvolvidas fora do consultório odontológico à equipe multiprofissional foram mais reconhecidas pela gestão.

A pandemia da covid-19 evidenciou fragilidades crônicas nas condições de trabalho das eSB, e houve uma tendência dos gestores em relatar esses antigos problemas. Assim, abre-se

uma oportunidade para discutir e priorizar mudanças. Os resultados deste estudo podem contribuir para a gestão desenvolver um olhar mais cuidadoso para as reais necessidades dos trabalhadores na assistência, sensibilizando-a quanto à elaboração e à operacionalização de políticas públicas que qualifiquem as condições de trabalho das eSB não apenas no contexto de crise sanitária, mas também no seu fazer cotidiano pós-pandemia.

Colaboradores

Fagundes J (0000-0002-8709-9036)*, Kusterer LEFL (0000-0003-3736-0002)* e Carvalho FM (0000-0002-0969-0170)* contribuíram para concepção, planejamento, análise, interpretação dos dados, redação do trabalho e aprovação da versão final. Moreira MBA (0000-0002-2545-2121)* contribuiu para concepção, planejamento, análise dos dados e aprovação da versão final. Kruschewsky JE (0009-0009-3344-1623)*, Menezes ELC (0000-0002-3966-6382)* e Lima AA contribuíram para concepção e desenho do estudo, planejamento, elaboração do questionário para coleta de dados e aprovação da versão final. ■

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 22 Set 2017. [acesso em 2023 julho 7]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>.
3. SISAB: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica. Versão 3.2.1.2. Brasília, DF: DATASUS; [data desconhecida]. [acesso em 2023 jul 7]. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 14.572, de 8 de maio de 2023. Institui a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para incluir a saúde bucal no campo de atuação do SUS. Diário Oficial da União. 9 Maio 2023. [acesso em 2023 ago 7]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14572.htm.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

5. Rocha ECA, Araújo MAD. Condições de trabalho das equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família: o caso do Distrito Sanitário Norte em Natal, RN. *RAP*. 2009; 43(2):481-517.
6. Gonçalves ER, Ramos FRS. O trabalho do cirurgião-dentista na estratégia de saúde da família: potenciais e limites na luta por um novo modelo de assistência. *Interface (Botucatu)*. 2010; 14(33):301-14.
7. Bleicher L. Precarização do trabalho do cirurgião-dentista na cidade de Salvador, Bahia. *R BSP*. 2012; 36(3):668-82.
8. Leme PAT, Bastos RA, Turato ER, et al. A clínica do dentista na Estratégia Saúde da Família: entre a inovação e o conservadorismo. *Physis*. 2019; 29(1):e290111.
9. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. 70. ed. Lisboa: LDA; 2011.
10. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento-pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. São Paulo: Hucitec; 2020.
11. Camargo BV, Justo AM. *Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ*. Porto Alegre: Universidade Federal de Santa Catarina; 2013.
12. Silva Sobrinho AR, Carvalho ILD, Coelho Júnior LGM, et al. Perfil dos Coordenadores de Saúde Bucal no Brasil: revisão de literatura. *Arch. Health Investig*. 2020; 9(5):479-84.
13. Rodrigues QF, Dias VO, Barbosa MC, et al. Public oral health services: impacts caused by the COVID-19 pandemic. *Braz. Oral Res*. 2022; 36:e032.
14. Bizerril DO, Lima Júnior FCM, Saraiva MM, et al. Coordenadores de saúde bucal: percepção sobre gestão e competências no Sistema Único de Saúde. *Rev. Bras. Promoç. Saúde*. 2019; 32:9273.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa de informações básicas municipais*. [Rio de Janeiro]: IBGE; 2017. [acesso em 2023 jul 7]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/10586-pesquisa-de-informacoes-basicas-municipais.html?=&t=downloads>.
16. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil*. Brasília, DF: PNUD, IPEA, FJP; 2013.
17. Pinafo E, Nunes EFPA, Carvalho BG, et al. Problemas e estratégias de gestão do SUS: a vulnerabilidade dos municípios de pequeno porte. *Ciênc. saúde coletiva*. 2020; 25(5):1619-28.
18. Bohn L, Ervilha GT, Dalberto CR. A eficiência pública municipal como dimensão do desenvolvimento. *PPP*. 2020; (56):11-39.
19. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. *Cobertura populacional estimada pelas Equipes de Atenção Básica. Caderno de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica – CAMAB*. Salvador: Sesab; 2020. [acesso em 2023 jul 3]. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/dab/camab/>.
20. Narvai PC. Avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. *Tempus*. 2011; 5(3):21-34.
21. Mattos GCM, Ferreira EF, Leite ICG, et al. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. *Ciênc. saúde coletiva*. 2014; 19(2):373-82.
22. Carletto AF, Santos FF. A atuação do dentista de família na pandemia do Covid-19: o cenário do Rio de Janeiro. *Physis*. 2020; 30(3):e300310.
23. Brasil. Ministério da Saúde, Coordenação Geral de Saúde Bucal. *Nota técnica nº 9/2020 CGSB/DESF/SAPS/MS. Esclarecimentos sobre o atendimento odontológico, considerando o cenário emergencial em saúde pública decorrente do novo Coronavírus*. Brasília, DF: MS; 2020.
24. Pacheco EC, Soares RC, Santos VM, et al. Adequação dos serviços odontológicos do Paraná no enfrentamento da Covid-19: um estudo transversal. *Saúde debate*. 2022; 46(135):1045-62.
25. Chisini LA, Martin ASS, Silva JVJBF, et al. Cobertura radiográfica odontológica pelo Sistema Único de

- Saúde na região Sul do Brasil em 2016: estudo ecológico. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2019; 28(1):e2018090.
26. Wiesmüller V, Bruckmoser E, Kapferer-Seebacher I, et al. Dentists' working conditions during the first COVID-19 Pandemic lockdown: an online survey. *Healthcare (Basel).* 2021; 9(3):364.
27. Tasca R, Carrera MBM, Malik AM, et al. Gerenciando o SUS no nível municipal ante a COVID-19: uma análise preliminar. *Saude debate.* 2022; 46(1):15-32.
28. Aleluia IRS, Vilasbôas ALQ, Pereira GE, et al. Gestão estadual da atenção primária à saúde em resposta à COVID-19 na Bahia, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva.* 2023; 28(5):1341-53.
29. Danigno JF, Echeverria MS, Tillmann TFF, et al. Fatores associados à redução de atendimentos odontológicos na Atenção Primária à Saúde no Brasil, com o surgimento da COVID-19: estudo transversal, 2020. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2022; 31(1):e2021663.
30. Manfredini MA, Narvai PC. A pandemia no Brasil. In: Sousa Nétto OB, Chaves SCL, Colussi CF, et al. *Diálogos Bucalheiros: reflexões em tempos pandêmicos.* São Paulo: Pimenta Cultural; 2021. p. 284-90.
31. Reis WG, Scherer MDA, Carcereri DL. O trabalho do Cirurgião-Dentista na Atenção Primária à Saúde: entre o prescrito e o real. *Saúde debate.* 2015; 39(104):56-64.
32. Oliveira MT, Farias MR, Vasconcelos MIO, et al. Os desafios e as potencialidades da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma análise dos processos de trabalho. *Physis.* 2022; 32(1):e320106.
33. Pereira EC, Rocha MP, Fogaça LZ, et al. Saúde do trabalhador, práticas integrativas e complementares na atenção básica e pandemia da COVID-19. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2022; 56:e20210362.
34. Silva BF, Matos PES, Mendes HJ, et al. Atuação do cirurgião-dentista da atenção primária à saúde durante a pandemia da covid-19. *Rev. Ciênc. Plural.* 2023; 9(1):30251.
35. Ribeiro BC, Giongo CR, Pezez KV. "Não somos máquinas!": Saúde Mental de Trabalhadores de Saúde no contexto da pandemia por Covid-19. *Polít. Soc.* 2021; (48):78-100.
36. Lima AIC, Carvalho FM, Santana Silva MV, et al. Anxiety among Brazilian dentists during the COVID-19 Pandemic: a cross-sectional study. *Open Dent. J.* 2022; 16:e187421062201310.
37. Oliveira RS, Moraes HMM, Goes PSA, et al. Relações contratuais e perfil dos cirurgiões-dentistas em centros de especialidades odontológicas de baixo e alto desempenho no Brasil. *Saúde Soc.* 2015; 24(3):792-802.
38. Lourenço EC, Silva ACB, Meneghin MC, et al. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. *Ciênc. saúde coletiva.* 2009; 14(supl1):1367-77.
39. Peruzzo HM, Bega AG, Lopes APAT, et al. Os desafios de se trabalhar em equipe na Estratégia Saúde da Família. *Esc. Anna Nery.* 2028; 22(4):e20170372.
40. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 639, de 31 de março de 2020. Dispõe sobre a Ação Estratégica "O Brasil Conta Comigo - Profissionais da Saúde", voltada à capacitação e ao cadastramento de profissionais da área de saúde, para o enfrentamento à pandemia do coronavírus (COVID-19). *Diário Oficial da União.* 2 Abr 2020. [acesso em 2023 ago 3]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-639-de-31-de-marco-de-2020-250847738#:text=%C3%93rg%C3%A3o%3A%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde%2FGabinete%20do%20Ministro%20PORTARIA%20N%C2%BA,para%20o%20enfrentamento%20%C3%A0%20pandemia%20do%20coronav%C3%ADrus%20%28COVID-19%29>

Recebido em 29/09/2023

Aprovado em 22/03/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editor responsável: Maria Lucia Frizon Rizzotto

Programa Atenas: serviço pioneiro de atenção extra hospitalar ao aborto no primeiro trimestre por telemedicina

Atenas Program: Pioneer Brazilian service of outpatient care by telemedicine for women with miscarriage or incomplete abortion

Ana Gabriela Lima Bispo de Victa¹, Cecília McCallum², Greice Menezes³

DOI: 10.1590/2358-289820241418414P

RESUMO A criminalização do aborto no Brasil e o acesso restrito ao misoprostol obrigam mulheres a buscarem métodos inseguros para sua indução. Atenção hospitalar ao aborto induzido ou espontâneo é padrão. Na contracorrente, no cenário internacional, a telessaúde no aborto medicamentoso é padrão ouro da atenção às perdas gestacionais, espontâneas ou induzidas. Este artigo apresenta o Programa Atenas iniciativa inédita de atenção ao aborto no primeiro trimestre gestacional – com foco no atendimento extra-hospitalar, através de monitoramento telefônico por enfermeiras, facultando às mulheres escolher o método de esvaziamento uterino (expectante, medicamentoso ou cirúrgico), com vistas à humanização da atenção. Foi realizada pesquisa etnográfica, em maternidade pública nordestina, entre 2014 e 2021. No contexto de dificuldades estruturais e conjunturais, 723 participantes foram atendidas; 73,6% prescindiram de hospitalização para resolução do aborto: 58,4% ocorreram de forma espontânea e 15,2% através do misoprostol hospitalar. Não houve registro de complicações. O monitoramento telefônico promoveu vínculo e cuidado individualizado a este público invisibilizado. Esta iniciativa orgânica do SUS, sem apoio financeiro de órgãos externos, representa um avanço na atenção humanizada às mulheres com aborto. Recomenda-se estender a toda rede pública de saúde, visando ampliação do acesso a um cuidado integral e humanizado no aborto.

PALAVRAS-CHAVE Aborto. Perda precoce da gravidez. Telemonitoramento. Misoprostol. Telemedicina.

ABSTRACT *The criminalization of abortion and restricted access to misoprostol in Brazil force women to seek unsafe methods to terminate a pregnancy. Hospital care for miscarriage or abortion is standard. In contrast, telemedicine for the medical management of miscarriage and abortion is the gold standard of care internationally. This article presents the Atenas Program – an unprecedented initiative for first trimester abortion/miscarriage care, aiming at a humanized out-of-hospital service based on telephone monitoring by nurses, allowing women to choose the method of uterine evacuation (expectant, medical or surgical). For this purpose, ethnographic research was carried out in a northeastern public maternity hospital, between 2014 and 2021. In the context of structural and conjunctural difficulties, among the 723 Atenas participants, 73,6% dispensed with hospital admission for miscarriage and abortion resolution: 58,4% occurred spontaneously and 15,2% through hospital misoprostol. No complications were registered. Telephone monitoring by nurses provided the basis for continuity of individualized care for this invisibilized public. Atenas Program, initiative of a SUS institution run without external financial support, represents an advance in humanized care for women with miscarriage and abortion. It should be extended to the entire public health network, to expand access to rounded and humanized care for abortion and miscarriage.*

KEYWORDS *Abortion. Miscarriage. Telemonitoring. Misoprostol. Telemedicine.*

¹ Universidade Federal da Bahia (UFBA), Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), Maternidade Climério de Oliveira (MCO) - Salvador (BA), Brasil.
ana.victa@ebserh.gov.br

² Universidade Federal da Bahia (UFBA), Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas (FFCH) - Salvador (BA), Brasil.

³ Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil.



Introdução

O aborto faz parte da vida reprodutiva das mulheres. No Brasil, a hospitalização associada à curetagem é o principal modelo de atenção direcionado àquelas com perdas gestacionais, espontâneas ou induzidas, atendidas na rede pública de saúde¹. A utilização da curetagem contraria recomendações de organismos internacionais, considerada obsoleta, implicando maiores riscos à saúde das mulheres².

O presente artigo apresenta uma iniciativa inédita de atenção ao aborto no primeiro trimestre gestacional – intitulado Programa Atenas – em uma maternidade pública nordestina, com foco no atendimento extra-hospitalar, em consonância com normas nacionais e internacionais de humanização da atenção, dentro dos critérios legais e dos parâmetros de segurança da saúde. Nesse artigo, mostramos como a experiência do Programa Atenas serve como base para pensar uma ampla reforma da atenção ao aborto no Brasil.

A Organização Mundial da Saúde (OMS)³ orienta, para o esvaziamento uterino de gravidezes até 14 semanas, a utilização do método medicamentoso, com uso do misoprostol, isolado ou combinado com mifepristona, além da aspiração (manual ou elétrica). Mulheres com abortos espontâneos até 13 semanas podem ainda escolher a conduta expectante, além da medicamentosa ou cirúrgica-aspiração, sob anestesia local ou geral^{3,4}.

O esvaziamento uterino medicamentoso, seja para abortos induzidos ou espontâneos, tem mostrado segurança³⁻⁷, efetividade³⁻⁷ e boa aceitabilidade⁵⁻⁷. O esquema combinando mifepristona-misoprostol é considerado o mais eficiente. Misoprostol isolado é igualmente seguro, mas menos efetivo, requerendo mais tempo e mais doses para que o aborto se complete⁵⁻⁷. Mais barato do que a mifepristona e, na indisponibilidade desta, o misoprostol isolado é alternativa importante para favorecer o acesso ao aborto seguro em países de baixa renda⁶.

O monitoramento do aborto, mesmo após 12 semanas, tem sido realizado em alguns países

por enfermeiras, parteiras e médicos³. Não há mortes registradas associadas ao aborto medicamentoso, pouca necessidade de hospitalização e os efeitos adversos são toleráveis, autolimitados, controláveis com medicações profiláticas e terapêuticas⁵⁻⁸, além de favorecer a privacidade das mulheres⁸.

Com a pandemia de covid-19, ampliou-se o uso do método medicamentoso, visando garantir o acesso ao aborto seguro. Bélgica, Estônia, Irlanda, Finlândia, França, Alemanha, Noruega, Portugal, Suíça, Inglaterra, País de Gales, Escócia e Irlanda do Norte expandiram o seu acesso⁹; Argentina, Cidade do México e Colômbia forneceram orientações sobre aborto via telessaúde (telefone ou Whatsapp®); Reino Unido e França incentivaram a telessaúde, associada à utilização de mifepristona-misoprostol, para o aborto¹⁰.

A telessaúde (aqui sinônimo de telemedicina) vem ganhando espaço, pela maior comodidade para usuários e oferta de cuidados a custos mais baixos, podendo ser usada de modo complementar ou substitutiva ao atendimento presencial¹¹. Recomendada pela OMS¹², pela International Federation of Gynecology and Obstetrics (Figo)¹³ e pela Federación Latinoamericana de Sociedades e Obstetricia y Ginecologia (Flasog)¹⁴, a telessaúde no aborto medicamentoso tem boa aceitação^{15,16} e promove maior autonomia¹⁶ e privacidade das mulheres; permite melhor gestão dos cuidados pelos profissionais, além de redução de insumos hospitalares¹⁷ e menor tempo médio de espera para o tratamento, comparada ao atendimento presencial¹⁵. Configura-se como estratégia segura^{15,16}, mesmo em contextos de inacessibilidade ao aborto seguro^{12,18}, a exemplo das *helplines* dos *sites* feministas Women Help Women e Women on Web¹⁹.

A restrição de uso lícito do misoprostol em hospitais, no Brasil, entretanto, contribuiu para que este fármaco assumisse duas facetas: emprego por médicos e enfermeiras para procedimentos hospitalares obstétricos, e utilização clandestina pelas mulheres para abortar²⁰. A mifepristona segue indisponível no país.

No Brasil, a criminalização do aborto obriga mulheres que decidem interromper uma gestação, a realizá-lo de forma insegura, seja recorrendo a clínicas privadas sem controle sanitário, seja utilizando por conta própria Cytotec® (misoprostol), em circuitos de drogas ilícitas^{21,22}. Não há garantia de qualidade ou autenticidade do produto, tampouco aconselhamento por profissionais de saúde treinados. Alternativamente, mulheres procuram informações em redes de amigas, parentes e conhecidos²², ou acompanhamento com organizações feministas ainda pouco investigado²³.

A Pesquisa Nacional de Aborto (PNA) de 2021 estimou que 43% daquelas que interromperam a gestação foram hospitalizadas para finalizar o procedimento ou cuidar de complicações pós-aborto²⁴. No Brasil, hospitais-maternidades constituem-se etapa obrigatória dos cuidados²⁵, onde a maioria das mulheres é compulsoriamente submetida à curetagem uterina, terceiro procedimento obstétrico mais realizado na rede pública²⁶, em detrimento da Aspiração Manual Intrauterina (Amiu), recomendada pela OMS². Nos serviços de aborto legal, também persiste a curetagem como principal técnica, preteridos o Amiu e o misoprostol²⁷.

Nesse cenário, o Atenas oferece um estímulo para pensar uma ampla reforma da atenção ao aborto no Brasil, com oferta de orientações, possibilidade de escolha do método de esvaziamento uterino e suporte no período de resolução do aborto.

Material e métodos

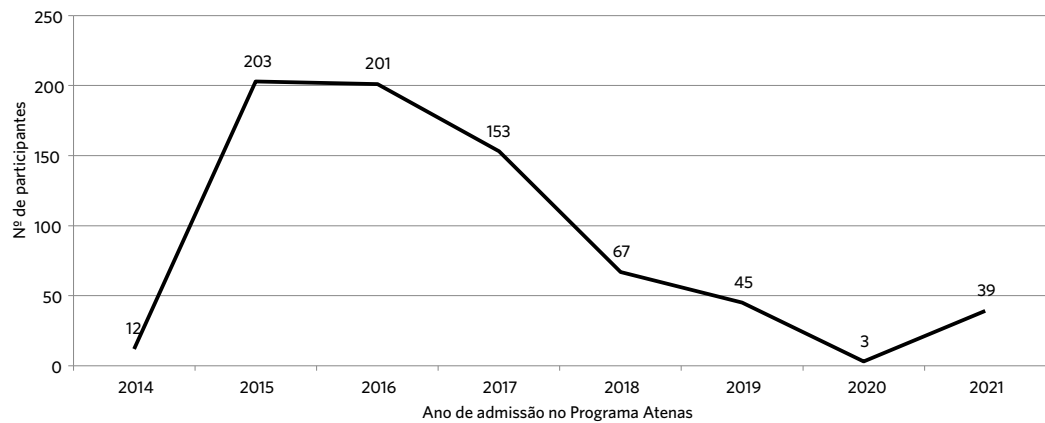
O presente estudo se insere em uma pesquisa mais ampla, de cunho etnográfico, na Maternidade Climério de Oliveira, instituição

pública em Salvador-Bahia (BA), vinculada à Ebserh (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares), que albergou o Atenas. O estudo envolveu análise documental, observação participante e entrevistas semiestruturadas com profissionais do hospital e ‘ex-pacientes’ da iniciativa, realizadas entre julho e setembro de 2018. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (CAAE 91231818.5.3001.5543, número de protocolo 077258/2018, parecer nº 5.153.976).

Foram analisadas informações da pesquisa documental realizada nos protocolos do serviço e da consulta à base de dados construída a partir dos registros dos prontuários das mulheres atendidas, desde 2014, além de análise das características sociodemográficas, reprodutivas e clínicas das mulheres. Para mensuração do tempo de acompanhamento no Programa segundo o tipo de método de esvaziamento, foi calculado a mediana, por não se tratar de distribuição normal.

Também foram utilizadas notas de campo, produzidas pela primeira autora do presente trabalho, a partir da observação participante realizada, durante três turnos de dias úteis e finais de semana, em espaços da maternidade onde as mulheres circulavam. Na observação, atentou-se para rotinas, dinâmicas do serviço e interações entre profissionais e mulheres.

Entre 2014 e 2021, 814 mulheres foram atendidas no Atenas. Para esta pesquisa, foram retiradas da base de dados 85 participantes com perdas de seguimento (dez tentativas seguidas de contato sem êxito das enfermeiras e/ou faltas injustificadas às consultas presenciais) e 6 excluídas por serem inelegíveis para o Atenas, com outros diagnósticos (3 gestações ectópicas e 2 tópicas; 1 Síndrome de Asherman). Ao final, foram analisadas informações de 723 participantes (*gráfico 1*).

Gráfico 1. Participantes do Programa Atenas, segundo ano de admissão. Maternidade Climério de Oliveira, 2014- 2021⁽¹⁾

Fonte: elaboração própria.

⁽¹⁾ Em 2021, os dados se referem às mulheres que receberam alta até dezembro deste ano.

Resultados

O Atenas foi criado em 2014 por iniciativa de médicos que ocupavam cargos estratégicos na gestão hospitalar. À época, a Maternidade – imóvel centenário com estrutura física precária – enfrentava problemas comuns às instituições públicas do Sistema Único de Saúde (SUS), como superlotação e déficit de leitos obstétricos²⁸. Naquele período, propostas da Rede Cegonha e do HumanizaSUS²⁹ colocavam a pauta do atendimento humanizado nos hospitais, contribuindo para implementação de melhorias da atenção nas maternidades. Em consonância com tais propostas, o Atenas objetivava oferecer uma atenção humanizada às mulheres com aborto; reduzir hospitalizações por esvaziamento uterino cirúrgico; e diminuir o consumo de insumos hospitalares^{30,31}.

O primeiro protocolo foi elaborado em 2014³⁰, com atualizações em 2015, 2017 e 2021³¹. Estas incluíram acompanhamento de mulheres não alfabetizadas e estrangeiras (com tradutoras); administração de maleato de ergometrina apenas no primeiro atendimento; telemonitoramento exclusivamente pelas enfermeiras; e informatização do prontuário³¹. O fluxo de atendimento e o protocolo

foram ajustados diante da reforma estrutural da Maternidade entre 2017 e 2021³¹.

Eram convidadas a participar mulheres com diagnóstico de abortamento, sendo elegíveis aquelas com perda gestacional (inevitável, inviável, incompleta, retida, ou medicamentosa domiciliar); com menos de 12 semanas de gestação; tendo relatado de um a dois episódios prévios de abortamento (não molar, não ectópico e não infectado). Ao primeiro contato, deveriam estar hemodinamicamente estáveis; possuir telefone próprio; residir em Salvador-BA (ou ter fácil acesso à instituição). No Atenas, as mulheres eram acompanhadas por equipe multidisciplinar (profissionais de medicina, enfermagem, psicologia e serviço social) e usufruíam da estrutura da Maternidade (atendimento de urgência/emergência e ambulatorial; exames de imagem e laboratoriais)^{30,31}.

Após avaliação inicial na emergência obstétrica e realização de exames (laboratoriais e ultrassonográficos), elas recebiam explicações sobre o Atenas; iniciava-se o método espontâneo com administração de medicamento maleato de ergometrina para estimular contrações uterinas e controlar o sangramento vaginal; assinavam o TCLE e eram liberadas para casa^{30,31} (gráfico 1).

Na primeira consulta médica ambulatorial, avaliava-se a manutenção do método espontâneo ou a troca para os demais, medicamentoso ou cirúrgico – preferencialmente Amiu (*figura 1*). Dose de 600 mcg de misoprostol da estratégia medicamentosa era aplicada pela equipe médica do Atenas, com reavaliação em quinze dias através de ultrassom transvaginal e exames laboratoriais. Na ausência de esvaziamento uterino completo, reaplicava-se o misoprostol ambulatorialmente; na persistência de restos ovulares, encaminhava-se a participante para esvaziamento uterino cirúrgico na instituição. Apesar de a literatura preconizar 600 mcg via vaginal para aborto incompleto e 800 mcg para retido³², o primeiro protocolo institucional²⁹ recomendava 600mcg via vaginal para estes dois tipos de perda gestacional, orientação mantida nas versões subsequentes. Ainda que o misoprostol seja medicamento facilmente manejável e seguro⁵⁻⁸, para evitar resistência dos profissionais da instituição, não foi cogitada a autoadministração em domicílio, como acontece nos países onde o aborto não é criminalizado.

Neste ínterim, enfermeiras do Atenas monitoravam as participantes a cada três dias³⁰, por telefone, em linha não exclusiva do programa. Na primeira ligação, repetiam-se informações sobre a iniciativa; realizava-se monitoramento e orientações sobre sinais e sintomas clínicos (febre, dor, odor, sangramento, sinais de infecção, entre outros). Nos telefonemas subsequentes, realizava-se a escuta das mulheres ou discutiam-se questões identificadas pela equipe (ansiedade pelo sangramento ou pressão dos familiares para realizarem imediatamente a curetagem); monitorava-se a evolução do quadro clínico; acompanhavam-se as demandas socioemocionais (como violência doméstica, ansiedade pela finalização do aborto) e agendamentos de consultas e exames (*figura 1*).

Na alta do Atenas, elas recebiam orientações médicas: planejamento familiar;

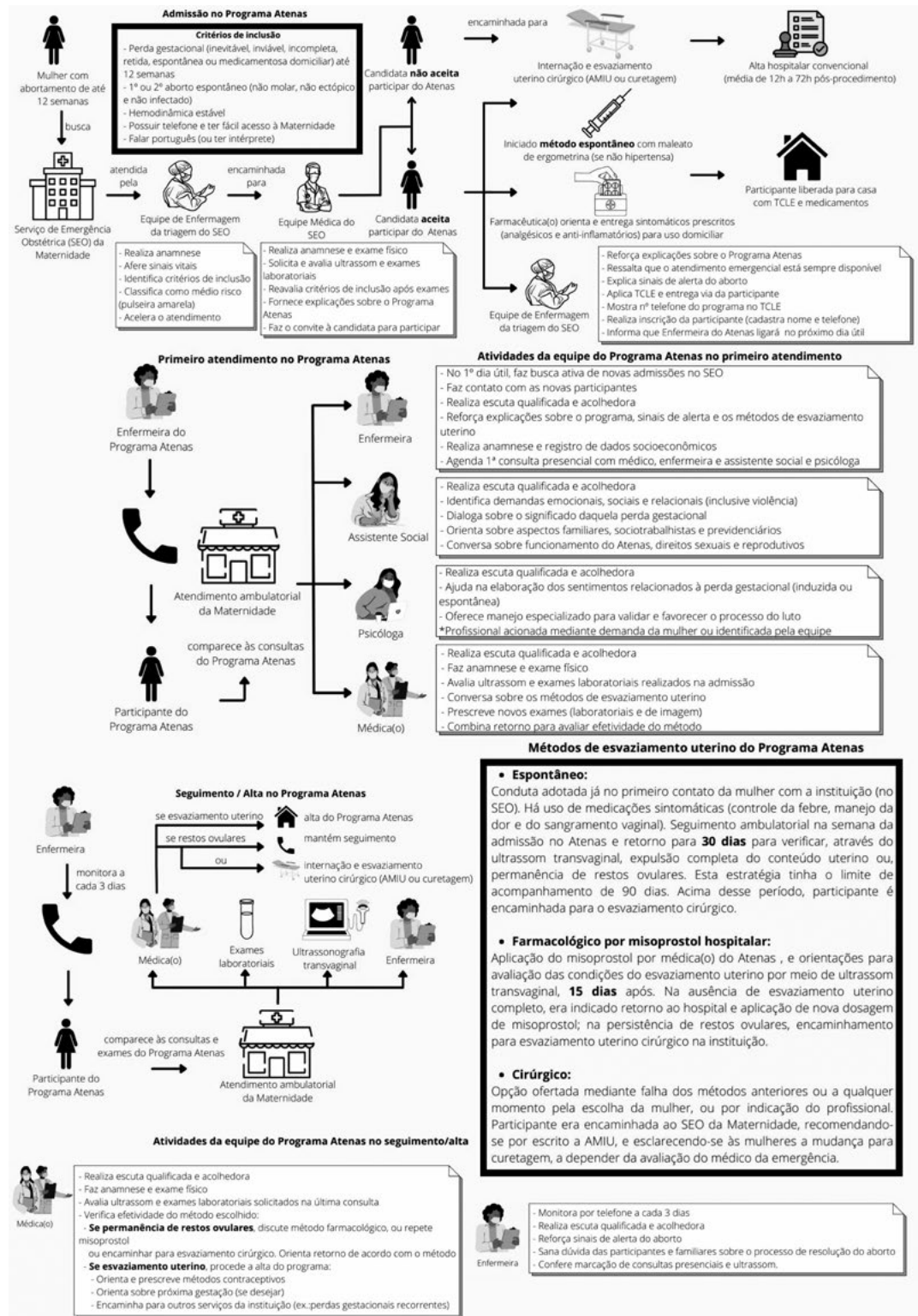
aconselhamento para futura gestação (caso quisessem); prescrição de contraceptivos (inclusive DIU – Dispositivo Intrauterino); encaminhamento para outros setores da instituição, como acompanhamento de perdas gestacionais recorrentes. Enfermeiras e assistentes sociais do programa abordavam aspectos relativos aos direitos sexuais e reprodutivos; à violência contra a mulher e às questões trabalhistas (afastamento legal das atividades laborais) (*figura 1*).

Por decisão interna do Atenas, a equipe multiprofissional era orientada a não questionar o tipo do aborto, se provocado ou espontâneo, a menos que este dado fosse importante para viabilizar algum tipo de cuidado. Contudo, esse questionamento podia ocorrer nas interações com outros profissionais de saúde da Maternidade.

Elaborados protocolos e fluxos de atendimento, foram direcionados profissionais, alocados no setor ambulatorial ou com escala laboral administrativa, à equipe do Atenas. A médica coordenadora capacitou estrategicamente profissionais responsáveis pelo primeiro atendimento das mulheres na emergência obstétrica, colocando-se disponível para sanar dúvidas por telefone e mensagens de texto via WhastApp®.

Desafio inicial foi superar a resistência dos profissionais, de um lado relacionada aos temores acerca do monitoramento telefônico, do outro, aos aspectos éticos legais envolvidos. Para enfrentar o medo de “perder o carimbo” por complicações ou morte das mulheres por desassistência e o receio de processos judiciais, buscou-se junto à equipe atestar a segurança das condutas propostas. Esclarecimentos, apoiados em evidências científicas, eram abordados nos protocolos e nos treinamentos, reiterando-se o baixo risco dos procedimentos propostos, e a conformidade do Atenas à legislação nacional sobre aborto e às normas do exercício profissional.

Figura 1. Fluxograma de funcionamento do Programa Atenas. Salvador-Bahia, 2021



Fonte: elaborao prpria.

Perfil dos atendimentos

As 723 mulheres assistidas no Atenas tinham características sociodemográficas diversificadas, embora largamente autodeclaradas negras (37,3% pretas, 47,9% pardas) e adultas jovens (80,5% entre 20 e 39 anos). Metade (54,1%) era casada ou em união estável/consensual. A maioria (62,5%) possuía ensino médio; e 14,4% superior. Grande parte (80,4%) professava algum credo religioso, destacando-se católicas (42,2%) e evangélicas (32,1%) (tabela 1).

Ressaem-se como ocupação, donas de casa (12,6%), estudantes (11,1%); profissionais da área da saúde (8,2%); educadoras (3,0%) e administradoras (1,4%). Maior parcela das mulheres foi proveniente da emergência da Maternidade, encaminhada pelos plantonistas; outra parte vinha de consultórios e instituições da rede privada que buscava o serviço por recomendação de profissionais que trabalhavam na Maternidade ou colegas, mas não há registro do quantitativo destas participantes (dados não apresentados). Isto tem expressão no perfil das participantes, com parcela das mulheres de nível superior de escolaridade, diferenciado das usuárias do SUS.

Para esvaziar o útero, a maioria (73,6%) não precisou de internação hospitalar: para 58,4% delas, isto ocorreu de forma espontânea e 15,2% pelo método medicamentoso (tabela 2). Apenas 191 (26,4%) mulheres realizaram esvaziamento cirúrgico, a maioria na instituição: 14,5% curetagem, 10,4% Amiu e 1,5% Amiu seguida de curetagem (tabela 3). Entre aquelas submetidas ao esvaziamento cirúrgico, 21,5% o fizeram após falha do misoprostol hospitalar. Quase a metade (52,4%) das que optaram pelo esvaziamento cirúrgico o fizeram por desistência do método espontâneo; dor; sangramento; e medo de complicações, e 47,6% receberam indicação médica, relacionada a sangramento intenso, risco infeccioso, suspeita de Doença Trofoblástica Gestacional e a quadros não resolvidos pelos métodos anteriores (dados não apresentados).

Durante o acompanhamento, as mulheres geralmente se queixaram de sintomas de fácil resolução, como “dor de cabeça” e “dor no pé da barriga”, sanados com analgésicos recebidos. Não houve episódios de complicação grave, transferência para Unidade de Terapia Intensiva (UTI), nem registro de mortes no período analisado (dados não apresentados).

As mulheres, ao seguimento telefônico, mostravam-se particularmente ansiosas no momento do sangramento vaginal domiciliar. Apesar do acompanhamento individualizado e da busca de construção de vínculo entre enfermeiras e mulheres (tratavam-se pelos prenomes, por exemplo), muitas relataram pressão da rede de familiares e amigos para realização imediata da curetagem. Como este procedimento tornou-se referência na atenção hospitalar ao aborto no país, parte dessa rede, por desconhecimento, assumia posição contrária às condutas, expectante e medicamentosa, mesmo com suporte da equipe multiprofissional.

O Atenas não contabilizava o tempo relativo ao fim do aborto, evidenciado pelo esvaziamento cirúrgico ou pelos relatos das mulheres de eliminação de coágulos e restos ovulares em domicílio, ratificados pelo resultado “*sem anormalidades*” da ultrassonografia. Apenas o período total do acompanhamento no Atenas era quantificado: do primeiro dia de atendimento na emergência obstétrica até a alta do programa (após comparecimento da participante e avaliação dos exames), mesmo após Amiu/curetagem na própria instituição.

O período assistencial no Atenas variou de zero (alta no mesmo dia do ingresso) a 361 dias (difícil seguimento). Para 12,3% das mulheres, isto ocorreu em até 15 dias. A maioria (55,3%) recebeu alta entre 16 e 60 dias (tabela 2). O menor tempo de acompanhamento ocorreu com métodos cirúrgicos de esvaziamento uterino, com medianas de 28, 33 e 39 dias, respectivamente, para Amiu com curetagem; curetagem; e Amiu (tabela 3). Mesmo sendo métodos de resolução mais imediata, este período também inclui o recebimento da alta,

ocorrida na consulta médica final do Atenas. Dificuldades financeiras para comparecer e/ou incompatibilidade de agenda das mulheres com as datas das consultas médicas presenciais também podem ter contribuído para o aumento do tempo de permanência no Atenas.

Além da dificuldade das mulheres em comparecer às consultas de alta – por questões profissionais, financeiras, familiares ou por acreditarem que o aborto já estava resolvido – adversidades relacionadas ao seguimento do Atenas envolveram problemas de acesso à ultrassonografia transvaginal, já que o setor de imagem supria a demanda de toda a instituição. Como o resultado deste exame era um condicionante para a alta, suas vagas limitadas postergavam o encontro final com o médico, aumentando o tempo de acompanhamento. Longos seguimentos ainda ocorreram entre participantes claudicantes, que ora atendiam ao telefone, ora não, até serem classificadas como perdas de seguimento. A partir de 2020, com a pandemia de covid-19, mulheres com sintomas gripais tiveram consultas ambulatoriais e ultrassonografias adiadas até a resolução do quadro, contribuindo também para o prolongamento no Atenas.

Para aquelas com relatos de abortos espontâneos, o tempo de acompanhamento mais demorado foi avaliado como benéfico, ajudando-as na elaboração de sentimentos relacionados ao luto, permitindo-lhes processar a perda gestacional e do ente perdido.

O Programa, como um todo, teve percalços, como mudança na coordenação, ausência de linha telefônica própria com espaço privativo e equipe multidisciplinar não exclusiva. Os profissionais dividiam esta atividade com outras relativas aos atendimentos de gestantes, parturientes e puérperas. Não houve processo seletivo interno para composição da equipe, sendo alocados profissionais de acordo com a escala do atendimento ambulatorial.

Entre 2017 e 2020, com a reforma da Maternidade, o serviço de emergência obstétrica (principal porta de entrada do Programa) só atendia pacientes por demanda referenciada, contribuindo para que menos mulheres ingressassem no Atenas, cuja demanda espontânea era a mais importante forma de acesso. Em 2020, devido à pandemia, o Atenas foi desativado, sendo retomado em 2021.

Tabela 1. Mulheres atendidas no Programa Atenas entre 2014 e 2021, segundo características sociodemográficas e reprodutivas. Salvador-Bahia, 2021

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E REPRODUTIVAS(1)	N = 723	%
Idade (anos)		
10-14	02	0,3
15-19	44	6,1
20-29	263	36,4
30-39	319	44,1
40-49	95	13,1
Raça/cor		
Preta	270	37,3
Parda	346	47,9
Branca	93	12,9
Indígena	05	0,7
Amarela	02	0,3
Escolaridade		
Médio incompleto	159	22,0

Tabela 1. Mulheres atendidas no Programa Atenas entre 2014 e 2021, segundo características sociodemográficas e reprodutivas. Salvador-Bahia, 2021

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E REPRODUTIVAS(1)	N = 723	%
Médio completo	452	62,5
Superior completo	104	14,4
Religião		
Candomblé	05	0,7
Católica	305	42,2
Evangélica	232	32,1
Espírita	15	2,1
Outros credos	10	1,4
Sem religião	142	19,6
Situação conjugal		
Casada / união estável	391	54,1
Divorciada / separada	08	1,1
Solteira	320	44,3
Viúva	01	0,1
Gestação (incluindo esta)		
Primigesta	239	33,1
Secundigesta	229	31,7
Multigesta	248	34,3
Filhos vivos		
Sim	378	52,3
Não	338	46,7
Aborto (incluindo este)		
1 episódio	478	66,1
2 episódios	162	22,4
≥ 3 episódios	76	10,5

Fonte: elaboração própria.

(1) Os totais variam de acordo com a falta de informação de cada uma das variáveis.

Tabela 2. Mulheres atendidas no Programa Atenas entre 2014 e 2021, segundo tipo de desfecho e duração do tempo de acompanhamento. Salvador-Bahia, 2021

Tipo de esvaziamento uterino	N = 723	%
Amiu	75	10,4
Curetagem	105	14,5
Amiu e curetagem	11	1,5
Espontâneo	422	58,4
Misoprostol	110	15,2
Tempo de acompanhamento (dias)		
0 - 7	23	3,2
8 - 15	66	9,1
16 - 30	115	15,9

Tabela 2. Mulheres atendidas no Programa Atenas entre 2014 e 2021, segundo tipo de desfecho e duração do tempo de acompanhamento. Salvador-Bahia, 2021

Tipo de esvaziamento uterino	N = 723	%
31 - 45	184	25,4
46 - 60	101	14,0
61 - 75	73	10,1
76 - 90	55	7,6
≥ 91	106	14,7

Fonte: elaboração própria.

Tabela 3. Tempo de resolução (em dias) dos tipos de desfecho do Programa Atenas. Salvador-Bahia, 2021

TIPOS DE ALTA NO ATENAS	TEMPO DE RESOLUÇÃO	MD (1Q - 3Q)		
		MD	1Q	3Q
Amiu	3 a 260	39	22	61
Amiu e curetagem	8 a 107	28	14	55
Curetagem	1 a 179	33	16	57
Espontâneo	0 a 361	44	34	73
Misoprostol	0 a 252	52	23	81

Fonte: elaboração própria.

MD = mediana.

1Q = 1º quartil.

3Q = 3º quartil.

Discussão

O Atenas vem se mostrando uma iniciativa factível, segura e viável, em um contexto de criminalização do aborto. Apresenta-se como uma alternativa à atenção hospitalocêntrica, conformada por práticas consideradas como violência institucional: curetagem compulsória, maus tratos, negligência do atendimento, e mesmo denúncia das mulheres à polícia por profissionais de saúde¹.

O programa foi elaborado à luz do marco da humanização da atenção ao aborto seguro, e consoante às normas nacionais e internacionais. Levou à desospitalização e redirecionamento de recursos humanos e hospitalares. Proporcionou atendimento baseado no vínculo e cuidado individualizado. Para mulheres com relatos de abortos espontâneos, representou

um momento de elaboração de sentimentos, como o luto. Para aquelas que o induziram, tornou-se espaço mais protegido e seguro para que fossem objeto de cuidado. Distingue-se ao apresentar uma equipe de enfermeiras que telemonitora as mulheres, acolhendo-as e orientando-as sobre sinais e sintomas de alerta para buscar atendimento médico.

Na ausência de trabalhos sobre iniciativas como o Atenas na América Latina, recorre-se aqui a uma comparação com as *helplines*, tomadas como referência, ainda que estas tenham origem distinta e assumam configurações específicas nos contextos onde funcionam.

As *helplines* da América Latina (como Argentina, Chile, Equador, Peru e Venezuela) são lideradas por grupos feministas, sem apoio governamental, com necessidade regular de

angariar fundos. Fornecem orientações por telefone sobre aborto medicamentoso (autogestão, dosagem dos medicamentos, via de administração, sintomas e complicações). Em contexto de ilegalidade, informam como se comportar em caso de atendimento hospitalar para evitar denúncias pelos profissionais de saúde³³. Diferentemente, o Atenas está inserido no SUS, é realizado por profissionais de saúde e fornece os cuidados relativos ao aborto.

Também há pouca comparabilidade do Atenas com estudos nacionais, pelo ineditismo do Programa, mas o telemonitoramento assemelha-se ao oferecido pelo Nuavidas³⁴, que oferta aborto legal por telemedicina.

Os resultados do Atenas dialogam com iniciativas semelhantes em países socioeconômico-culturalmente diferentes, sobretudo quanto ao status legal do aborto. Nos EUA, para o aborto medicamentoso (misoprostol-mifepristona) até 12 semanas, a telemedicina tem se consolidado como alternativa aos centros de planejamento reprodutivo, principalmente pós pandemia de covid-19³⁵. Flexibilidade dos horários das consultas; privacidade; menor custo; não deslocamento; menos estigma; maior comodidade; e equivalência ao atendimento presencial são alguns atrativos apontados pelas mulheres³⁵, contribuindo para o crescimento do aborto medicamentoso via telemedicina³⁶. Com apenas câmera e computador, consultas são realizadas à distância³⁷. Usuárias do Planned Parenthood, um dos serviços reprodutivos estadunidenses, por exemplo, são assistidas através de videoconferência por médicos e enfermeiras, podendo contatar estes profissionais em caso de dúvidas ou falta de resposta da mifepristona/misoprostol³⁸. Na França, médicos e *sage-femmes* (parteiras) são autorizados a realizar todas as etapas do aborto medicamentoso por *téléconsultation*, com a dispensação dos comprimidos pela farmácia de escolha da mulher³⁹. Também é possível, no Canadá, que médicos e enfermeiras usem a telemedicina em diferentes etapas do atendimento consulta inicial (86%), prescrição dos medicamentos (82,2%) e acompanhamento do

processo de abortamento (92,2%) e monitorem as mulheres principalmente através do β -HCG (84,2%) e do telefone (56,4%)⁴⁰.

Entre 2014 e 2021, a maioria das participantes do Atenas (73,6%), até 12 semanas de gestação, não precisou de hospitalização para esvaziar o útero (58,4% o fizeram espontaneamente e 15,2% por misoprostol hospitalar). No Havaí, estudo evidenciou que 95,8% das mulheres, até 77 dias de gestação, que associaram à telemedicina ao aborto medicamentoso, não precisaram de intervenção cirúrgica⁴¹. Na Inglaterra, 98,8% das usuárias de três serviços de aborto, até 69 dias de gestação, igualmente obtiveram êxito com a telemedicina¹⁵.

Apesar das potencialidades, o Atenas enfrentou dificuldades para sua implementação. Mudanças na coordenação, reforma institucional, pandemia de covid-19 e limites institucionais (falta de infraestrutura e equipe exclusiva) dificultaram a consolidação do programa. Em outros contextos, onde o aborto é legal, profissionais de saúde também relataram dificuldades entre usuárias dos serviços de aborto por telemedicina: nos EUA, confirmação da identidade; garantia de quem faria o uso dos medicamentos enviados; acesso daquelas de menoridade sem consentimento parental³⁵; no Canadá, datar a gestação pela ultrassom; dificuldade de pagamento dos profissionais; falta de acesso ao teste de β -HCG; ausência de serviço emergencial próximo – fatores que representariam barreiras de acesso ao aborto por telemedicina⁴⁰. Algumas usuárias de serviço nos EUA apontaram falhas técnicas (com internet ou plataformas de acesso) que atrapalharam a teleconsulta; receio de quebra de privacidade e preferência pelo atendimento presencial⁴².

Fatores macroestruturais também interferiram negativamente no Atenas, como a criminalização do aborto, pois as mulheres retardam a busca por atendimento hospitalar, pelo medo de serem denunciadas ou maltratadas²¹. Também a ausência de mifepristona no Brasil impede o acesso a uma tecnologia mais efetiva, pois o uso isolado de misoprostol torna

o tempo de expulsão do conteúdo uterino mais demorado⁵⁻⁷, prolongando o acompanhamento no programa.

Grupos feministas latino-americanas, que orientam o aborto medicamentoso via telemedicina e fornecem as pílulas de mifepristona-misoprostol, com atuação no Brasil, também identificaram dificuldades relacionadas ao acesso das usuárias. Estudo com entrevistas e grupo focal com ativistas aponta que, nos atendimentos de 2019, houve maior utilização do serviço por mulheres mais velhas, brancas, com maior escolaridade, assim como por residentes em estados mais ricos, com maior escolarização e menor proporção de racialização populacional, situadas nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste. Desigualdades sociais, relacionadas à gênero, raça e classe estão sendo reproduzidas no acesso à internet, tornando-se barreiras ao serviço de aborto por telemedicina⁴³. Neste sentido, Kerestes e colaboradores⁴¹ enfatizam a importância de manter o atendimento presencial como opção para pessoas com acesso tecnológico limitado.

As potencialidades do Atenas, na realidade brasileira, suscitam novos estudos sobre o programa, quanti e qualitativos, de modo a analisar a experiência distinta das mulheres, segundo marcadores sociais, como escolaridade e raça/cor, além do tipo do aborto; investigar as implicações sobre a não declaração do tipo de aborto e se houve uma predileção de indicação ao Programa de mulheres com abortos espontâneos; compreender os fatores associados à escolha pelo tipo de esvaziamento uterino e as razões declaradas pelas participantes; verificar a relação entre a escolha do método, o tempo de espera e o tipo de aborto, haja vista que supostamente mulheres com aborto provocado preferem rápida resolução.

Este é o primeiro estudo que evidenciou a importância de uma iniciativa inédita de atenção ao aborto no SUS, com oferta de métodos espontâneo e medicamentoso na resolução dos abortos retidos e incompletos. Mostrou a boa aceitabilidade das participantes para o esvaziamento espontâneo e

farmacológico, poucas perdas de seguimento, bem como o reconhecimento de profissionais, que encaminharam mulheres do serviço privado. Revelou o pioneirismo no SUS, apresentando a tecnologia do monitoramento telefônico de enfermagem como estratégia de vínculo e manutenção do cuidado integral; de gestão de leitos; e de realocação de recursos.

Considerações finais

A telessaúde, alternativa consolidada de atenção às mulheres com aborto, apresentou forte crescimento nas últimas décadas. Definida desde 2002 pelas instâncias competentes no Brasil⁴⁴, frente à pandemia de covid-19, foi fortalecida através da Lei nº 13.989/2020⁴⁵; da Portaria nº 467/2020⁴⁶ do Ministério da Saúde; do Ofício nº 1.756/2020⁴⁴ e da Resolução nº 2.314/2022⁴⁷ do Conselho Federal de Medicina; e Resolução nº 696/2022⁴⁸ do Conselho Federal de Enfermagem.

A OMS¹² orienta a garantia dos serviços de saúde sexual e reprodutiva, sobretudo em crises sanitárias e humanitárias, sob risco de expor a população de mulheres e meninas, a gestações não intencionais; abortos inseguros, complicações de partos e mortes maternas. Estima-se que, devido às medidas não farmacológicas de enfrentamento à covid-19 (quarentena, distanciamento social e restrição da locomoção), ou ainda medo da doença, milhares de mulheres tenham ficado sem acesso a serviços importantes, como pré-natal e planejamento reprodutivo⁴⁹. A inacessibilidade de métodos contraceptivos pode resultar em milhões de gestações não intencionais. No Brasil, 45% dos 76 serviços de aborto legal foram descontinuados já antes da pandemia⁴⁹. Nesse contexto, a telessaúde tem sido fortemente recomendada por diversas entidades internacionais (OMS¹², Figo¹³, Flaso¹⁴) e nacionais (Federação Brasileira da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia – Febrasgo⁵⁰), sobretudo no aborto, para que as mulheres usufruam dos seus direitos sexuais e reprodutivos.

O Atenas – iniciativa orgânica da Maternidade, sem apoio financeiro de órgãos externos, em consonância com as recomendações nacionais e internacionais – representa um avanço em direção à atenção humanizada às mulheres com aborto. Deveria ser estendido a toda rede pública de saúde, visando ampliação do acesso ao cuidado integral e humanizado ao aborto. Suas premissas de humanização deveriam integrar e apoiar toda a atenção obstétrica, inclusive no parto e no puerpério.

Para superar as dificuldades encontradas, é necessário equipe exclusiva (com definição de critérios de seleção e fixação de escala para todos os integrantes), considerando que os profissionais do Atenas atuam em outras atividades; sensibilização de todos os profissionais do hospital, inclusive de estudantes e residentes, devendo se constituir em campo de estágio obrigatório; implantação de linha telefônica exclusiva em espaço com privacidade garantida; oferta de vagas de ultrassonografia ou de outras tecnologias que comprovem a resolução do aborto; ampla divulgação do Programa na rede de serviços de saúde, inclusive nas mídias digitais.

O surgimento (e consolidação) do Atenas no âmbito do SUS é um símbolo de resistência e avanço. Representa o quanto o sistema público de saúde – apesar do subfinanciamento

e sucateamento – é capaz de proporcionar um serviço de mais qualidade às mulheres.

O Atenas resistiu a uma conjuntura política adversa, de ataque aos direitos sexuais e reprodutivos; negação de direitos das mulheres; edição de portarias dificultando o acesso ao aborto legal; perseguição a estudiosos e instituições que atuavam com a temática; inflexibilidade do legislativo e ativismo antiaborto do executivo federal. Com o terceiro mandato presidencial de Lula, espera-se que ocorram mudanças na condução dessa pauta no Ministério da Saúde, não respaldando suas decisões e políticas públicas em questões morais e religiosas, mas em evidências científicas, de modo a qualificar a atenção ao aborto, assegurando o direito das mulheres à saúde e à vida.

Colaboradoras

Victa AGLB (0000-0002-9442-1345)* realizou a concepção, o delineamento, a coleta, a análise e interpretação dos dados. McCallum C (0000-0003-1927-7774)* e Menezes G (0000-0002-8393-2545)* também participaram destas etapas, exceto na coleta de dados. Quanto à redação do artigo, revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada, todas as autoras contribuíram. ■

Referências

1. Aquino EML, Menezes G, Barreto-de-Araújo TV, et al. Qualidade da atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde do Nordeste brasileiro: o que dizem as mulheres? *Ciênc. saúde coletiva*. 2012 [acesso em 2015 nov 23]; 17(7):1765-76. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000700015>.
2. Organização Mundial da Saúde. *Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde*. Geneva: OMS; 2013. 136 p. [acesso em 2015 set 12]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/7/9789248548437_por.pdf.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

3. World Health Organization. Abortion care guideline. Geneva: WHO; 2022. 230 p. [acesso em 2022 mar 13]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349316>.
4. Beaman J, Prifti C, Schwarz EB, et al. Medication to Manage Abortion and Miscarriage. *J. Gen. Intern. Med.* 2020 [acesso em 2022 maio 30]; 35(8):2398-2405. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11606-020-05836-9>.
5. Blum J, Raghavan S, Dabash R, et al. Comparison of misoprostol-only and combined mifepristone-misoprostol regimens for home-based early medical abortion in Tunisia and Vietnam. *Int. J. Gynaecol. Obstet.* 2012 [acesso em 2022 maio 30]; 118(2):166-71. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2012.03.039>.
6. Dahiya K, Ahuja K, Dhingra A, et al. Efficacy and safety of mifepristone and buccal misoprostol versus buccal misoprostol alone for medical abortion. *Arch. Gynecol. Obstet.* 2012 [acesso em 2022 mar 27]; 285(4):1055-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00404-011-2110-8>.
7. Ngoc NT, Blum J, Raghavan S, et al. Comparing two early medical abortion regimens: mifepristone+misoprostol vs. misoprostol alone. *Contraception.* 2011 [acesso em 2022 mar 27]; 83(5):410-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2010.09.002>.
8. Ng BK, Annamalai R, Lim PS, et al. Outpatient versus inpatient intravaginal misoprostol for the treatment of first trimester incomplete miscarriage: a randomised controlled trial. *Arch. Gynecol. Obstet.* 2015 [acesso em 2021 dez 19]; 291(1):105-13. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00404-014-3388-0>.
9. Moreau C, Shankar M, Glasier A, et al. Abortion regulation in Europe in the era of COVID-19: a spectrum of policy responses. *BMJ Sex. Reprod. Health.* 2021 [acesso em 2022 fev 20]; 47:e14. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjsexrh-2020-200724>.
10. Pilecco FB, Mccallum CA, Almeida MC, et al. Aborto e a pandemia da COVID-19: lições para América Latina. *Cad. Saúde Pública.* 2021 [acesso em 2021 nov 28]; 37(6):1678-4464. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00322320>.
11. Dorsey ER, Topol EJ. Telemedicine 2020 and the next decade. *Lancet.* 2020 [acesso em 2020 nov 22]; 395(10227):859. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30424-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30424-4).
12. World Health Organization. Maintaining essential health services: operational guidance for the COVID-19 context: interim guidance. Geneva: WHO; 2020. 61 p. [acesso em 2021 ago 26]. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-essential_health_services-2020.2.
13. International Federation of Gynecology and Obstetrics. FIGO endorses the permanent adoption of telemedicine abortion service]. London: FIGO; 2021. [acesso em 2021 dez 19]. Disponível em: <https://www.figo.org/FIGO-endorses-telemedicine-abortion-services>.
14. Federación Latinoamericana de Sociedades e Obstetricia y Ginecología. Posición sobre la Telemedicina en el Aborto con Medicamentos. *Boletín FLASOG.* 2023 [acesso em 2023 jul 2]; 9(54):1-24. Disponível em: https://flasog.org/wp-content/uploads/2023/07/FLASOG_mayo_junioL_compressed-1.pdf.
15. Aiken A, Lohr PA, Lord J, et al. Effectiveness, safety and acceptability of no-test medical abortion (termination of pregnancy) provided via telemedicine: a national cohort study. *BJOG.* 2021 [acesso em 2022 jan 16]; 128(9):1464-74. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16668>.
16. Hyland P, Raymond EG, Chong E. A direct-to-patient telemedicine abortion service in Australia: Retrospective analysis of the first 18 months. *Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaecol.* 2018 [acesso em 2021 jun 6]; 58(3):335-40. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ajo.12800>.
17. Aiken AR, Starling JE, Gomperts R, et al. Demand for self-managed online telemedicine abortion in eight European countries during the COVID-19 pandemic: a regression discontinuity analysis. *BMJ*

- Sex. Reprod. Health. 2021 [acesso em 2022 jan 9]; 47:238-45. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.srh-2020-200880>.
18. Gomperts RJ, Jelinska K, Davies S, et al. Using telemedicine for termination of pregnancy with mifepristone and misoprostol in settings where there is no access to safe services. *BJOG*. 2008 [acesso em 2018 abr 21]; 115(9):1171-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2008.01787.x>.
 19. Jelinska K, Yanowb S. Putting abortion pills into women's hands: realizing the full potential of medical abortion. *Contraception*. 2018 [acesso em 2018 fev 22]; 97(2):86-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2017.05.019>.
 20. Zordo S. The biomedicalisation of illegal abortion: the double life of misoprostol in Brazil. *Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos*. 2016 [acesso em 2018 abr 18]; 23(1):19-36. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702016000100003>.
 21. Goes EF, Menezes G, Almeida MC, et al. Vulnerabilidade racial e barreiras individuais de mulheres em busca do primeiro atendimento pós-aborto. *Cad. Saúde Pública*. 2020 [acesso em 2020 set 6]; 36:e00189618. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X0018961>.
 22. Diniz D, Madeiro A. Cytotec e aborto: a polícia, os vendedores e as mulheres. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012 [acesso em 2018 abr 24]; 17(7):1795-1804. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000700018>.
 23. Duarte NI, Moraes LL, Andrade CB. A experiência do aborto na rede: análise de itinerários abortivos compartilhados em uma comunidade online. *Ciênc. saúde coletiva*. 2018 [acesso em 2021 out 17]; 23(10):3337-46. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.14062018>.
 24. Diniz D, Medeiros M, Madeiro A. National Abortion Survey - Brazil, 2021. *Ciênc. saúde coletiva*. 2023 [acesso em 2023 abr 16]; 28(6):1601-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023286.01892023>.
 25. Heilborn ML, Cabral CS, Brandão ER, et al. Itinerários abortivos em contextos de clandestinidade na cidade do Rio de Janeiro – Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012 [acesso em 2015 nov 23]; 17(7):1699-1708. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000700008>.
 26. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. Brasília, DF: MS; 2011. 62 p. [acesso em 2015 set 8]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf.
 27. Fonseca SC, Domingues M, Leal MC, et al. Aborto legal no Brasil: revisão sistemática da produção científica, 2008-2018. *Cad. Saúde Pública*. 2020 [acesso em 2021 out 3]; 36:e00189718. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00189718>.
 28. Assunção MF, Soares RC, Serrano I. A superlotação das maternidades em Pernambuco no contexto atual da política de saúde. *Serv. Soc. Rev.* 2014 [acesso em 2022 mar 13]; 16(2):05-35. Disponível em: <https://doi.org/10.5433/1679-4842.2014v16n2p05>.
 29. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos HumanizaSUS: atenção hospitalar. Brasília, DF: MS; 2011. 137 p. v. 3. [acesso em 2018 fev 11]. Disponível em: <https://redehumanizasus.net/wp-content/uploads/2017/09/Cadernos-HumanizaSUS-Volume-3--Atenc%CC%A7a%CC%83o-Hospitalar-1.pdf>.
 30. Maternidade Climério de Oliveira. Norma técnica: assistências às pacientes em situação de abortamento. Salvador: MCO; 2014. 43 p.
 31. Maternidade Climério de Oliveira. Protocolo do Programa Atenas. Salvador: MCO; 2021. 71 p.
 32. Federación Latino Americana de Sociedades de Obstetricia Y Ginecología. Uso de misoprostol em obstetricia y ginecología. Santa Cruz de la Sierra: FLASOG; 2007. 106 p. [acesso em 2018 abr 24]. Disponível em: <https://livrozilla.com/doc/1190818/uso-de-misoprostol-em-obstetr%C3%ADcia-e-ginecologia>.

33. Drovetta RI. Safe abortion information hotlines: an effective strategy for increasing women's Access to safe abortions in Latin America. *Reprod. Health Matters*. 2015 [acesso em 2022 jan 16]; 23(45):47-57. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2015.06.004>.
34. Instituto de Bioética; Global Doctors for Choice Brasil; Núcleo de Atenção Integral a Vítimas de Agressão Sexual (Nuavidas). *Aborto legal via tele-saúde: orientações para serviços de saúde*. Brasília, DF: Letras Livres; 2021. [acesso em 2022 fev 20]. Disponível em: <https://anis.org.br/publicacoes/aborto-legal-via-telessaude-orientacoes-para-servicos-de-saude-2021/>.
35. Kumsa FA, Prasad R, Shaban-Nejad A. Medication abortion via digital health in the United States: a systematic scoping review. *NPJ Digit. Med*. 2023 [acesso em 2023 ago 20]; 6(1):128. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41746-023-00871-2>.
36. Grossman DA, Grindlay K, Buchacker T, et al. Changes in Service Delivery Patterns After Introduction of Telemedicine Provision of Medical Abortion in Iowa. *Am. J. Public Health*. 2013 [acesso em 2018 abr 18]; 103:73-8. Disponível em: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301097>.
37. Grindlay K, Grossman D. Telemedicine provision of medical abortion in Alaska: Through the provider's lens. *J. Telemed. Telecare*. 2017 [acesso em 2023 ago 20]; 23(7):680-5. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1357633X16659166>.
38. Planned Parenthood Federation of America. *The Abortion Pill*. New York: PPFA; 2023. [acesso em 2023 jul 15]. Disponível em: <https://www.plannedparenthood.org/learn/abortion/the-abortion-pill>.
39. Haute Autorisé de Santé. *Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse*. Saint-Denis: HAS; 2021. [acesso em 2023 jul 24]. Disponível em: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-03/reco406_recommandations_ivg_medicamenteuse_mel.pdf.
40. Renner RM, Ennis M, Kyeremeh A, et al. Telemedicine for First-Trimester Medical Abortion in Canada: Results of a 2019 Survey. *Telemed. J. E. Health*. 2023 [acesso em ago 13]; 29(5):686-95. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/tmj.2022.0245>.
41. Kerestes C, Murayama S, Tyson J, et al. Provision of medication abortion in Hawai'i during COVID-19: Practical experience with multiple care delivery models. *Contraception*. 2021 [acesso em 2023 jul 30]; 104(1):49-53. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2021.03.025>.
42. Ruggiero S, Seymour J, Thompson T, et al. Patient and provider experiences using a site-to-site telehealth model for medication abortion. *Mhealth*. 2022 [acesso em 2023 jun 18]; 8:32. Disponível em: <https://doi.org/10.21037/mhealth-22-12>.
43. Larrea S, Palència L, Borrell C. Medical abortion provision and quality of care: what can be learned from feminist activists? *Health Care Women Int*. 2021 [acesso em 2022 set 4]; 45(09):1-20. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/07399332.2021.1969573>.
44. Conselho Federal de Medicina. *Ofício CFM N° 1756/2020 – COJUR*. Brasília, DF: CFM; 2020. 2 p. [acesso em 2021 jun 27]. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/images/PDF/2020_oficio_telemedicina.pdf.
45. Brasil. *Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020. Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2)*. Diário Oficial da União. 15 Abr 2020. [acesso em 2020 ago 16]. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos?tipo=LEI&numero=13989&ano=2020&ato=596MTQ61EMZpWT585>.
46. Brasil. Ministério da Saúde do Brasil. *Portaria nº 467, de 20 de março 2020. Dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de Telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional previstas no art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, decor-*

- rente da epidemia de COVID-19. Diário Oficial da União. 23 Mar 2020. [acesso em 2020 ago 16]. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=PRT&numero=467&ano=2020&ato=491ETTU5EMZpWT75f>.
47. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2314, de 5 de maio de 2022. Define e regulamenta a telemedicina, como forma de serviços médicos mediados por tecnologias de comunicação. Diário Oficial da União. 5 Maio 2022. [acesso em 2022 ago 21]. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2022/2314_2022.pdf.
48. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 696, de 17 de maio de 2022. Dispõe sobre a atuação da Enfermagem na Saúde Digital, normatizando a Telenfermagem. Diário Oficial da União. 23 Maio 2022. [acesso em 2022 ago 21]. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2022/05/Resolucao-696-2022.pdf>.
49. Reis AP, Goes EF, Pilecco FB, et al. Desigualdades de gênero e raça na pandemia de Covid-19: implicações para o controle no Brasil. Saúde debate. 2020; 44(esp4):324-40. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E423>.
50. Federação Brasileira da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia. Interrupções da gravidez com fundamentos e amparos legais. São Paulo: FEBRASGO; 2021. 32 p. [acesso em 2022 jan 9]. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/images/pec/anticoncepcao/n69---O---Interrupes-da-gravidez-com-fundamento-e-amparo-legais.pdf>.

Recebido em 08/10/2023

Aprovado em 22/03/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Ana Maria Costa

Validação transcultural da ImpRes-Tool-BR: uma ferramenta para desenvolvimento de projetos e pesquisas de implementação

Cross-cultural validation of ImpRes-Tool-BR: a tool for project development and implementation research

Carlos Alberto dos Santos Treichel¹, Leidy Janeth Erazo Chavez², Nikolaos Sevdalis³, Ioannis Bakolis³, Louise Mary Hull³, Rosana Teresa Onocko Campos⁴

DOI: 10.1590/2358-289820241418550P

RESUMO Este estudo tem como objetivo apresentar os resultados da tradução, validação transcultural e avaliação preliminar de uma ferramenta, originalmente desenvolvida no Reino Unido, para orientar pesquisadores brasileiros na elaboração de projetos e pesquisas de implementação rigorosos e de alta qualidade: ImpRes-BR. Seguindo boas práticas atualmente estabelecidas para validação transcultural de instrumentos e escalas, a ferramenta, juntamente com seu guia de utilização, foi traduzida e retrotraduzida, submetida a um teste piloto com 20 profissionais de saúde e avaliada por um painel de 10 especialistas que atribuíram os valores utilizados para os cálculos do Índice de Validade de Conteúdo ao nível do item (IVC-I) e escala (IVC-E). Nesse processo, além de índices de validade conceitual superiores à 90%, foi observado um IVC-I de pelo menos 0,90 em todos os domínios da ferramenta e seu guia e um IVC-E de 0,98. Estabelecida a validade da ferramenta e seu guia, a mesma foi aplicada em 14 projetos de pesquisa em fase de planejamento ou execução e foi reconhecida enquanto um instrumento potente para autoanálise das equipes na qualificação de seus projetos e fortalecimento destes em relação aos princípios da Ciência de Implementação.

PALAVRAS-CHAVE Ciência da Implementação. Estudo de validação. Métodos.

ABSTRACT *This study aims to present the results of the translation, cross-cultural validation and preliminary evaluation of a tool, originally developed in the United Kingdom, to guide Brazilian researchers in the elaboration of projects and rigorous and high-quality implementation research: ImpRes-BR. Following currently established good practices for cross-cultural validation of instruments and scales, the tool, together with its user guide, was translated and back-translated, subjected to a pilot test with 20 health professionals and evaluated by a panel of 10 specialists who assigned the values used for the calculations of the Content Validity Index at the item level (CVI-I) and scale (CVI-E). In this process, in addition to conceptual validity indices greater than 90%, an IVC-I of at least 0.90 was observed in all domains of the tool and its guide, and an IVC-E of 0.98. Having established the validity of the tool and its guide, it was applied in 14 research projects in the planning or execution phase and was recognized as a powerful instrument for self-analysis of the teams in the qualification of their projects and strengthening them in relation to the principles of the Implementation Science.*

KEYWORDS *Implementation Science. Validation study. Methods.*

¹Universidade de São Paulo (USP), Escola de Enfermagem (EE), Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica (ENP) - São Paulo (SP), Brasil.
treichel@usp.br

²Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) - São Luís (MA), Brasil.

³King's College de Londres, Health Service and Population Research Department, Centre for Implementation Science - Londres, Inglaterra.

⁴Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Faculdade de Ciências Médicas (FCM), Departamento de Saúde Coletiva (DSC) - Campinas (SP), Brasil.



Introdução

Com ampla expressão na Austrália, Reino Unido e Estados Unidos, e ocupando uma posição de destaque junto a importantes financiadores de pesquisa internacionais como o National Institutes of Health (NIH) e o Medical Research Council (MRC), as pesquisas de implementação correspondem ao estudo científico dos diversos processos que balizam a tradução das políticas públicas e das intervenções de saúde em mudanças efetivas na prática dos indivíduos e/ou dos serviços de saúde¹. Greenhalgh et al.² definem ainda as pesquisas de implementação como os esforços ativos e planejados para integrar uma inovação dentro de uma organização. Seu escopo considera aspectos que incluem os fatores que afetam a implementação, as estratégias utilizadas para interferir no contexto da intervenção ou implementação de uma política, bem como os resultados alcançados em nível individual e coletivo, e o estabelecimento de estratégias para a promoção da sustentabilidade da proposta e de seu uso em larga escala^{3,4}.

O crescente interesse das agências de fomento por esse tipo de pesquisa não se dá por acaso. Fixsen et al.⁵ demonstraram que enquanto a taxa média de sucesso das intervenções em saúde de maneira convencional era de 14% e levava em torno de 17 anos para incorporação na prática, intervenções conduzidas por meio de pesquisas de implementação tiveram uma taxa de sucesso de 80% em um período de 3 anos. O êxito desse tipo de pesquisa pode ser atribuído especialmente à radicalidade que assume em relação ao estudo do contexto e à participação de todas as partes interessadas nas diversas etapas da pesquisa.

A aplicabilidade das pesquisas de implementação tem se dado em diversas áreas, especialmente no sentido de endereçar suas persistentes lacunas de cuidado. Nesse sentido, o instrumental das pesquisas de implementação busca fornecer elementos que permitam identificar se quando uma política

ou intervenção de saúde falha como costuma acontecer – isso ocorreu porque a política ou intervenção foi ineficaz no ambiente em que se propôs (falha de intervenção), ou se uma boa política ou intervenção foi implementada incorretamente (falha de implementação)⁶.

Apesar de suas reconhecidas contribuições para o estudo das políticas e práticas de saúde, a pesquisa de implementação ainda é um campo incipiente no Brasil. Nesse sentido, entre os desafios colocados para o desenvolvimento desse tipo de pesquisa no País está a identificação, compilação e adaptação de bibliografias internacionais compatíveis com a realidade brasileira. Vale ressaltar que, internacionalmente, diversos recursos para pesquisa de implementação estão espalhados pela web ou em produtos acadêmicos, como compilações de instrumentos de medida⁷, compilação de estratégias de implementação⁸, orientações sobre o uso de teorias, estruturas e modelos etc.⁹.

Como resultado, pesquisadores de saúde sem acesso a conhecimentos especializados em Ciência de Implementação têm a tarefa de identificar e assimilar orientações e recomendações de *design* dispostas em diferentes fontes ao projetar suas pesquisas. Esta é uma tarefa desafiadora e nem sempre realizada com sucesso. O desafio de projetar uma pesquisa de implementação é ainda exacerbado pelo fato de que esse tipo de pesquisa atravessa diversos campos científicos, o que dificulta a avaliação e síntese da literatura relevante para informar decisões de *design*¹⁰.

Ao se deparar com uma realidade semelhante, alguns anos atrás, um grupo de pesquisadores do Centre for Implementation Science, vinculado ao departamento de Health Services & Population Research do King's College London, coordenou uma iniciativa que resultou na criação da ImpRes Tool, uma ferramenta para melhorar a qualidade de projetos de pesquisa na Ciência de Implementação. Segundo seus autores, até aquele momento, faltavam diretrizes e recomendações que descrevessem como projetar pesquisas de implementação,

portanto, a ImpRes foi desenvolvida para preencher essa lacuna. Combinada com um guia, essa ferramenta tem como objetivo permitir que as equipes de pesquisa elaborem pesquisas de implementação de alta qualidade e, como resultado, implementem intervenções baseadas em evidências na prática dos serviços, reduzindo assim o desperdício de pesquisas e melhorando os resultados de saúde¹⁰. A mesma pode ser usada ainda na avaliação retrospectiva de projetos, a fim de identificar lacunas que precisam ser levadas em conta no processo de avaliação dos resultados de estudos originados desses projetos.

A ferramenta ImpRes contém dez domínios que, com base nas evidências atuais, cobrem os princípios e métodos centrais da Ciência de Implementação que pesquisadores devem considerar ao projetar uma pesquisa do tipo. Isso inclui (1) características da pesquisa de implementação, (2) teorias, estruturas e modelos de implementação, (3) determinantes da implementação: fatores contextuais, (4) estratégias de implementação, (5) desfechos relativos aos serviços e aos usuários, (6) desfechos de implementação, (7) consequências não intencionais, (8) avaliação econômica, (9) envolvimento e engajamento das partes interessadas, (10) envolvimento e engajamento dos usuários e da comunidade. Sua construção se deu através de um extenso processo de revisão da literatura, seguida de um painel internacional de especialistas multidisciplinares engajados em um processo interativo de *brainstorming* e construção de consenso¹⁰.

Mediante aplicação em 15 projetos científicos de implementação do National Institute of Health Research (NIHR) conduzidos pela Collaboration for Leadership in Applied Health Research and Care (CLAHRC) de South London, a ImpRes se mostrou uma ferramenta útil para (1) autorreflexão das equipes dos projetos acerca do processo de implementação, (2) identificação de áreas do projeto onde faltavam elementos centrais da pesquisa de implementação, (3)

fortalecimento da Ciência de Implementação nos projetos, e (4) auditoria do rigor e qualidade da pesquisa de implementação sendo conduzida¹⁰. Ressalta-se que sua aplicação se deu em uma ampla gama de áreas clínicas, incluindo diabetes, saúde mental, demência, maternidade e saúde da mulher.

Além da ferramenta em si, o trabalho liderado por Hull et al.¹⁰ culminou em um guia de utilização, possibilitando assim que pesquisadores menos familiarizados com a área de Ciência de Implementação possam utilizar a ferramenta de forma autônoma. O guia fornece a justificativa para a inclusão de cada um dos domínios da ferramenta ImpRes, orientação sobre a aplicação da mesma e direciona os pesquisadores para outras literaturas e recursos especializados. Cabe ressaltar que até os dias atuais, seu estudo de desenvolvimento, aplicação e avaliação preliminar, publicado em 2019¹⁰, já foi acessado mais de 20.000 vezes e a ferramenta e seu guia foram baixados do *site* King's Improvement Science mais de 6.500 vezes.

Considerando a potencial contribuição da ferramenta ImpRes para a qualificação de projetos e pesquisas de implementação e, conseqüentemente, a promoção desse campo no País, este estudo tem como objetivo apresentar os resultados da tradução para o português, validação transcultural e avaliação preliminar da ferramenta ImpRes e seu guia de utilização.

Material e métodos

Trata-se de um estudo misto conduzido entre maio de 2021 e novembro de 2022. Sua realização envolveu a tradução e validação transcultural da ferramenta ImpRes e seu guia de utilização, bem como aplicação da mesma no delineamento de projetos e pesquisas de implementação com subsequente avaliação preliminar de sua estrutura, conteúdo e utilidade.

O processo de tradução e validação transcultural foi baseado nas instruções da compilação

de boas práticas para validação transcultural de instrumentos e escalas propostas por Sousa et al.¹¹. Nesse sentido, foram conduzidas cinco etapas que incluíram (1) a tradução dos instrumentos originais (inglês) para o idioma de destino (português); (2) comparação das duas versões traduzidas dos instrumentos; (3) retrotradução cega das versões preliminares traduzidas dos instrumentos; (4) comparação das duas versões retrotraduzidas dos instrumentos; (5) teste piloto das versões pré-finais dos instrumentos no idioma de destino (português) com amostra monolíngue.

Para avaliação preliminar da estrutura, conteúdo e utilidade da ferramenta, a mesma foi aplicada por times de pesquisa no delineamento de projetos e pesquisas de implementação, para subsequentemente compartilharem suas impressões acerca da utilização da ferramenta por meio de um questionário estruturado com base nas questões previamente utilizadas em sua avaliação na versão original¹⁰.

Tradução dos instrumentos originais para o idioma de destino

A ferramenta e seu guia em sua língua de origem (inglês) foram traduzidos para o idioma de destino (português) por dois tradutores independentes cuja língua materna era português. Ambos os tradutores eram bilíngues e biculturais, ou seja, fluentes no idioma de origem e destino dos instrumentos e com vivência cultural em países de ambos os idiomas. Além disso, os dois tradutores possuíam formações distintas, sendo o primeiro tradutor um médico, com conhecimento da terminologia da área da saúde e da área de conteúdo da construção dos instrumentos no idioma de destino. A segunda tradutora, por sua vez, era uma economista, familiarizada com expressões coloquiais, gírias e jargões do idioma de destino, mas sem conhecimento sobre terminologia da área da saúde e/ou relacionada à construção dos instrumentos.

Comparação das duas versões traduzidas dos instrumentos

As instruções e os itens das duas versões traduzidas dos instrumentos foram comparados com sua versão original por um terceiro tradutor independente, bilíngue e bicultural, quanto a ambiguidades e discrepâncias de palavras, frases e significados. As ambiguidades e discrepâncias foram discutidas e resolvidas por consenso usando uma abordagem de comitê que contou com a participação do terceiro tradutor, dos dois tradutores da primeira etapa e do pesquisador principal do estudo (*CAST*).

Retrotradução cega das versões preliminares traduzidas dos instrumentos

As versões preliminares dos instrumentos traduzidas para língua de destino foram retrotraduzidas para o idioma de origem por outros dois tradutores independentes cuja língua materna era o inglês. Este processo resultou em duas versões retrotraduzidas dos instrumentos em seu idioma original. Assim como na primeira etapa, ambos os tradutores eram bilíngues e biculturais com diferentes formações, sendo um enfermeiro e outro professor de inglês. Ambos os tradutores desconheciam completamente a versão original dos instrumentos.

Comparação das duas versões retrotraduzidas dos instrumentos

As instruções e os itens das duas retrotraduções foram comparadas por um comitê multidisciplinar com as instruções e os itens dos instrumentos em seu idioma de origem quanto ao formato, redação e estrutura gramatical das frases, semelhança de significado e relevância. O comitê foi composto pelo pesquisador principal do estudo (*CAST*), todos os quatro tradutores bilíngues e biculturais envolvidos na tradução dos instrumentos

para a língua de destino e na retrotradução dos instrumentos para o idioma de origem, o tradutor que participou da comparação das duas versões dos instrumentos traduzidos e a pesquisadora responsável pela elaboração dos instrumentos originais (LH).

Ambiguidades e discrepâncias em relação ao significado cultural e coloquialismos ou expressões idiomáticas nas palavras e frases das instruções e itens entre as duas retrotraduções e entre cada uma das duas retrotraduções e o instrumento original foram discutidas e resolvidas por consenso entre os membros do comitê, a fim de derivar uma versão pré-final dos instrumentos no idioma de destino.

Teste piloto da versão pré-final do instrumento no idioma de destino com uma amostra monolíngue

As versões pré-finais dos instrumentos foram submetidas a um teste piloto com 20 participantes cuja língua materna era o português, a fim de avaliar a clareza de seus itens e instruções. Os participantes foram selecionados entre estudantes e profissionais interessados em pesquisas de implementação vinculados a grupos de pesquisa que vinham realizando algum tipo de estudo nesse campo. A identificação dos grupos ocorreu por meio de buscas em diretórios de pesquisa e bases de dados de projetos financiados por agências de pesquisa por meio das palavras-chave “Pesquisa de Implementação” e “Ciência de Implementação”. Os critérios de inclusão foram ser maior de 18 anos, possuir ensino superior e experiência anterior de pesquisa em saúde.

Cada participante foi solicitado a avaliar as instruções e itens apresentados nos instrumentos usando uma escala dicotômica (claro ou não claro). Aos participantes que classificaram as instruções ou qualquer item dos instrumentos como pouco claros foram solicitadas sugestões sobre como reescrever as afirmações, a fim de tornar a

linguagem mais clara. As instruções e os itens dos instrumentos que foram considerados pouco claros por pelo menos 20% da amostra foram reavaliados e submetidos a uma segunda rodada de teste piloto com outros 20 participantes¹².

Para determinar a equivalência conceitual e de conteúdo dos instrumentos traduzidos para o idioma de destino, utilizou-se ainda de um painel de especialistas que avaliou os itens e as instruções dos instrumentos quanto a sua clareza. O painel de especialistas foi composto por dez membros conhecedores das áreas de conteúdo dos construtos dos instrumentos e da população-alvo na qual o instrumento será utilizado e cuja língua materna era o português. Os especialistas foram identificados por meio de sua produção literária através de buscas em bases de dados utilizando-se as palavras-chave “Pesquisa de Implementação” e “Ciência de Implementação”, ou por meio de sua vinculação a um grupo de pesquisa dedicado ao estudo das pesquisas de implementação. Os critérios de inclusão foram: possuir doutorado, experiência mínima de 10 anos em pesquisa em saúde e ter coordenado ou participado de Pesquisas de implementação. Após identificação, os especialistas foram contatados e convidados a participar do estudo.

Além de avaliar a equivalência conceitual de forma semelhante aos outros 20 participantes, o painel de especialistas foi convidado a avaliar cada item do instrumento em relação à sua equivalência de conteúdo (relevância) utilizando a seguinte escala: 1= não relevante; 2= pouco relevante; 3= relevante, mas precisa de pequena alteração; 4= muito relevante e sucinto. Os itens classificados como 1 (não relevante) ou 2 (pouco relevante) deveriam ser revistos. Com base nas respostas dos especialistas, o Índice de Validade de Conteúdo no nível do item (IVC-I) e no nível da escala (IVC-E) foi calculado utilizando-se o método de cálculo médio (IVC-E/Med). Um IVC-I de 0.78 e um IVC-E de 0.90 foram definidos como índices mínimos aceitáveis^{13,14}.

Aplicação da ferramenta no delineamento de projetos e pesquisas de implementação e avaliação preliminar de sua estrutura, conteúdo e utilidade

A ferramenta validada (denominada ImpRes-BR) em conjunto com seu guia de utilização foi disponibilizada para aplicação no delineamento de projetos ou pesquisas de implementação. Os projetos em questão constituíram o trabalho final de um curso introdutório às pesquisas de implementação oferecido por meio do Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas em parceria com o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Campinas, entre outubro e novembro de 2022. Sua elaboração deveria levar em conta os itens e instruções fornecidas pela ferramenta.

A participação no curso estava condicionada aos seguintes critérios de inclusão: ser maior de 18 anos, possuir ensino superior e possuir experiência prévia de pesquisa em saúde. Todos os 18 concluintes do curso foram convidados a participar do estudo, entre os quais 14 aceitaram. Estes últimos foram solicitados a responder um questionário previamente estruturado com 10 afirmativas acerca da estrutura, conteúdo e utilidade da ferramenta com base nas questões utilizadas para avaliação de sua versão original¹⁰.

Análise estatística

As análises quantitativas foram realizadas por meio do pacote estatístico Stata 11 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos). Empregou-se a utilização de estatística descritiva para cálculo de mediana e intervalo interquartil das variáveis numéricas e proporção das variáveis categóricas. Os cálculos foram performados com base nos dados válidos, dados faltantes foram excluídos da análise.

Aspectos éticos

O estudo foi submetido e aprovado por um Comitê de Ética credenciado na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas sob registro CAAE: 00827918.8.0000.5404 parecer de nº 5.299.417, seguindo as normas brasileiras regulamentadoras e diretrizes para pesquisa envolvendo seres humanos – Resolução CNS 466/2012¹⁵, além do disposto na Declaração de Helsinque. Os princípios éticos foram assegurados pela garantia do direito de não participação na pesquisa desde o primeiro contato; anonimato e adoção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Tradução e retrotradução dos instrumentos

Como primeiro passo, a tradução dos instrumentos culminou em duas versões preliminares da ferramenta e seu guia, que mediante comparação apresentaram divergência quanto a alguns aspectos relevantes do ponto de vista conceitual. Essas divergências se relacionaram especialmente com os domínios ‘características da pesquisa de implementação’, ‘teorias, estruturas e modelos de implementação’ e ‘desfechos de implementação’.

No domínio ‘características da pesquisa de implementação’, as divergências se referiram a palavras ou conceitos específicos relacionados à caracterização do tipo de estudo de implementação e fases do estudo. Destacaram-se as opções por traduzir ou não palavras como ‘*design*’, utilização do conceito de ‘Intervenção Baseada em Evidências’ ou ‘intervenção factual’, ‘mudanças de prontidão’ ou ‘prontidão à mudança’ e confusão quanto a utilização dos conceitos de eficácia ou efetividade. Na abordagem de comitê, optou-se por traduzir todas as palavras passíveis de tradução, além de buscar pelos conceitos já utilizados no campo

em português, como ‘prontidão para mudança’ e ‘Prática Baseada em Evidência’.

No domínio ‘teorias, estruturas e modelos de implementação’, a principal divergência se deu quanto a tradução da palavra ‘*framework*’, para qual em uma das versões teve-se o entendimento de que a mesma deveria ser mantida, enquanto outra versão indicou a palavra ‘bases’ como opção de tradução. Entendendo que a palavra ‘bases’ mudava o sentido pretendido e de que houve a escolha por traduzir o maior número de palavras possíveis, uma terceira opção foi considerada, utilizando-se assim a palavra ‘estrutura’.

No domínio ‘desfechos de implementação’, a principal divergência conceitual fazia alusão a definição dos desfechos de aceitabilidade e adequação. Foram atribuídas à definição de aceitabilidade expressões como ‘concordado’ e ‘grau de concordância’, sendo ambas descartadas na abordagem de comitê. Em seu lugar, expressões como ‘agradável’ e ‘palatável’ foram incluídas. Já o desfecho adequação havia sido traduzido inicialmente como adequabilidade e apropriação, palavras menos usuais na língua portuguesa. Além disso, em uma das traduções a expressão ‘percepção de sustentabilidade’ havia sido atribuída como uma de suas definições, o que foi suprimido dada a possibilidade de sobreposição com o desfecho de implementação de sustentabilidade.

Na etapa de retrotradução não foram identificadas divergências que sinalizavam alteração

do conteúdo original da ferramenta e seu guia. Na abordagem de comitê, que contou com a participação da autora principal dos instrumentos originais, as divergências encontradas estavam relacionadas à utilização de palavras mais usuais na língua portuguesa do que aquelas correspondentes à tradução literal das expressões utilizadas no idioma de origem. Destacam-se a opção de utilizar a expressão ‘usuários’ ao invés de ‘pacientes’, ‘líderes’ ao invés de ‘campeões’, ‘trabalhadores’ ao invés de ‘provedores’ ou ‘clínicos’, ‘facilitadores’ ao invés de ‘condutores’, ‘intervenção’ ao invés de ‘tratamento recomendado’, ‘realizar’ ao invés de ‘entregar’ e ‘consultoria’ ao invés de ‘aconselhamento’. Outras divergências diziam respeito aos tempos verbais ou utilização do gerúndio/infinitivo.

Primeira rodada do teste piloto da versão pré-final dos instrumentos no idioma de destino com uma amostra monolíngue

A primeira rodada do teste piloto da versão pré-final dos instrumentos envolveu 20 participantes, sendo a maioria do sexo feminino (65% n=13), com idade média de 36,7 (DP=9,40) anos. Demais características dos participantes, incluindo suas formações e familiaridade com pesquisas de implementação podem ser observadas na *tabela 1*.

Tabela 1. Características dos participantes incluídos na primeira e segunda rodada dos testes piloto da versão pré-final dos instrumentos

	Rodada 1		Rodada 2	
	n	%	n	%
Sexo				
Masculino	7	35%	5	25%
Feminino	13	65%	15	75%
Idade				
Até 30 anos	7	35%	6	30%
Até 40 anos	8	40%	10	50%
41 anos ou mais	5	25%	4	20%

Tabela 1. Características dos participantes incluídos na primeira e segunda rodada dos testes piloto da versão pré-final dos instrumentos

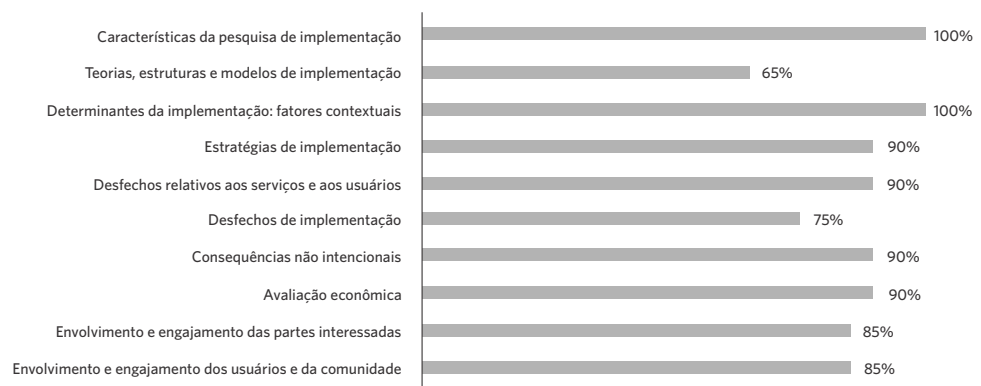
	Rodada 1		Rodada 2	
	n	%	n	%
Escolaridade				
Mestrado – cursando	7	35%	10	50%
Mestrado – completo	1	5%	1	5%
Doutorado – cursando	9	45%	7	35%
Doutorado – completo	3	15%	2	10%
Profissão				
Médico	4	20%	3	15%
Enfermeiro	1	5%	1	5%
Psicólogo	9	45%	11	55%
Terapeuta Ocupacional	6	30%	4	20%
Nutricionista	0	0%	1	5%
Realização prévia de cursos acerca de pesquisa de implementação				
Não	16	80%	17	85%
Sim	4	20%	3	15%
Participação prévia em pesquisas de implementação				
Não	5	25%	6	30%
Sim	15	75%	14	70%

Fonte: elaboração própria.

Na primeira rodada do teste piloto da versão pré-final dos instrumentos, dois domínios foram considerados como ‘claros’ por menos de 80% dos participantes: o domínio ‘teorias, estruturas e modelos de implementação’ e o domínio ‘desfechos de implementação’. Dessa

forma, os mesmos foram revisados a partir das sugestões dos participantes e submetidos a uma segunda rodada de avaliação. O desempenho de cada domínio, além da folha de rosto e dos elementos introdutórios um e dois dos instrumentos, pode ser observado no *gráfico 1*.

Gráfico 1. Desempenho de cada componente na primeira rodada do teste piloto da versão pré-final dos instrumentos



Fonte: elaboração própria.

destino com uma amostra monolíngue

A segunda rodada do teste piloto da versão pré-final dos instrumentos envolveu outros 20 participantes e buscou avaliar a nova redação da ferramenta e seu guia de utilização no que se refere aos domínios dois e seis. As características dos participantes que compuseram essa etapa da avaliação podem ser observadas na *tabela 1*.

Na segunda rodada do teste piloto da versão pré-final dos instrumentos, os domínios ‘teorias, estruturas e modelos de implementação’ e ‘desfechos de implementação’ foram considerados como ‘claros’ por mais de 80% dos participantes: 95% e 85%, respectivamente. Mesmo com o alcance dos critérios mínimos de validade, sugestões de melhora nos dois domínios foram avaliadas e incorporadas na versão submetida aos especialistas.

Painel de especialistas: equivalência conceitual e de conteúdo da versão pré-final dos instrumentos no idioma de destino com uma amostra monolíngue

O painel de especialistas foi composto por 10 participantes, entre os quais a maioria era do sexo feminino (60% n=6) e a média de idade 45,5 (DP= 8,9) anos. De acordo com os critérios de inclusão, todos possuíam doutorado

completo, experiência mínima de 10 anos em pesquisa em saúde e haviam coordenado ou participado de pesquisas de implementação. Adicionalmente, 40% (n = 4) dos participantes havia realizado algum curso de formação nesse campo. Quanto a área de formação, 30% (n= 3) dos participantes eram médicos(as), 20% (n= 2) enfermeiros(as), 20% (n=2) economistas, além de um cirurgião dentista (10%), uma psicóloga (10%) e um nutricionista (10%).

Quanto à equivalência conceitual (clareza), todos os domínios da ferramenta em conjunto com seu guia de utilização foram avaliados como ‘claros’ por pelo menos 90% dos participantes. Concomitantemente, na avaliação de equivalência de conteúdo (relevância), apenas um avaliador atribuiu os conceitos ‘Não relevante’ ou ‘Pouco relevante’ a um dos domínios da ferramenta, a saber, o domínio ‘características da pesquisa de implementação’, que, portanto, obteve um Índice de Validade de Conteúdo ao nível do item (IVC-I) de 0,90. Todos os demais domínios da ferramenta em conjunto com seu guia de utilização apresentaram um IVC-I de 1,00, resultando assim em uma Média do Índice de Validade de Conteúdo ao nível da Escala (IVC-E/Med) de 0,98. Os resultados obtidos junto ao painel de especialistas para cada um dos domínios da ferramenta podem ser observados na *tabela 2*.

Tabela 2. Resultados referentes a avaliação da equivalência conceitual e de conteúdo de cada domínio junto ao painel de especialistas no teste piloto da versão pré-final dos instrumentos

	Equivalência Conceitual			Equivalência de Conteúdo			IVC-I
	Claro	Não claro	Não relevante	Pouco relevante	Relevante, mas	Muito	
					precisa de pequena alteração	relevante e sucinto	
n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Domínio 1	9 (90%)	1 (10%)	0 (0%)	1 (10%)	4 (40%)	5 (50%)	0,90
Domínio 2	9 (90%)	1 (10%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (50%)	5 (50%)	1,00
Domínio 3	10 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (30%)	7 (70%)	1,00
Domínio 4	10 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (30%)	7 (70%)	1,00
Domínio 5	9 (90%)	1 (10%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (30%)	7 (70%)	1,00

Tabela 2. Resultados referentes a avaliação da equivalência conceitual e de conteúdo de cada domínio junto ao painel de especialistas no teste piloto da versão pré-final dos instrumentos

	Equivalência Conceitual				Equivalência de Conteúdo		IVC-I
	Claro	Não claro	Não relevante	Pouco relevante	Relevante, mas precisa de pequena alteração	Muito relevante e sucinto	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Domínio 6	10 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (40%)	6 (60%)	1,00
Domínio 7	9 (90%)	1 (10%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (20%)	8 (80%)	1,00
Domínio 8	10 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (10%)	9 (90%)	1,00
Domínio 9	9 (90%)	1 (10%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (40%)	6 (60%)	1,00
Domínio 10	9 (90%)	1 (10%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (40%)	6 (60%)	1,00
IVC-/Med							0,98

Fonte: elaboração própria.

IVC-I: Índice de Validade de Conteúdo ao nível do item; IVC-E/Med: Média do Índice de Validade de Conteúdo ao nível da Escala.

A partir das recomendações recebidas na condução do painel de especialistas, uma última revisão da ferramenta e seu guia de utilização foi realizada no sentido de contemplar as sugestões e assim dar origem à versão final dos instrumentos. As sugestões incluíram a substituição de palavras que haviam sido mantidas no idioma original, como *insights* (traduzida para percepções) e *experts* (traduzida para especialistas), além da simplificação de expressões, complementação de frases, alteração dos títulos das tabelas e inserção de *links* entre os conteúdos e os materiais gráficos (ex: 'veja a figura 1'). Após finalização, ambos os instrumentos foram disponibilizados em um repositório institucional de acesso aberto¹⁶.

Aplicação da ferramenta no delineamento de projetos e pesquisas de implementação e avaliação preliminar de sua estrutura, conteúdo e utilidade

A aplicação da ferramenta em projetos de implementação foi realizada por 14 participantes cujo as características podem ser observadas na *tabela 3*. Os projetos estavam majoritariamente (n=9) em fase de planejamento e se distribuíram nas áreas de atenção Materno-Infantil, Médico-Cirúrgica, Saúde Mental Comunitária, Oncologia, Pediatria e Saúde da Mulher. Conforme classificação proposta por Curran et al.¹⁷, os projetos consistiam majoritariamente em estudos puros de implementação (n=7) e estudos híbridos do tipo 2 (n=5).

Tabela 3. Características dos participantes incluídos na aplicação da ferramenta

	n	%
Sexo		
Masculino	2	14,3
Feminino	12	85,7
Idade		
Até 30 anos	2	14,3
Até 40 anos	6	42,9
41 anos ou mais	6	42,9
Escolaridade		
Especialização - completa	3	21,4
Mestrado - cursando	3	21,4
Mestrado - completo	2	14,3
Doutorado - cursando	2	14,3
Doutorado - completo	4	28,6
Profissão		
Médico	4	28,6
Enfermeiro	7	50
Psicólogo	2	14,3
Fisioterapeuta	1	7,1
Realização prévia de cursos acerca de pesquisa de implementação		
Não	3	24,4
Sim	11	78,6
Participação prévia em pesquisas de implementação		
Não	7	50
Sim	7	50
Área de concentração do projeto		
Materno-Infantil	5	35,7
Médico-Cirúrgica	1	7,1
Saúde Mental Comunitária	3	21,4
Oncologia	1	7,1
Pediatria	1	7,1
Saúde da Mulher	3	21,4
Estágio do projeto		
Em execução	5	35,7
Em planejamento	9	64,3
Tipo de estudo de implementação		
Puro	7	50
Híbrido tipo 1	1	7,1
Híbrido tipo 2	5	35,7
Híbrido tipo 3	1	7,1

Fonte: elaboração própria.

Os resultados relativos à avaliação da ferramenta quanto a sua estrutura, conteúdo e utilidade podem ser observados na *tabela 4*, onde

são apresentadas as medianas encontradas, bem como seus respectivos intervalos interquartis, para cada uma das afirmações utilizadas.

Tabela 4. Avaliação da estrutura, conteúdo e utilidade da ferramenta

	Mediana (IRQ)
Estrutura e conteúdo	
A ferramenta ImpRes-BR é fácil de entender	4 (4-4)
O preenchimento da ferramenta ImpRes-BR é demorado	4 (3-4)
A ferramenta ImpRes-BR é muito longa	4 (3-4)
A ordem das perguntas da ImpRes-BR é lógica	4 (4-5)
A ferramenta ImpRes-BR cobre os principais componentes que devem ser considerados ao desenhar ou conduzir um Projeto de Implementação	4 (4-5)
Utilidade	
A ferramenta ImpRes-BR é útil para autoanálise da equipe envolvida no projeto quanto aos elementos da pesquisa de implementação	4,5 (4-5)
A ferramenta ImpRes-BR é útil para identificar as áreas do projeto onde faltam elementos da Ciência de Implementação	4 (4-5)
A ImpRes-BR é uma ferramenta útil para fortalecer os projetos em relação à Ciência de Implementação	5 (4-5)
Dar feedback às equipes de pesquisa sobre seus projetos com base na ferramenta ImpRes-BR seria útil para melhorar a qualidade das pesquisas de implementação	5 (4-5)
A ImpRes-BR é uma ferramenta útil para avaliar a qualidade de uma pesquisa de implementação	4 (4-4)

Fonte: elaboração própria.

Discussão

Além de tornar oportuno o entendimento de seu conteúdo a um maior número de potenciais beneficiários, a realização dos procedimentos de tradução e adaptação cultural, apoiados em um referencial teórico claro e rigoroso, permitem assegurar a equivalência conceitual, de itens, semântica, operacional, de mensuração e funcional de uma determinada ferramenta, tornando-a responsiva à cultura e contexto de determinado país¹⁸. Nesse sentido, os resultados obtidos por meio deste estudo indicam que a ImpRes-BR alcançou níveis satisfatórios de validade, constituindo-se assim como uma ferramenta adequada para guiar o delineamento e qualificação de projetos e pesquisas de implementação no contexto brasileiro.

Cabe ressaltar que, embora nas fases de tradução não tenha havido conflitos importantes entre as versões elaboradas pelos tradutores independentes, nas fases de retrotradução foi possível observar que algumas das expressões pactuadas na abordagem de comitê, que gerou a primeira versão traduzida da ferramenta e seu guia, não correspondiam àquelas presentes na versão original dos instrumentos. Isso se deu porque a tradução literal de algumas das expressões originais não é equivalente à linguagem cotidiana do contexto brasileiro. Entre as expressões relacionadas aos serviços de saúde, destacam-se o tratamento dos trabalhadores em saúde, como ‘provedores/*providers*’ ou ‘clínicos/*clinicians*’ e ainda a prestação de cuidados como ‘entrega de serviços/*deliver services*’. De forma mais ampliada,

destaca-se ainda o conceito de campeões, que embora possa assumir o mesmo significado de ‘*champions*’, expressão original, raramente é assimilado dessa forma na língua portuguesa.

Esses aspectos corroboram a relevância de submeter a ImpRes aos procedimentos de tradução e validação para sua utilização no Brasil. Além de possibilitar a leitura em língua portuguesa, esse processo implicou em uma maior aproximação dos conteúdos da ferramenta e seu guia de utilização da realidade vivenciada em serviços e sistema de saúde no País. Um ponto importante de ser ressaltado nesse sentido foi a participação da autora principal desses instrumentos na etapa de avaliação das versões retrotraduzidas. Com isso, foi possível clarificar os sentidos atribuídos às expressões originais, para que a melhor expressão equivalente fosse selecionada.

Apesar dos esforços realizados no sentido de elaborar versões da ferramenta e de seu guia que pudessem ser facilmente assimiladas pelos seus potenciais usuários, em uma primeira rodada do teste piloto dois domínios foram considerados como ‘claros’ por menos de 80% dos participantes. Destacam-se que os domínios em questão se referiam às ‘Teorias, Estruturas e Modelos de Implementação’ e aos ‘Desfechos de Implementação’, domínios que, em conjunto com as ‘Estratégias de Implementação’, são propriamente originais do campo da Ciência de Implementação no estudo dos processos de implementação. Dessa forma, sugere-se que parte da necessidade de um investimento maior na clarificação desses conteúdos pode estar associada a incipiência desse tipo de estudo no País.

Já na avaliação de especialistas, a equivalência conceitual foi atestada por pelo menos 9 dos 10 especialistas para todos os domínios avaliados. De forma semelhante, a equivalência de conteúdo foi avaliada de forma negativa em apenas um dos domínios por um dos especialistas. Nos demais casos, os domínios foram avaliados positivamente, necessitando apenas de pequenas alterações. Nesse sentido, destaca-se novamente o domínio 2,

relacionado às ‘Teorias, Estruturas e Modelos de Implementação’, que recebeu sugestões de alteração por 5 especialistas. Entretanto, as alterações sugeridas nessa fase incluíram majoritariamente mudanças na forma nominal, alteração dos títulos das tabelas e inserção de *links* entre os conteúdos e os materiais gráficos. Essas alterações contribuíram para fluência da leitura e tornaram o material mais amigável para o usuário.

Vale ressaltar que esse se constitui como primeiro esforço de tradução e adaptação transcultural da ImpRes, não sendo possível comparar os resultados observados com experiências anteriores, como é recorrente nesse tipo de estudo¹⁹. Entretanto, espera-se que este estudo possa se tornar uma referência para esforços futuros, uma vez que há uma demanda importante de materiais para o delineamento de projetos e pesquisas de implementação em outros países da América Latina, cuja língua predominante é o espanhol²⁰.

Por outro lado, de forma semelhante ao que foi realizado com a versão original da ImpRes¹⁰, destaca-se a realização de uma avaliação preliminar do uso da ImpRes-BR a partir da sua aplicação em 14 projetos de implementação, em fase de planejamento ou execução, realizados em seis diferentes áreas do cuidado em saúde. Mediante aplicação nos projetos, foi possível observar um alto grau de concordância entre os participantes acerca da facilidade de entendimento da ImpRes-BR, sua logicidade e cobertura dos principais componentes de um projeto de implementação. No entanto, assim como na versão original, a ImpRes-BR também foi considerada longa e de preenchimento demorado.

Destaca-se que na versão original foi observado que o preenchimento da ImpRes era uma tarefa desmotivante para alguns aplicantes cujos projetos já haviam sido realizados ou estavam em andamento¹⁰. Nesse sentido, antecipava-se que os usuários mais prováveis de avaliar a ImpRes-BR como longa e demorada fossem aqueles com projetos em andamento. Entretanto, uma estratificação

dos dados demonstrou que a amplitude interquartil oscilava para cima nesses dois itens quando avaliados somente entre aqueles cujo projeto ainda seria realizado (IRQ=4-4). Entre os fatores que podem explicar esse resultado, cabe destacar que enquanto a versão original da ImpRes foi aplicada por participantes recrutados em uma organização de pesquisa (NIHR CLAHRC South London), neste estudo, os participantes eram majoritariamente pesquisadores juniores, vinculados a programas de pós-graduação, em fase de definição do projeto de dissertação ou tese. Isso pode ter tornado o preenchimento da ImpRes uma tarefa árdua, uma vez que muitos aspectos ainda não contemplados sobre o projeto precisaram ser avaliados.

Apesar de ter sido considerada longa e de preenchimento demorado, a ImpRes-BR, semelhantemente a versão original¹⁰, teve um alto grau de concordância quanto a sua utilidade. Entre as sentenças com melhor avaliação estiveram aquelas relacionadas a utilidade para autoanálise da equipe (mediana=4,5), capacidade de fortalecer projetos (mediana=5) e utilização como forma de feedback às equipes no intuito de melhorar a qualidade das pesquisas (mediana=5). Dessa forma, sugere-se a potencialidade da ImpRes-BR para qualificação de projetos e pesquisas de implementação no contexto brasileiro, tornando oportuna assim a condução de esforços de implementação potencialmente mais bem sucedidos e, conseqüentemente, de maior impacto para seus beneficiários.

Algumas limitações devem ser observadas na interpretação dos resultados deste estudo. Como o desenvolvimento de pesquisas de implementação balizadas pelo referencial teórico da Ciência de Implementação ainda é incipiente no País, o recrutamento de pesquisadores para aplicação da ImpRes-BR se constituiu um desafio. Como alternativa, a sua oferta foi empregada enquanto trabalho final de um curso introdutório às pesquisas de implementação destinado a pesquisadores que estivessem planejando ou desenvolvendo algum tipo de estudo nessa área. Se por um

lado isso viabilizou a avaliação preliminar da ImpRes-BR, por outro lado, restringiu a aplicação da mesma entre um público predominantemente acadêmico, não incluindo, por exemplo, formuladores de políticas ou tomadores de decisão.

Nesse sentido, seria importante que a ImpRes-BR pudesse passar por um processo avaliativo mais abrangente, que envolva agentes de diferentes instituições bem como pessoas que tenham utilizado a mesma em diversas etapas do projeto e de forma transversal a todo processo de implementação. Ademais, assim como pontuado por Hull et al.¹⁰ acerca da versão original, seria importante conduzir um processo de avaliativo objetivo que permita identificar o quanto a utilização da ferramenta pode qualificar projetos e pesquisas de implementação e o quanto essa qualificação se traduz em melhores resultados práticos nos contextos do mundo real.

Conclusões

A ImpRes-BR, junto com seu guia de utilização, demonstrou índices satisfatórios de validade para utilização no delineamento e qualificação de projetos e pesquisas de implementação no contexto brasileiro. Embora possua uma estrutura longa e complexa, a ImpRes-BR foi reconhecida enquanto uma ferramenta potente para autoanálise das equipes de pesquisa na qualificação de seus projetos e fortalecimento dos mesmos em relação aos princípios da Ciência de Implementação.

Colaboradores

Treichel CAS (0000-0002-0440-9108)*, Chavez LJE (0000-0003-3715-7864)*, Sevdalis N (0000-0001-7560-8924)*, Bakolis I (0000-0002-4800-1630)*, Hull LM (0000-0003-4660-4005)* e Campos RTO (0000-0003-0469-5447)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Proctor EK, Landsverk J, Aarons G, et al. Implementation research in mental health services: an emerging science with conceptual, methodological, and training challenges. *Adm Policy Ment Health*. 2009 [acesso em 2020 jul 12]; 36(1):24-34. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10488-008-0197-4>.
2. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, et al. Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Q*. 2004 [acesso em 2020 jul 12]; 82(4):581-629. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x>.
3. Peters DH, Adam T, Alonge O, et al. Republished research: Implementation research: what it is and how to do it: implementation research is a growing but not well understood field of health research that can contribute to more effective public health and clinical policies and programmes. This article provides a broad definition of implementation research and outlines key principles for how to do it. *Br J Sports Med*. 2014 [acesso em 2020 jul 13]; 48(8):731-6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f6753>.
4. Powell BJ, Proctor EK, Glass JE. A Systematic Review of Strategies for Implementing Empirically Supported Mental Health Interventions. *Res Soc Work Pract*. 2014 [acesso em 2020 jul 13]; 24(2):192-212. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4002057/>.
5. Fixsen DL, Blase KA, Timbers GD, et al. In search of program implementation: 792 replications of the Teaching Family Model. In Bernfeld GA, Farrington DP, Leschied AW, organizadores. *Offender rehabilitation in practice: Implementing and evaluating effective programs*. Inglaterra: John Wiley & Sons; 2001. p. 149-66.
6. Proctor E, Silmere H, Raghavan R, et al. Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Adm Policy Ment Health*. 2011 [acesso em 2020 jun 12]; 38(2):65-76. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0319-7>.
7. Lewis CC, Fischer S, Weiner BJ, et al. Outcomes for implementation science: an enhanced systematic review of instruments using evidence-based rating criteria. *Implement Sci*. 2015 [acesso em 2020 jul 12]; 10(155):1-17. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0342-x>.
8. Powell BJ, Waltz TJ, Chinman MJ, et al. A refined compilation of implementation strategies: results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project. *Implement Sci*. 2015 [acesso em 2020 maio 12]; 10(21):1-14. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0209-1>.
9. Nilsen P. Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implement Sci*. 2015 [acesso em 2020 jul 12]; 10(53):1-13. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0242-0>.
10. Hull L, Goulding L, Khadjesari Z, et al. Designing high-quality implementation research: development, application, feasibility and preliminary evaluation of the implementation science research development (ImpRes) tool and guide. *Implement Sci*. 2019 [acesso em 2020 jan 12]; 14(80):1-20. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13012-019-0897-z>.
11. Sousa VD, Rojjanasrirat W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. *J Eval Clin Pract*. 2011 [acesso em 2020 jan 12]; 17(2):268-74. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01434.x>.
12. Topf M. Three estimates of interrater reliability for nominal data. *Nurs Res*. 1986 [acesso em 2021 jul 12]; 35(4):253-5. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00006199-198607000-00020>.
13. Lynn MR. Determination and quantification of content validity. *Nurs Res* [periódico na Internet]. 1986 [acesso em 2021 jul 12]; 35(6):382-6. Disponível em: https://journals.lww.com/nursingresearchonline/citation/1986/11000/determination_and_quantification_of_content.17.aspx.

14. Waltz CF, Strickland OL, Lenz E. *Measurement in Nursing and Health Research*, 3. ed. New York: Springer Publishing Company; 2005.
15. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 13 Jun 2013; Seção I:59.
16. King's College London. ImpRes-BR (Brazilian Portuguese version) Implementation Science Research Development Tool. 2022. [acesso em 2021 jul 12]. Disponível em: <https://kingsimprovementscience.org/resources/>.
17. Curran GM, Bauer M, Mittman B, et al. Effectiveness-implementation hybrid designs: combining elements of clinical effectiveness and implementation research to enhance public health impact. *Med Care*. 2012 [acesso em 2020 jul 12]; 50(3):217-26. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/mlr.0b013e3182408812>.
18. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011 [acesso em 2020 jan 12]; 16(7):3061-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>.
19. Erazo-Chavez LJ, La-Rotta EIG, Onocko-Campos RT. Adaptação transcultural do Recovery Self-Assessment RSA-R família/Brasil: evidências de validade baseada no conteúdo. *Ciênc. saúde coletiva*. 2021 [acesso em 2022 jul 12]; 26(supl2):3693-3704. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.32692019>.
20. Marten R, Reveiz L, Aslanyan G, et al. The value and impact of embedded implementation research: insights from Latin America and the Caribbean. *Rev Panam Salud Publica*. 2021 [acesso em 2022 jul 12]; 45:e110. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54568>.

Recebido em 10/05/2023

Aprovado em 22/03/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp), processo nº 2020/14309-7

Editora responsável: Maria Lucia Frizon Rizzotto

Itinerários terapêuticos de pessoas hospitalizadas por covid-19 no SUS: um estudo quantiquantitativo no Distrito Federal

Therapeutic itineraries of people hospitalized for COVID-19 in the SUS: quantitative and qualitative study in the Federal District

Samira Virginia de França^{1,2}, Ana Carolina Esteves da Silva Pereira³, Luciana Guerra Gallo⁴, Éverton Luís Pereira⁵

DOI: 10.1590/2358-289820241418807P

RESUMO Os estudos sobre itinerários terapêuticos revelam modelos de cuidado e decisões tomadas pelas pessoas em situações de adoecimento e podem contribuir para o planejamento de políticas e serviços de saúde mais efetivos, especialmente em emergências como a pandemia de covid-19. O objetivo desta pesquisa foi descrever os itinerários terapêuticos de pacientes hospitalizados por covid-19 em um hospital público do Distrito Federal e explorar associações com determinantes sociais da saúde. Trata-se de um estudo de caso integrado, com triangulação de evidências quantitativas e qualitativas obtidas a partir da análise do banco de dados de um estudo observacional transversal com 233 adultos internados entre maio/2020 e dezembro/2021. A maioria homens, idosos, pretos ou pardos, com baixo nível de renda e escolaridade e múltiplas comorbidades, que procuraram atendimento na atenção especializada e conseguiram acesso rápido ao sistema de saúde. Os fatores que influenciaram a escolha do primeiro serviço foram: ocupação, região de moradia, classe econômica e escolaridade. Já os determinantes da facilidade de acesso foram: tipo de serviço buscado primeiro, gravidade do caso e contexto socioeconômico. Os resultados confirmam a influência de determinantes sociais nas experiências de adoecimento e podem subsidiar reflexões relacionadas à organização do acesso ao SUS em emergências sanitárias.

PALAVRAS-CHAVE Itinerário terapêutico. Covid-19. Acessibilidade aos serviços de saúde. Determinantes sociais da saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT *Studies on therapeutic itineraries reveal models of care and decisions taken by people in situations of illness and can contribute to the planning of effective health policies and services, especially in emergencies such as the COVID-19 pandemic. The aim of this research was to describe the itineraries of patients hospitalized for COVID-19 in a public hospital in the Federal District and explore associations with social determinants of health. This is an integrated case study, with triangulation of quantitative and qualitative evidence obtained from the analysis of raw data from a cross-sectional observational study with 233 adults hospitalized between May/2020 and December/2021. The majority were men, elderly, black or brown, with low income and education levels and multiple comorbidities, who sought care in specialized care and obtained quick access to the health system. The factors that influenced the choice of the first service sought were: occupation, region of residence, economic class and education. The determinants of ease of access were: type of service first sought, severity of the case and socioeconomic context. The results confirm the influence of social determinants on illness experiences and can support reflections related to the organization of access to the SUS in health emergencies.*

KEYWORDS *Therapeutic itinerary. COVID-19. Health services accessibility. Social determinants of health. Unified Health System.*

¹Universidade de Brasília (UnB), Faculdade de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Brasília (DF), Brasil.

samiravf@gmail.com

²Universidade de Brasília (UnB), Hospital Universitário de Brasília/Ebserh - Brasília (DF), Brasil.

³Universidade de Brasília (UnB), Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical - Brasília (DF), Brasil.

⁴Universidade de Brasília (UnB), Núcleo de Medicina Tropical, Faculdade de Medicina - Brasília (DF), Brasil.

⁵Universidade de Brasília (UnB), Faculdade de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva - Brasília (DF), Brasil.



Introdução

Em março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) caracterizou a covid-19 como uma pandemia¹. Nos três anos seguintes, a população mundial viveu um período de grandes transformações geradas pelas consequências da disseminação global do vírus Sars-CoV-2. Com mais de 37,2 milhões de casos e quase 700 mil óbitos oficialmente confirmados, o Brasil se destacou negativamente e foi o país com o segundo maior número de mortes em todo o mundo, atrás apenas dos Estados Unidos². A situação brasileira foi marcada pela ausência de estratégias articuladas entre governos federal, estaduais e municipais para gerenciar a emergência de maneira coordenada e eficiente³.

O Sistema Único de Saúde (SUS) precisou lidar não apenas com a ameaça do vírus, mas com um negacionismo, que produziu efeitos desastrosos e revelou como o comportamento diante da saúde/doença é moldado por visões de mundo e posicionamentos político-partidários. Por trás das estatísticas, existem histórias a serem investigadas por quem reconhece a necessidade de interpretar as emergências como um fenômeno social, especialmente no contexto da diversidade e das desigualdades que caracterizam a população brasileira⁴.

As ciências sociais e humanas são fundamentais neste sentido, pois investigam repercussões dos determinantes sociais da saúde sobre as experiências de adoecimento. Os determinantes são fatores externos que influenciam a saúde das pessoas e são produzidos pelas condições econômicas, sociais e políticas do ambiente em que elas vivem, podendo ter mais força que os aspectos biológicos⁵. Por isso, as políticas públicas devem garantir equidade na distribuição de recursos e no acesso à saúde para grupos e regiões com características e vulnerabilidades distintas⁶.

De acordo com Andersen (1995), citado por Travassos & Martins⁷, o acesso é entendido como o processo de entrada e continuidade do cuidado no sistema de saúde, que abrange, inclusive, as etapas iniciais de percepção da

necessidade e de tomada de decisão para a procura desse sistema, constituindo um importante elemento para a organização da oferta e o funcionamento dos serviços. Considerando que os determinantes sociais podem limitar essa capacidade de acesso, profissionais e tomadores de decisão do SUS precisam entender como diferentes indivíduos e grupos sociais se comportam em situações de adoecimento. Os estudos sobre itinerários terapêuticos podem ser especialmente úteis, pois permitem identificar em que momento, onde e como ocorre a procura de cuidados.

Na perspectiva da antropologia da saúde, o itinerário terapêutico é definido como o caminho percorrido por um indivíduo e sua rede de apoio na busca da recuperação, constituindo um elemento importante para o planejamento e a gestão dos sistemas de saúde⁸. As experiências vivenciadas nesse complexo fenômeno social ocorrem dentro e fora dos serviços formais de saúde e mobilizam práticas interdisciplinares que são influenciadas por fatores culturais, cognitivos e sociais^{9,10}.

Poucos estudos abordaram os itinerários terapêuticos da covid-19 no Brasil¹¹⁻¹⁵, sendo que a maioria descreve experiências de pessoas com sintomas leves. E os que avaliam a trajetória de pacientes hospitalizados focam nos aspectos biomédicos dos *care pathways* – terapias empregadas pelos profissionais de saúde –, sem abordar a busca de cuidados como fato social. Diante dessa lacuna, esta pesquisa teve como objetivo conhecer os itinerários terapêuticos de pessoas com Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) causada pela covid-19 que foram internadas em um hospital público de alta complexidade no Distrito Federal (DF).

Com população de 3,1 milhões de habitantes¹⁶, o DF possui uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) estruturada em sete regiões de saúde (Central, Centro-Sul, Leste, Norte, Oeste, Sul, Sudoeste) e oferta serviços em dois níveis de atenção: primária – APS (tecnologias de menor densidade) e especializada – AES (tecnologias de média e alta complexidade)¹⁷. Em 2020, a APS contava com 172 Unidades Básicas de

Saúde (UBS). Já a rede de atenção às urgências e emergências, que integra a AES, possuía 14 hospitais regionais e seis Unidades de Pronto Atendimento (UPA)¹⁸.

Até 10 de março de 2023, o DF confirmou 898.465 casos e 11.845 óbitos por covid-19, com taxa de incidência acumulada de 26.114,2 casos para cada 100 mil habitantes, mortalidade de 354,3/100 mil habitantes e letalidade de 1,4%. Nos dois primeiros anos, quando a população ainda não estava vacinada, os maiores picos de hospitalizações pela doença foram registrados entre junho e setembro de 2020 e março e abril de 2021¹⁹.

Os protocolos do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado de Saúde (SES-DF) para manejo da covid-19 orientavam que pacientes que buscassem atendimento com sintomas respiratórios agudos deveriam ser avaliados e encaminhados para unidades especializadas, dando prioridade aos idosos, pessoas com doenças crônicas ou outras comorbidades consideradas fatores de risco, e gestantes e puérperas^{20,21}.

Este artigo descreve as trajetórias que os participantes da pesquisa percorreram em busca de tratamento e explora possíveis associações entre características sociodemográficas e o acesso ao SUS.

Material e métodos

Esta pesquisa é um braço de um estudo observacional liderado por pesquisadores da Universidade de Brasília (UnB), intitulado ‘Síndromes respiratórias graves no DF’. O projeto previa, entre outros objetivos, a investigação dos itinerários terapêuticos de pessoas internadas com diagnóstico confirmado de SRAG, que é a forma mais grave da covid-19.

A abordagem utilizada foi um estudo de caso integrado, com unidades múltiplas de análise e triangulação de evidências quantitativas e qualitativas²². O ‘caso’ em questão é o itinerário terapêutico dos pacientes adultos com covid-19 internados no Hospital Universitário de

Brasília, DF, entre maio de 2020 e dezembro de 2021, e foi estudado por meio de três etapas.

Na etapa 1, foi feita uma análise documental de protocolos oficiais de manejo da covid-19 no SUS, publicizados em 2020 e 2021, para verificar se os itinerários percorridos pelos participantes seriam condizentes com esses documentos. A busca ocorreu em dezembro de 2022, nos portais do Ministério da Saúde e SES-DF na internet e por meio de pesquisa livre no Google, utilizando palavras-chave como: “protocolo Covid-19 Ministério da Saúde”; “fluxograma atendimento Covid-19 SUS”; “protocolo Covid-19 SES-DF”.

A etapa 2 consistiu na análise quanti-qualitativa de informações coletadas de forma transversal pela equipe do estudo observacional, incluindo dados primários e secundários extraídos de relatórios de vigilância epidemiológica, prontuários e entrevistas telefônicas semiestruturadas realizadas com pacientes e/ou acompanhantes durante a internação ou até seis meses após a alta. Inicialmente, avaliou-se a completude do banco de dados brutos, para seleção da população e variáveis de interesse. Dos 515 participantes do estudo observacional, 233 tinham informações relacionadas à trajetória pelo sistema de saúde e foram incluídos na análise. Para a etapa de georreferenciamento, foram considerados somente os 219 que tinham endereço e moravam na Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (Ride). A *figura 1* detalha o processo de seleção dos participantes do estudo de caso.

Após organização dos dados, as variáveis consideradas relevantes e completas para responder à questão de pesquisa foram descritas e analisadas por meio do *software* estatístico SAS (versão 9.4). A descrição do perfil dos participantes e dos itinerários terapêuticos foi feita a partir da análise da distribuição de frequência das principais informações clínicas, demográficas e de acesso ao sistema de saúde. Para variáveis contínuas, também foram calculadas a média, mediana, moda, mínimo e máximo.

Já a análise estatística consistiu no ajuste de dois modelos de regressão de Poisson com variância robusta, para identificar associações entre as características dos participantes (variáveis independentes) e o acesso aos serviços de saúde (variáveis dependentes). A escolha dessas variáveis e dos critérios para definição de cada uma delas baseou-se nos princípios de funcionamento da RAS do DF^{17,18} e fluxos de acesso previstos nos protocolos de manejo da covid-19^{20,21,23,24}.

No primeiro modelo de análise, ‘buscar atendimento na atenção especializada’ foi considerada variável dependente, a fim de identificar fatores associados à escolha do primeiro serviço de saúde procurado pelo paciente. As variáveis explicativas foram: sexo, idade, escolaridade, raça/cor, ocupação, região de saúde da residência, classe econômica, nível de renda domiciliar média da região administrativa onde mora, comorbidades prévias, quantidade de sintomas iniciais, e sintoma inicial ‘falta de ar’.

No segundo modelo, a variável dependente foi ‘seguir os fluxos de acesso estabelecidos’, caracterizada por dois critérios: conseguir atendimento no primeiro local procurado; e passar por até três serviços de saúde. As variáveis explicativas foram: sexo, idade, escolaridade, raça/cor, ocupação, região de saúde da residência, classe econômica, nível de renda domiciliar média da região administrativa onde mora, comorbidades prévias, quantidade de sintomas iniciais, sintoma inicial ‘falta de ar’, onde buscou o primeiro atendimento e primeiro serviço buscado próximo à residência. O pressuposto de que passar por até 3 serviços seria um indicativo de cumprimento dos fluxos foi baseado na moda do total de serviços buscados = 3; e na inferência de que o percurso mais longo para quem não teve dificuldade de acesso seria buscar o primeiro atendimento na atenção primária, ser direcionado a uma

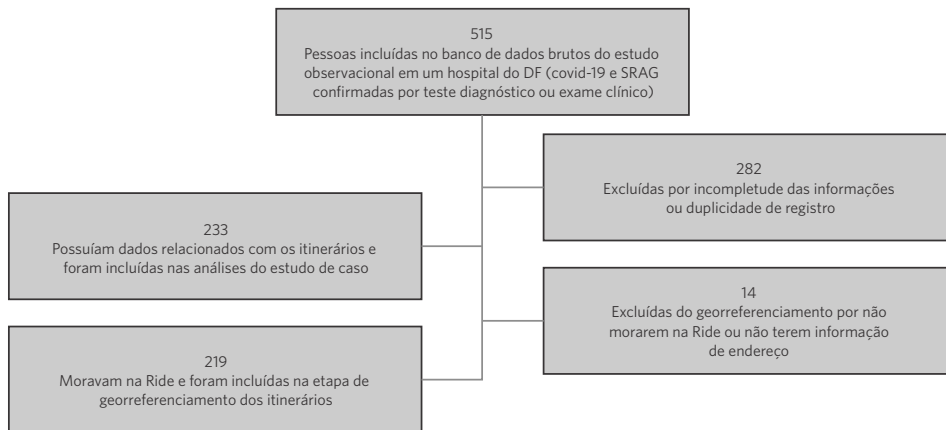
unidade da atenção secundária e, por fim, a um hospital terciário, totalizando três serviços.

Ambos os modelos foram analisados em duas fases: bivariada e múltipla, adotando-se como medidas de efeito a Razão de Prevalência (RP) e seus respectivos intervalos de 95% de confiança, por serem mais apropriadas para descrever a relação entre exposição e efeito em estudos transversais²⁵. Inicialmente, modelos de regressão de Poisson simples foram ajustados para cada variável explicativa. Aquelas com valor de $p < 0,25$ foram incluídas na análise de regressão de Poisson múltipla²⁶. Em seguida, foram ajustadas por um processo de retirada/inclusão de variáveis. Permaneceram no modelo ajustado apenas aquelas com $p < 0,05$, para as quais foram novamente calculadas as razões de prevalência e os respectivos intervalos de confiança. Também foi avaliada a multicolinearidade entre as variáveis independentes, considerando como limite um indicador de tolerância $> 0,60$.

Na etapa 3, as informações das etapas anteriores permitiram mapear os caminhos realizados pelos pacientes desde o início dos sintomas até a hospitalização. O sistema de informação geográfica QGIS (versão 3.20.2) foi utilizado para georreferenciamento dos endereços, análise espacial e elaboração de mapas com os locais de residência dos participantes e as unidades de saúde por onde cada um passou. Para tratamento das informações extraídas do banco de dados e cálculo estimado da distância percorrida, utilizou-se o *software* Microsoft Excel® (versão 2016).

A triangulação das evidências quantitativas e qualitativas das três etapas do estudo de caso foi adotada como estratégia geral de análise, permitindo a vinculação dos resultados às proposições teóricas que foram previamente levantadas em uma revisão integrativa da literatura sobre itinerários terapêuticos e covid-19.

Figura 1. Fluxograma de seleção dos participantes do estudo de caso



Fonte: elaboração própria (2023).

O projeto ‘Síndromes respiratórias graves no DF’ foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Faculdade de Medicina da UnB (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética – CAAE: 33555320.1.0000.5558; número do parecer: 4.112.214), em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

Descrição do perfil dos participantes

A *tabela 1* apresenta a distribuição de frequência absoluta e percentual das variáveis relacionadas ao perfil demográfico e de saúde dos 233 participantes incluídos neste estudo de caso como unidades integradas de análise. A maioria era do sexo masculino (60,52%) e tinha mais de 60 anos de idade (53,64%). Aproximadamente 68% eram pessoas pretas ou pardas, 29% brancas e menos de 3% indígenas ou amarelas.

Quase metade tinha nível de escolaridade baixo – sem alfabetização (15,89%) ou ensino fundamental incompleto (32,24%). Quanto à ocupação, metade era composta de aposentados/pensionistas/beneficiários. A renda

dos participantes variava de 0 a 80 mil reais mensais (média = R\$ 2.154,00), sendo que 12,61% não tinham nenhuma renda, 39,64% recebiam até 1 salário-mínimo, 25,68% até 2 salários, 14,41% até 4 salários e 7,66% tinham renda superior a 4 salários por mês. Apenas 9,96% receberam auxílio financeiro do Governo na pandemia.

Havia moradores das sete regiões de saúde do DF (86,15%), além de outros municípios da Ride, Amazonas, Bahia, Goiás e Minas Gerais (13,85%). A maior parte morava em regiões com renda domiciliar baixa ou média-baixa (61,04%), o que coincide com a classificação econômica: mais de 75% dos participantes pertenciam às classes C1 (24,56%), C2 (30,26%) ou DE (22,37%).

Quase todos os pacientes apresentavam pelo menos uma comorbidade prévia (93,57%) e 28,57% passaram por hospitalização no ano anterior, mostrando que se tratava de um grupo com maior risco clínico-epidemiológico. Somente 5,15% possuíam plano de saúde privado. Perguntados sobre onde buscam assistência médica quando adoecem, os locais mais apontados foram UBS (34,20%) e hospitais públicos (33,33%), seguidos de UPA (22,08%). Quando a pergunta dizia respeito ao local mais buscado em situações de emergência, hospitais passaram para 59,05%, UPA 28,02% e UBS 5,6%.

Tabela 1. Descrição do perfil demográfico e de saúde dos participantes (n = 233)

Característica	n	%
Sexo		
Feminino	92	39,48
Masculino	141	60,52
Idade		
22-39 anos	31	13,30
40-59 anos	77	33,05
60-79 anos	93	39,91
80-98 anos	32	13,73
Raça/cor		
Branca	66	29,07
Amarela	2	0,88
Indígena	4	1,76
Parda	39	17,18
Preta	116	51,10
Sem informação	6	
Escolaridade		
Sem escolaridade	34	15,89
Alfabetizado (fundamental incompleto)	69	32,24
Ensino fundamental completo ou médio incompleto	30	14,02
Ensino médio completo ou superior incompleto	59	27,57
Ensino superior completo	22	10,28
Sem informação	19	
Ocupação		
Aposentado, pensionista ou beneficiário	113	49,56
Desempregado	34	14,91
Dona de casa	10	4,39
Trabalhador autônomo	29	12,72
Trabalhador formal	40	17,54
Estudante	2	0,88
Sem informação	5	
Renda média mensal*		
Sem renda	28	12,61
Até 1 salário-mínimo (R\$ 1-1.100)	88	39,64
Até 2 salários-mínimos (R\$ 1.101-2.200)	57	25,68
Até 4 salários-mínimos (R\$ 2.201-4.400)	32	14,41
Acima de 4 salários-mínimos (> R\$ 4.400)	17	7,66
(dado ausente)	11	
Recebeu auxílio emergencial do Governo na pandemia		
Não	208	90,04
Sim	23	9,96
Sem informação	2	

Tabela 1. Descrição do perfil demográfico e de saúde dos participantes (n = 233)

Característica	n	%
Região de Saúde do endereço de residência		
Fora do DF	32	13,85
Central	6	2,6
Centro-Sul	27	11,6
Leste	28	12,12
Norte	34	14,72
Oeste	40	17,32
Sudoeste	43	18,61
Sul	21	9,09
Sem informação	2	
Nível de renda domiciliar média da região administrativa (RA) onde mora**		
Fora do DF	32	13,85
Baixa	70	30,30
Média-baixa	71	30,74
Média-alta	47	20,35
Alta	11	4,76
Sem informação	2	
Tipo de imóvel onde mora		
Alugado	58	25,44
Próprio	165	72,37
Residência Coletiva	5	2,19
Sem informação	5	
Quantidade de moradores da residência		
1-2	94	40,52
3-4	95	40,95
5-6	31	13,36
7-12	12	5,17
Sem informação	1	
Classe econômica***		
A	7	3,07
B1	8	3,51
B2	37	16,23
C1	56	24,56
C2	69	30,26
DE	51	22,37
Sem informação	5	
Comorbidades prévias		
0	15	6,44
1	42	18,03
2 a 5	162	69,53
6 a 9	14	6,01

Tabela 1. Descrição do perfil demográfico e de saúde dos participantes (n = 233)

Característica	n	%
Passou por hospitalização no último ano		
Não	160	71,43
Sim	64	28,57
Sem informação	9	
Possui plano de saúde		
Não	221	94,85
Sim	12	5,15
Quando adoecer, onde geralmente busca assistência médica		
Clínica/Hospital Particular com plano de saúde	7	3,03
Clínica/Hospital Particular sem plano de saúde	15	6,49
Hospital Público	77	33,33
UBS	79	34,20
UPA	51	22,08
Não Busca	2	0,87
Sem informação	2	
Em situações de emergência, onde geralmente busca atendimento		
Clínica/Hospital Particular com plano de saúde	8	3,45
Clínica/Hospital Particular sem plano de saúde	8	3,45
Hospital Público	137	59,05
Samu	1	0,43
UBS	13	5,60
UPA	65	28,02
Sem informação	1	

Fonte: elaboração própria (2023).

* Considerando o valor do salário-mínimo em 2020 (R\$ 1.100,00);

** Baseada nos critérios da PNAD contínua em 2020, do IBGE, onde Renda muito baixa: menor que R\$ 1.650,50/mês; Renda baixa: entre R\$ 1.650,50 e R\$ 2.471,09; Renda média-baixa: entre R\$ 2.471,09 e R\$ 4.127,41; Renda média: entre R\$ 4.127,41 e R\$ 8.254,83; Renda média-alta: entre R\$ 8.254,83 e R\$ 16.509,66; e Renda alta: maior que R\$ 16.509,66;

*** Classificação realizada com base no Critério Brasil, que considera condições sociais, de renda e moradia.

Descrição dos itinerários terapêuticos

A *tabela 2* descreve a distribuição de frequência absoluta e percentual das características relacionadas ao processo de adoecimento e acesso aos serviços de saúde, desde os sintomas iniciais até o desfecho da hospitalização por SRAG. Considerando que, no momento da coleta, muitos pacientes ainda estavam internados ou haviam falecido, 74,14% das entrevistas foram respondidas por acompanhantes.

A maioria dos participantes foi hospitalizada durante a segunda onda, entre dezembro de 2020 e junho de 2021 (48,07%), ou na primeira onda, entre maio e agosto de 2020 (25,75%), seguindo o observado no cenário nacional²⁷. Aproximadamente 17% disseram ter usado medicamentos sem comprovação de eficácia (hidroxicloroquina, ivermectina e outros) para prevenir a covid-19. Após serem infectados, 44,7% dos pacientes tiveram de 3 a 4 sintomas, e 48,07% sentiram falta de ar. A maioria não usou medicamentos que já tinha

em casa (74,76%) e buscou atendimento em até cinco dias após o aparecimento dos primeiros sintomas (66,66%).

Quanto ao acesso à RAS, os pontos mais buscados para primeiro atendimento foram os hospitais públicos (42,86%), seguidos pelas UPAs (25,54%), UBS (22,51%) e clínicas/consultórios (4,76%) ou hospitais particulares (4,33%). Categorizando-os pelo nível de atenção, 77,49% procuraram o primeiro atendimento na atenção especializada. Em 63,88% dos casos, o serviço ficava próximo à residência do paciente, o que foi apontado como principal motivo de escolha (42,67%).

Grande parte conseguiu atendimento no primeiro serviço procurado (67,53%) e foi hospitalizada no mesmo dia ou em até 24 horas (54,38%). A atenção especializada foi a principal porta de entrada do sistema, principalmente os hospitais públicos (60,61%). A maioria dos participantes (69,26%) passou por, no máximo, três serviços de saúde, somando-se

os locais buscados e acessados. Estima-se que a distância total percorrida desde a residência, passando por esses serviços até o hospital estudado, variou de 5,29 a 3.440 km, com média de 163,28 km e mediana de 44,31 km – havia pacientes transferidos de Manaus-AM durante o colapso do sistema de saúde amazonense. A distância foi inferior a 50 km em 62,34% dos casos, e o carro particular foi o meio mais utilizado nesses trajetos (63,04%).

Com relação ao desfecho da hospitalização, 65,65% tiveram alta hospitalar, 27,83% faleceram e 6,52% foram transferidos. A duração do itinerário terapêutico, desde o início dos sintomas até esse desfecho, variou de 2 a 130 dias, com média de 31,25 e mediana de 24 dias.

De modo geral, a maioria dos participantes buscou o primeiro atendimento na atenção especializada e conseguiu acesso rápido ao sistema de saúde, conforme preconizado nos protocolos^{20,21,23,24}.

Tabela 2. Descrição do itinerário terapêutico dos participantes, a partir das características do processo de adoecimento e acesso ao sistema de saúde (n = 233)

Característica	n	%
Respondente da pesquisa		
Acompanhante	172	74,14
Paciente	60	25,86
Sem informação	1	
Fase da pandemia*		
Primeira onda 2020 (maio a agosto/2020)	60	25,75
Transição 2020 (setembro a novembro/2020)	26	11,16
Segunda onda 2021 (dezembro/2020 a junho/2021)	112	48,07
Pós-vacinação 2021 (julho a dezembro/2021)	35	15,02
Uso (hidroxi)cloroquina e/ou ivermectina como profilaxia para covid-19		
Não	193	82,83
Sim	40	17,17
Quantidade de sintomas iniciais**		
0	21	9,68
1-2	56	25,81
3-4	97	44,70
5 ou mais	43	19,82
Sem informação	16	

Tabela 2. Descrição do itinerário terapêutico dos participantes, a partir das características do processo de adoecimento e acesso ao sistema de saúde (n = 233)

Característica	n	%
Teve dispneia/falta de ar como sintoma inicial***		
Não	121	51,93
Sim	112	48,07
Usou medicamentos que já tinha em casa após o início dos sintomas		
Não	157	74,76
Sim	53	25,24
Sem informação	23	
Quantos dias ficou com sintomas até buscar atendimento		
0-2	52	26,26
3-5	80	40,40
6-8	66	33,33
Sem informação	35	
Onde buscou o primeiro atendimento		
Clínica/consultório particular	11	4,76
Hospital particular	10	4,33
Hospital público	99	42,86
UBS	52	22,51
UPA	59	25,54
Sem informação	2	
Nível de atenção do primeiro serviço buscado****		
Especializada	179	77,49
Primária	52	22,51
Sem informação	2	
Por que optou por esse serviço		
Por proximidade da residência	96	42,67
Por já ser assistido nessa unidade	29	12,89
Por ser de fácil localização	9	4,00
Por indicação	7	3,11
Pela qualidade do atendimento	11	4,89
Outros/Prefere não responder	73	32,44
Sem informação	8	
Primeiro serviço buscado era o mais próximo da residência		
Não	82	36,12
Sim	145	63,88
Sem informação	6	
Foi atendido no primeiro serviço buscado		
Não	75	32,47
Sim	156	67,53
Sem informação	2	
Onde conseguiu o primeiro atendimento		
Hospital	140	60,61

Tabela 2. Descrição do itinerário terapêutico dos participantes, a partir das características do processo de adoecimento e acesso ao sistema de saúde (n = 233)

Característica	n	%
UBS	24	10,39
UPA	57	24,68
Outro	10	4,33
Sem informação	2	
Quantos dias levou do primeiro atendimento até a internação		
0-1	118	54,38
2-3	35	16,13
4-7	43	19,82
8-15	21	9,68
Sem informação	16	
Total de serviços de saúde por onde passou, incluindo o hospital estudado (do início dos sintomas até o desfecho)		
1	13	5,63
2	68	29,44
3	79	34,20
4	42	18,18
5	19	8,23
6 ou mais	10	4,33
Sem informação	2	
Distância total percorrida entre os serviços de saúde*****		
< = 50 km	144	62,34
51-100 km	62	26,84
100 km	25	10,82
Sem informação	2	
Tipo de transporte mais utilizado para chegar aos serviços de saúde		
Ambulância/Samu/outro transporte hospitalar	50	21,74
Carro particular	145	63,04
Ônibus e/ou metrô	8	3,48
A pé ou de bicicleta	3	1,30
Táxi/Uber	24	10,43
Sem informação	3	
Passou por Unidade de Terapia Intensiva (UTI)		
Não	118	57,84
Sim	86	42,16
Sem informação	29	
Desfecho final		
Óbito	64	27,83
Alta	151	65,65
Transferência	15	6,52
Sem informação	3	
Duração do itinerário terapêutico (do início dos sintomas até o desfecho)		
1-15 dias	35	18,42

Tabela 2. Descrição do itinerário terapêutico dos participantes, a partir das características do processo de adoecimento e acesso ao sistema de saúde (n = 233)

Característica	n	%
16-30 dias	83	43,68
31-60 dias	53	27,89
> 60 dias	19	10,00
Sem informação	43	

Fonte: elaboração própria (2023).

* Indica o momento da pandemia em que o participante foi internado²⁸;

** Obtida a partir de uma lista com 25 sintomas de síndrome gripal associados à covid-19;

*** A dispneia/falta de ar foi considerada indicativo da gravidade por ser um dos sinais clínicos da SRAG^{23,29} e a variável mais completa do banco de dados para esta finalidade;

**** Considerou-se UBS como Atenção Primária, e as demais unidades (UPA, hospitais públicos, consultórios/clínicas/hospitais particulares) como Atenção Especializada;

***** A partir do georreferenciamento das distâncias entre a região administrativa de residência do paciente e os serviços por onde ele passou, inferindo que cada paciente foi direto de um serviço para outro, sem retornar à residência.

Análise de associações

A *tabela 3* apresenta os resultados da análise de associações entre o perfil dos participantes e os dois eventos que caracterizaram o acesso ao sistema de saúde.

No primeiro modelo, ‘buscar o primeiro atendimento na atenção especializada’ foi considerado como variável dependente. Inicialmente, na análise bivariada, as variáveis idade, escolaridade, ocupação, região de saúde da residência, classe econômica e nível de renda domiciliar média da região administrativa onde mora apresentaram um p valor < 0,25 e foram incluídas no modelo multivariado. Após ajuste do modelo de regressão de Poisson com variância robusta múltiplo, escolaridade, ocupação, região de saúde da residência e classe econômica apresentaram uma associação significativa (p < 0,05) com o evento.

Os resultados mostram que pacientes sem escolaridade ou com ensino fundamental foram os que mais buscaram o primeiro atendimento na atenção especializada, com prevalência 16% maior que aqueles com ensino médio ou superior (p = 0,0490). Quanto à ocupação, ser aposentado/pensionista ou trabalhador formal aumentou a probabilidade de buscar

a atenção especializada em 48% (p = 0,0052) e 40% (p = 0,0478), respectivamente, quando comparado com pacientes desempregados. Trabalhadores autônomos e donas de casa não apresentaram diferenças significativas em relação aos desempregados (p = 0,2321).

Os moradores das regiões de saúde Norte e Sul do DF foram os que menos buscaram a atenção especializada para primeiro atendimento. Em seguida, vieram os das regiões Central, Centro-Sul e Sudoeste, com uma prevalência 51% maior (p = 0,0152; p = 0,0121), Leste (52%, p = 0,0162), de fora do DF (58%, p = 0,0069) e os da região Oeste, que tiveram 67% maior probabilidade de buscar a atenção especializada que os da Norte (p = 0,0019).

Os participantes pertencentes à classe A foram os que mais buscaram a atenção especializada, com uma prevalência 40% maior que os da classe C1/C2 (p = 0,00052). Pacientes das classes B1/B2 e DE não tiveram diferenças significativas em relação aos da classe C1/C2 (p = 0,6849; p = 0,6428). Embora não tenha permanecido no modelo multivariado, a análise do nível de renda domiciliar média da região de residência também indica que moradores de áreas com renda baixa foram os que mais buscaram atendimento na atenção primária, enquanto os de regiões com renda alta tiveram

maior probabilidade de buscar a atenção especializada (38%, $p = 0,0116$).

A segunda parte da tabela mostra a análise de fatores associados ao evento ‘seguir os fluxos de acesso estabelecidos’, caracterizado por ‘ser atendido no primeiro serviço buscado’ e ‘passar por no máximo três serviços’.

Inicialmente, na análise bivariada, as variáveis escolaridade, região de saúde da residência, classe econômica, nível de renda domiciliar média da região administrativa onde mora, quantidade de sintomas iniciais, sintoma inicial ‘falta de ar’, onde buscou o primeiro atendimento e primeiro serviço procurado próximo à residência apresentaram um p valor $< 0,25$ e foram incluídas no modelo multivariado. Após o ajuste do modelo de regressão de Poisson com variância robusta múltiplo, nível de renda da região onde mora, quantidade de sintomas iniciais e onde buscou o primeiro atendimento apresentaram uma associação significativa ($p < 0,05$) com a facilidade de acesso ao sistema de saúde.

Os participantes que demoraram mais para conseguir atendimento e passaram por um número maior de serviços foram os que moram

em regiões administrativas com nível de renda domiciliar média-alta. Já os participantes de fora do DF tiveram uma facilidade de acesso 65% maior ($p = 0,0950$), seguidos pelos moradores das regiões de renda baixa (90% maior, $p = 0,0149$), baixa-média (92% maior, $p = 0,0130$) e alta (139% maior, $p = 0,0020$).

Pessoas que apresentavam mais sintomas quando procuraram atendimento (> 4) tiveram 36% maior facilidade de acesso que aquelas com menos sintomas ($p = 0,02225$), assim como as que buscaram o primeiro atendimento na atenção especializada, em comparação com as que buscaram a APS (135% maior, $p = 0,0007$).

Os pacientes com falta de ar, em geral, foram atendidos no primeiro local buscado e rapidamente internados, mas, justamente por isso, passaram por menos serviços de saúde. Isso pode justificar o surgimento de um viés de confusão, onde os pacientes sem esse sintoma parecem ter tido maior facilidade de acesso.

O indicador de tolerância para multicolinearidade variou de 0,78 a 0,99 para o primeiro evento analisado e de 0,96 a 0,99 para o segundo, indicando que não existe multicolinearidade entre as variáveis independentes.

Tabela 3. Razões de prevalência brutas e ajustadas, conforme modelo de regressão de Poisson com variância robusta e seus respectivos intervalos de 95% de confiança, para os dois eventos que caracterizaram o processo de acesso aos serviços de saúde

Variáveis	RP Bruta		RP Ajustada	
	RP (IC 95%)	p-valor	RP (IC 95%)	p-valor
Evento 1 – Buscar o primeiro atendimento na atenção especializada (n = 202)				
Sexo				
Masculino	1	-	-	-
Feminino	1,02 (0,88; 1,17)	0,7956	-	-
Idade				
< 60 anos	1	-	-	-
≥ 60 anos	1,19 (1,03; 1,37)	0,0202	-	-
Escolaridade				
Médio ou Superior	1	-	1	-
Sem escolaridade ou Fundamental	1,24 (1,06; 1,46)	0,0072	1,16 (1,00; 1,37)	0,0490
Raça/cor*				
Preta ou Parda	1	-	-	-
Branca	1,05 (0,91; 1,22)	0,5014	-	-

Tabela 3. Razões de prevalência brutas e ajustadas, conforme modelo de regressão de Poisson com variância robusta e seus respectivos intervalos de 95% de confiança, para os dois eventos que caracterizaram o processo de acesso aos serviços de saúde

Variáveis	RP Bruta		RP Ajustada	
	RP (IC 95 %)	p-valor	RP (IC 95%)	p-valor
Ocupação		0,0169		0,0146
Desempregado	1	-	1	-
Autônomo ou dona de casa/do lar	1,26 (0,90; 1,77)	0,1719	1,22 (0,88; 1,69)	0,2321
Trabalhador formal	1,22 (0,87; 1,72)	0,2551	1,40 (1,00; 1,95)	0,0478
Aposentado/pensionista/beneficiário	1,47 (1,10; 1,97)	0,0094	1,48 (1,12; 1,95)	0,0052
Região de Saúde da residência		0,0726		0,0298
Norte	1	-	1	-
Sul	1,07 (0,69; 1,68)	0,7497	1,00 (0,59; 1,67)	0,9892
Sudoeste	1,37 (0,99; 1,91)	0,0602	1,51 (1,09; 2,09)	0,0121
Central e Centro-Sul	1,42 (1,02; 1,98)	0,0393	1,51 (1,08; 2,11)	0,0152
Leste	1,36 (0,96; 1,94)	0,0825	1,52 (1,08; 2,15)	0,0162
Fora DF	1,46 (1,05; 2,03)	0,0259	1,58 (1,13; 2,20)	0,0069
Oeste	1,56 (1,14; 2,13)	0,0052	1,67 (1,21; 2,31)	0,0019
Classe Econômica		< 0,0001	-	0,0460
C1/C2	1	-	1	-
B1/B2	1,03 (0,85; 1,23)	0,7858	1,04 (0,86; 1,27)	0,6849
DE	1,05 (0,89; 1,25)	0,5361	1,04 (0,89; 1,21)	0,6428
A	1,32 (1,19; 1,46)	< 0,0001	1,40 (1,10; 1,77)	0,0052
Nível de renda domiciliar média da região administrativa onde mora		0,1141	-	-
Baixa	1	-	-	-
Média-alta	1,22 (0,98; 1,53)	0,0733	-	-
Baixa-média	1,24 (1,01; 1,52)	0,0383	-	-
Fora do DF	1,28 (1,01; 1,60)	0,0368	-	-
Alta	1,38 (1,07; 1,78)	0,0116	-	-
Comorbidades prévias		0,3213	-	-
Nenhuma	1	-	-	-
Uma	1,05 (0,70; 1,58)	0,8162	-	-
Múltiplas	1,20 (0,83; 1,73)	0,3281	-	-
Quantidade de sintomas iniciais				
≤ 4	1	-	-	-
> 4	1,01 (0,84; 1,21)	0,9203	-	-
Sintoma inicial 'falta de ar'				
Sim	1	-	-	-
Não	1,07 (0,93; 1,23)	0,3624	-	-
Evento 2 - Seguir os fluxos de acesso estabelecidos (n = 190)				
Sexo				
Feminino	1	-	-	-
Masculino	1,12 (0,87; 1,44)	0,3690	-	-

Tabela 3. Razões de prevalência brutas e ajustadas, conforme modelo de regressão de Poisson com variância robusta e seus respectivos intervalos de 95% de confiança, para os dois eventos que caracterizaram o processo de acesso aos serviços de saúde

Variáveis	RP Bruta		RP Ajustada	
	RP (IC 95 %)	p-valor	RP (IC 95%)	p-valor
Idade				
< 60 anos	1	-	-	-
≥ 60 anos	1,14 (0,89; 1,45)	0,2971	-	-
Escolaridade				
Médio ou Superior	1	-	-	-
Sem escolaridade ou Fundamental	1,27 (0,97; 1,65)	0,0766	-	-
Raça/cor1				
Branca	1	-	-	-
Preta ou Parda	1,12 (0,84; 1,49)	0,4316	-	-
Ocupação				
		0,8654		-
Desempregado	1	-	-	-
Trabalhador formal	1,09 (0,68; 1,74)	0,7199	-	-
Autônomo ou dona de casa/do lar	1,14 (0,72; 1,81)	0,5659	-	-
Aposentado/pensionista/beneficiário	1,18 (0,79; 1,74)	0,4184	-	-
Região de Saúde da residência				
		0,1767		-
Sul	1	-	-	-
Sudoeste	1,03 (0,57; 1,87)	0,9202	-	-
Norte	1,06 (0,57; 1,97)	0,8523	-	-
Fora DF	1,20 (0,66; 2,19)	0,5437	-	-
Oeste	1,34 (0,77; 2,35)	0,3046	-	-
Centro e Centro-Sul	1,41 (0,80; 2,49)	0,2296	-	-
Leste	1,67 (0,96; 2,88)	0,0670	-	-
Classe Econômica				
		0,2452		-
A	1	-	-	-
B1/B2	1,04 (0,41; 2,59)	0,9380	-	-
C1/C2	1,24 (0,52; 2,97)	0,6259	-	-
DE	1,49 (0,62; 3,60)	0,3719	-	-
Nível de renda domiciliar média da região administrativa onde mora				
		0,1971		0,0380
Média-alta	1	-	1	-
Fora do DF	1,32 (0,80; 2,17)	0,2740	1,65 (0,92; 2,97)	0,0950
Baixa	1,46 (0,97; 2,21)	0,0728	1,90 (1,13; 3,18)	0,0149
Baixa-média	1,44 (0,95; 2,18)	0,0848	1,92 (1,15; 3,22)	0,0130
Alta	1,86 (1,11; 3,10)	0,0174	2,39 (1,37; 4,15)	0,0020
Comorbidades prévias				
		0,6485		-
Uma	1	-	-	-
Nenhuma	1,14 (0,81; 1,63)	0,4420	-	-
Múltiplas	1,26 (0,75; 2,14)	0,3842	-	-

Tabela 3. Razões de prevalência brutas e ajustadas, conforme modelo de regressão de Poisson com variância robusta e seus respectivos intervalos de 95% de confiança, para os dois eventos que caracterizaram o processo de acesso aos serviços de saúde

Variáveis	RP Bruta		RP Ajustada	
	RP (IC 95 %)	p-valor	RP (IC 95%)	p-valor
Quantidade de sintomas iniciais				
≤ 4	1	-	1	-
> 4	1,27 (0,98; 1,66)	0,0723	1,36 (1,04; 1,76)	0,0225
Sintoma inicial 'falta de ar'				
Não	1,22 (0,96; 1,56)	0,1098	-	-
Sim	1	-	-	-
Onde buscou o primeiro atendimento		0,0004		0,0007
Atenção Primária	1	-	1	-
Atenção Especializada	2,29 (1,44; 3,64)	0,0004	2,35 (1,43; 3,86)	0,0007
Primeiro serviço buscado próximo à residência		0,0373	-	-
Sim	1	-	-	-
Não	1,29 (1,01; 1,63)	0,0373	-	-

Fonte: elaboração própria (2023).

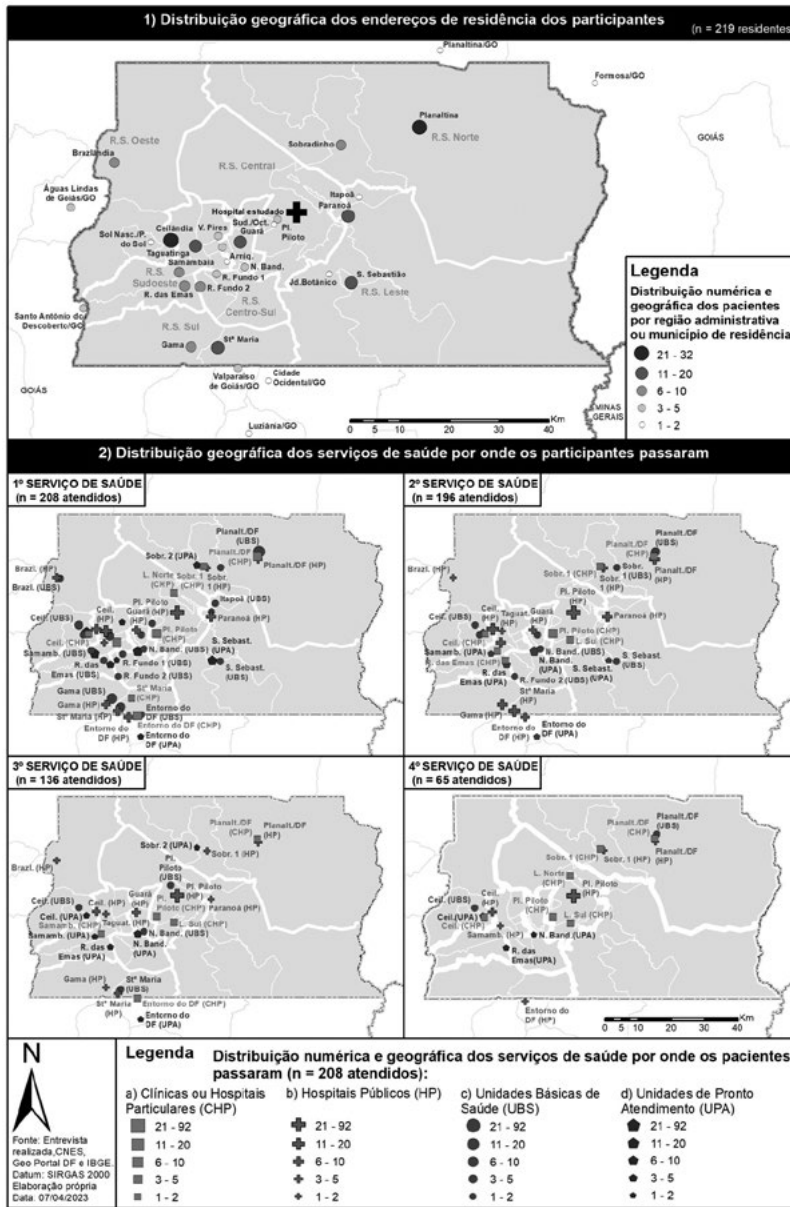
* Pessoas indígenas e amarelas, se somadas, representavam menos de 3% dos participantes e, por isso, não foram consideradas nesta análise.

Georreferenciamento do percurso dos pacientes

A *figura 2* apresenta a distribuição geográfica da residência dos pacientes, por região administrativa ou município, e a localização e o tipo dos serviços de saúde por onde eles passaram, desde o primeiro local procurado

até o hospital estudado. O tamanho do círculo indica a quantidade de participantes em cada ponto do mapa, e a cor indica o tipo de serviço – UBS, UPA, hospital público ou clínica/hospital particular. Cabe lembrar que nessa etapa foram excluídos participantes que não tinham informação de endereço ou moravam fora da Ride.

Figura 2. Distribuição geográfica dos endereços de residência dos participantes (n = 219) e dos serviços de saúde por onde passaram



Fonte: elaboração própria (2023).

Discussão

Diferentemente do que costuma ser evidenciado em pesquisas sobre itinerários terapêuticos no SUS^{9,10,11,30-33}, neste estudo de caso,

a maioria dos participantes seguiu os fluxos formais, teve acesso rápido e não precisou peregrinar pelos serviços de saúde para conseguir atendimento. Os principais determinantes dessa facilidade de acesso foram: gravidade dos

casos, caracterizada por idade, perfil clínico-epidemiológico e quantidade de sintomas iniciais; tipo de serviço buscado para primeiro atendimento; e contexto socioeconômico, representado pelo nível de renda domiciliar média da região de residência.

A instituição estudada recebia, principalmente, pacientes graves. Isso pode justificar a homogeneidade das características clínico-epidemiológicas, embora, de modo geral, o perfil não seja distinto do observado em outros estudos, em que sexo masculino, idade acima de 60 anos, raça/cor preta ou parda, baixa escolaridade e múltiplas comorbidades aparecem como principais fatores de risco para hospitalização e óbito por covid-19^{29,34,35}. A duração do itinerário também foi semelhante à de uma coorte brasileira que investigou fatores associados ao óbito por covid-19, segundo a qual o tempo médio entre os sintomas e o desfecho foi de 33,6 dias²⁹.

O fato de a maioria dos participantes ter buscado o primeiro atendimento na atenção especializada entre o terceiro e o quinto dia após surgirem os sintomas e ter relatado que não se automedicou também é indício da capacidade de perceber a gravidade da situação e tomar decisões alinhadas aos protocolos. Alguns fatores podem explicar essa diferença em relação aos estudos que mostram que os itinerários terapêuticos geralmente não coincidem com os fluxos estabelecidos⁸. Primeiramente, a circulação diária de informações na imprensa, redes e mídias sociais intensificou (ou reduziu, dependendo do posicionamento) a visibilidade da covid-19. Isso pode ter deixado o setor profissional e a população, especialmente grupos de risco, mais atentos às orientações de acesso. Em segundo lugar, quase 75% das entrevistas foram respondidas pelos acompanhantes, geralmente familiares mais jovens e com maior nível de escolaridade. Ao afirmarem que costumam procurar assistência na atenção primária quando adoecem e na atenção especializada em situações de emergência, eles demonstraram certo conhecimento sobre a lógica de

funcionamento do sistema, que pode ser distinto do que os próprios pacientes teriam. Além disso, há que se considerar que essa narrativa pode ter sido influenciada pelas interpretações e pelos aprendizados da experiência vivida, após constatarem, por exemplo, que buscar uma UBS tornou o acesso mais demorado.

O sistema de saúde também parece ter cumprido os protocolos, garantindo maior acesso aos públicos considerados prioritários – pessoas com fatores de risco e casos graves^{20,21,23,24}. Mas é importante avaliar porque quem buscou a atenção primária demorou mais para conseguir atendimento. Por uma questão histórica e estrutural, o SUS ainda é mais preparado para lidar com eventos agudos de saúde, que exigem respostas episódicas e reativas no nível hospitalar, do que com condições crônicas não agudizadas, em que são necessárias ações contínuas, proativas e integradas³⁶. Essa lógica hospitalocêntrica torna o acesso melhor e mais rápido em situações de urgência/emergência, especialmente para quem busca a atenção especializada.

Por outro lado, a capacidade de resposta do SUS foi afetada pelo negacionismo do (des)governo Jair Bolsonaro^{3,37} e pelas discrepâncias de natureza político-institucional (características do arranjo federativo) e histórico-estrutural (desigualdades socioespaciais) que existem entre as unidades federativas, entre áreas urbanas e rurais, centro e periferia³⁸. Um estudo revelou que a disponibilidade de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) foi consideravelmente maior nos centros das grandes cidades⁶. Outro concluiu que as desigualdades socioeconômicas e de acesso aos serviços de saúde tiveram maior associação com os casos e óbitos por covid-19 do que com fatores biológicos: os estados do Norte/Nordeste, onde há menor desenvolvimento socioeconômico e capacidade hospitalar, apresentaram as piores taxas de mortalidade, mesmo tendo menor prevalência de fatores de risco clínico. Esse mesmo estudo apontou que o DF teve a maior proporção de leitos de UTI por habitantes e a menor taxa de mortalidade

do País³⁷. Como visto na *figura 2*, os vazios assistenciais do DF são menos expressivos do que nas demais Unidades Federativas (UF), especialmente naquelas com menor densidade demográfica.

O contexto socioeconômico é um dos principais determinantes das decisões e experiências vivenciadas na busca de cuidados³⁹. Apesar de ter o maior Índice de Desenvolvimento Humano e renda domiciliar per capita entre todas as UF⁴⁰, o DF tem o terceiro maior percentual de pessoas pobres, revelando desigualdades que se manifestam em problemas de mobilidade, habitação, trabalho, renda e acesso a serviços, inclusive de saúde⁴¹. Isso é importante para entender a associação entre a região de residência dos participantes e o tipo de serviço procurado primeiro.

A decisão de qual local buscar depende de diversos fatores, incluindo as percepções sobre as características, finalidade e disponibilidade dos serviços⁷. Neste sentido, as inequidades de oferta existentes entre as regiões de saúde podem ter sido determinantes. A Região de Saúde Oeste, onde UPA e hospitais foram mais procurados, possui maior disponibilidade de serviços especializados. Já a Região de Saúde Norte, onde a APS foi mais procurada, concentra os piores indicadores socioeconômicos do DF e baixa oferta de AES⁴¹. Da mesma forma, o fato de os participantes que tiveram maior dificuldade de acesso serem os que moravam em regiões com renda média-alta e que buscaram primeiro a rede privada pode estar relacionado às percepções que eles têm do SUS e, ainda, às crenças político-ideológicas negacionistas comuns em grupos com maior poder econômico.

De modo geral, os resultados confirmam a proposição teórica deste estudo de caso, de que as pessoas possuem comportamentos e pensamentos distintos diante da doença, e isso não está relacionado apenas a fatores biológicos, mas, também, socioculturais⁴², como educação, classe social, estrutura familiar, identidade cultural, crenças, entre outros. Portanto, a abordagem de questões relacionadas à saúde

precisa levar em conta os contextos em que elas ocorrem, sendo capaz de superar posturas hegemônicas e etnocêntricas características da abordagem biomédica e considerar a influência da cultura e sociedade sobre a forma como as experiências de adoecimento são vivenciadas⁴³. A saúde coletiva e a antropologia da saúde fornecem conhecimentos importantes para essa compreensão⁴, podendo contribuir para que as pesquisas, políticas e ações em saúde, incluindo as práticas profissionais, sejam mais humanizadas, interdisciplinares e efetivas.

Grande parte das pesquisas empíricas que investigaram aspectos sociodemográficos de internações por covid-19 no contexto brasileiro^{34,35,37,44} focou nos desfechos clínicos e/ou utilizou somente dados secundários. Este é o primeiro estudo a analisar dados primários e secundários para descrever os itinerários terapêuticos de pessoas hospitalizadas por covid-19 no SUS e explorar os determinantes sociais desse processo a partir de uma abordagem quanti-qualitativa.

A principal limitação deste estudo é que os dados se restringiam aos caminhos e decisões dos participantes no setor profissional de saúde. Isso dificultou a investigação de aspectos culturais e de outras formas de cuidado que não sejam as práticas biomédicas^{9,10}. Além disso, informações relevantes para compreensão dos itinerários e do acesso estavam incompletas ou inconsistentes e não puderam ser incluídas na análise, como local e data exatos dos atendimentos. Os dados também não permitiram identificar quando a transição entre os serviços ocorreu por iniciativa do paciente (em busca de atendimento) ou por transferência, limitando o cálculo das distâncias e mapeamento dos percursos.

Por fim, na análise documental, observou-se um ‘apagão’ de informações no portal do Ministério da Saúde, entre 2020 e 2021. Os protocolos utilizados no estudo foram retirados de sites de terceiros, revelando como o posicionamento político-ideológico do Governo Jair Bolsonaro afetou, inclusive, a

transparência e efetividade da comunicação e a gestão de riscos na pandemia.

Conclusões

Este estudo analisou itinerários terapêuticos de pessoas internadas com covid-19 grave em um hospital público do Distrito Federal, concluindo que o acesso da população estudada à RAS seguiu os protocolos oficiais e foi influenciado por características sociodemográficas.

Os resultados podem não ser estatisticamente generalizáveis, principalmente por causa dos efeitos da diversidade cultural e de inequidades regionais sobre o acesso aos cuidados em saúde. Por outro lado, eles permitem concluir que as políticas de enfrentamento da covid-19 e outras epidemias precisam considerar não apenas riscos biológicos, mas, também, as desigualdades e vulnerabilidades que afetam as pessoas de formas distintas. Entendendo que os itinerários terapêuticos têm a capacidade de revelar necessidades individuais, sociais e institucionais, estudos como este podem ajudar gestores e profissionais do SUS no desafio de planejar e gerir serviços de saúde que respondam efetivamente às demandas da população.

Ainda que a OMS tenha declarado, em maio de 2023, o fim da pandemia de covid-19, suas consequências seguirão influenciando os modos de viver, relacionar-se, sentir e interpretar o mundo. Diante disso, é essencial que novas pesquisas busquem aprofundar a compreensão dos itinerários terapêuticos em situações de emergência sanitária, analisando os aspectos culturais e todas as formas de cuidado envolvidas no processo de saúde/doecimento individual e coletivo.

Colaboradores

França SV (0000-0001-8615-5852)* contribuiu para concepção e desenho do trabalho, coleta, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. Pereira ACES (0000-0001-9445-844X)* e Gallo LG (0000-0001-8344-9951)* contribuíram para coleta, análise e interpretação dos dados e aprovação final da versão a ser publicada. Pereira EL (0000-0002-7771-1594)* contribuiu para concepção e desenho do trabalho, análise e interpretação dos dados, revisão crítica do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. ■

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Histórico da pandemia de COVID-19. Brasília, DF: Opas; 2022. [acesso em 2022 jul 5]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Covid-19 no Brasil – Casos e Óbitos. Brasília, DF; 2023. [acesso em 2023 jul 4]. Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19.html.html.
3. Brandão CC, Mendonça AVM, Sousa MF. Governança federal na construção da política de enfrentamento à covid-19 na atenção primária à saúde brasileira. Ciênc. saúde coletiva. 2023 [acesso em 2023 maio 27]; 28(12):3643-3658. Disponível em: <https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/governanca-federal-na-construcao-da-politica-de-enfrentamento-a-covid19-na-atencao-primaria-a-saude-brasileira/18696>.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

4. Toniol R, Grossi MP. Cientistas Sociais e o Coronavírus. São Paulo: Anpocs; Florianópolis: Tribo da Ilha; 2020. [acesso em 2022 jul 22]. Disponível em: <http://anpocs.org/index.php/ciencias-sociais/destaques/2458-livro-cientistas-sociais-e-o-coronavirus-ebook-download-gratuito>.
5. World Health Organization. Health topics – Social determinants of health. Geneva: WHO; 2023. [acesso em 2023 maio 13]. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1.
6. Souza MN. O Programa Saúde da Família como estratégia de enfrentamento da Covid-19 na periferia de Curitiba. In: Toniol R, Grossi MP. Cientistas Sociais e o Coronavírus. São Paulo: ANPOCS; Florianópolis: Tribo da Ilha; 2020 [acesso em 2022 jul 22]. p. 454-459. Disponível em: <http://anpocs.org/index.php/ciencias-sociais/destaques/2458-livro-cientistas-sociais-e-o-coronavirus-ebook-download-gratuito>.
7. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad. Saúde Pública. 2004 [acesso em 2023 maio 16]; 20(supl2):S190-S198. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csp/a/PkysrjDrZWwzzPVJJPbbXtQ/>.
8. Cabral ALLV, Martinez-Hemández A, Andrade EIG, et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. Ciênc. saúde coletiva. 2011 [acesso em 2022 jun 2]; 16(11):4433-4442. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200016&lng=pt&tlng=pt.
9. Alves PCB, Souza IMA. Escolha e Avaliação de Tratamento para Problemas de Saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: Experiência de Doença e Narrativa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999. [acesso em 2022 jun 2]. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/pz254/pdf/rabelo-9788575412664-06.pdf>.
10. Gerhardt TE, Pinheiro R, Ruiz ENF, et al., organizadores. Itinerários Terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj – Abrasco; 2016. [acesso em 2022 jun 4]. Disponível em: www.lappis.org.br.
11. Silva LF, Cursino EG, Brandão ES, et al. The path from suspicion to diagnosis of people with Covid-19. Rev. Gaúcha Enferm. 2021 [acesso em 2022 jun 7]; 42(esp):e20200282. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472021000200421&tlng=en.
12. Silva LF, Cursino EG, Brandão ES, et al. The therapeutic itinerary of health workers diagnosed with COVID-19. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2021 [acesso em 2022 jun 7]; 29:e3413. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692021000100315&tlng=en.
13. Paula HC, Daher DV, Koopmans FF, et al. Sem isolamento: etnografia de pessoas em situação de rua na pandemia de COVID-19. Rev. Bras. Enferm. 2020 [acesso em 2022 jul 16]; 73:e20200489. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/reben/a/KWMyNkFjZFGHqFDvjPjQqTz/?lang=pt>.
14. Ribeiro AA, Rossi LA. Pandemia covid-19 e motivações para procura pelo Sistema Único de Saúde em aldeias indígenas. Rev. Bras. Enferm. 2020 [acesso em 2022 jul 16]; 73:e20200312. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/reben/a/DMbdsPn9ZqG6HR7vx8hcz5C/?lang=pt>.
15. Cualhete DN, Santos-Moura GH, Castro-Silva CR. Os itinerários terapêuticos de populações vulneráveis na Covid-19: uma revisão de escopo. Interface (Botucatu). 2022 [acesso em 2022 ago 26]; 26:e210700. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/icse/a/Tx7sGcYTmRbYG9tmfD3ysMK/?lang=pt>.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades – Distrito Federal. [local desconhecido]: IBGE; 2021. [acesso em 2023 maio 10]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/df/panorama>.
17. Distrito Federal. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Plano Distrital de Saúde 2020-2023. Brasília, DF: SES-DF; 2019. [acesso em 2022 dez 8]. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/plano-distrital-de-saude>.
18. Distrito Federal. Secretaria de Saúde do Distrito Fe-

- deral. Carta de Serviços ao Cidadão. Brasília, DF: SES-DF; 2022. [acesso em 2022 dez 8]. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/imprima-sua-carta-de-servicos>.
19. Distrito Federal. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Boletins Epidemiológicos da Subsecretaria de Vigilância Sanitária do DF – Divep/SVS. Brasília, DF: SES-DF; 2022. [acesso em 2023 maio 14]. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/boletinsinformativos-divep-cieves>.
 20. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde (v9). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020. [acesso em 2022 dez 11]. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1095920/20200504-protocolomanejo-ver09.pdf>.
 21. Distrito Federal. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Nota Técnica 01/2020 SES/SAIS/COAPS – COVID-19 Versão 4 – 03/09/2020. Diretrizes de Apoio Clínico e Organizacional para a APS no enfrentamento à COVID-19. Brasília, DF: SES-DF; 2020. [acesso em 2022 dez 8]. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/1264413/NOTA_TECNICA_COVID_APS_V4_atualiza_0209.pdf.
 22. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 5. ed. Porto Alegre: Bookman; 2015.
 23. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo de Manejo Clínico da Covid-19 na Atenção Especializada. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020. [acesso em 2022 dez 11]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manejo_clinico_covid-19_atencao_especializada.pdf.
 24. Distrito Federal. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Orientações para Referência de Urgências originadas da Atenção Primária à Saúde (APS) e a Regulação do Atendimento Pré-Hospitalar Secundário no âmbito do SAMU e das Regiões. Brasília, DF: SES-DF; 2020. [acesso em 2022 dez 8]. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/1264413/SEL_GDF-42769596-Circular-COAPS-SAMU-1.pdf.
 25. Bonita R, Beaglehole R, Kjellstrom T. Epidemiologia básica. São Paulo: Santos; 2010. xi, 213 p.
 26. Hosmer DW, Lemeshow S. Applied Logistic Regression. 1. ed. New York: Wiley; 1989.
 27. Brasil. Ministério da Saúde. Painel Coronavírus Brasil. Brasília, DF: Datasus; 2022. [acesso em 2022 jun 5]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>.
 28. Fundação Oswaldo Cruz. Boletim Especial Observatório Covid-19: Balanço de dois anos da pandemia Covid-19 – Janeiro de 2020 a janeiro de 2022. Observatório Covid-19. 2022. [acesso em 2023 mar 27]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/observatorio-covid-19>.
 29. Prado PR, Gimenes FRE, Lima MVM, et al. Fatores de risco para óbito por COVID-19 no Acre, 2020: coorte retrospectiva. Epidemiol. Serv. Saúde (Online). 2021 [acesso em 2023 mar 27]; 30(3):e2020676. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/ress/a/5t7R7sxN5wdLYYVvkJkLBxf/?lang=pt>.
 30. Demétrio F, Santana ER, Pereira-Santos M. O Itinerário Terapêutico no Brasil: revisão sistemática e metassíntese a partir das concepções negativa e positiva de saúde. Saúde debate. 2019 [acesso em 2022 jun 2]; 43(esp7):204-221. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019001200204&tlng=pt.
 31. Lima BC, Silva LF, Góes FGB, et al. O itinerário terapêutico de famílias de crianças com câncer: dificuldades encontradas neste percurso. Rev. Gaúcha Enferm. 2018 [acesso em 2022 jun 7]; 39:e20180004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100455&lng=pt&tlng=pt.
 32. Siqueira SMC, Jesus VS, Camargo CL. Itinerário terapêutico em situações de urgência e emergência pediátrica em uma comunidade quilombola. Ciênc. saúde coletiva. 2016 [acesso em 2022 jun 7]; 21(1):179-189. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000100179&lng=pt&tlng=pt.

33. Bosaipo DS, Lamy ZC, Oliveira PS, et al. Itinerário terapêutico de crianças com microcefalia pelo vírus Zika. *Ciênc. saúde coletiva*. 2021 [acesso em 2022 jun 7]; 26(6):2271-2280. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232021000602271&tlng=pt.
34. Silva VR, Pacheco ES, Cardoso OO, et al. Tendência temporal das taxas de incidência e de mortalidade por COVID-19 e sua relação com indicadores socioeconômicos no Piauí: estudo ecológico, 2020-2021. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2022 [acesso em 2023 mar 27]; 31(2):e20211150. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/ress/a/6zpZTM6xjkJ3YMBZgDXtDTH/?lang=pt>.
35. Mascarello KC, Vieira ACBC, Souza ASS, et al. Hospitalização e morte por COVID-19 e sua relação com determinantes sociais da saúde e morbidades no Espírito Santo: um estudo transversal. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2021 [acesso em 2023 mar 27]; 30(3):e2020919. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/ress/a/vwnZ8DMcbGxJghC5CbTnZ8b/?lang=pt>.
36. Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. [acesso em 2023 maio 13]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf.
37. Rocha R, Atun R, Massuda A, et al. Effect of socioeconomic inequalities and vulnerabilities on health-system preparedness and response to COVID-19 in Brazil: a comprehensive analysis. *Lancet Glob. Health*. 2021 [acesso em 2023 abr 1]; 9(6):e782-92. Disponível em: <http://www.thelancet.com/article/S2214109X21000814/fulltext>.
38. Lima LD, Pereira AMM, Machado CV. Crise, condicionantes e desafios de coordenação do Estado federativo brasileiro no contexto da COVID-19. *Cad. Saúde Pública*. 2020 [acesso em 2023 abr 1]; 36(7):e00185220. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csp/a/HSHqX3v5bnW5pqLpHrZg8m/>.
39. Alamilla SG, Cano MA. COVID-19 and Adverse Social Determinants of Health. *Behav. Med*. 2022 [acesso em 2023 abr 1]; 48(2):67-71. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/08964289.2022.2027859>.
40. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; Fundação João Pinheiro. *Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil*. [local desconhecido]: Ipea; 2021. [acesso em 2023 maio 16]. Disponível em: <http://www.atlas-brasil.org.br/ranking>.
41. Distrito Federal. Conselho de Desenvolvimento Econômico, Sustentável e Estratégico do Distrito Federal. *Panorama do desenvolvimento do DF - 2022*. Brasília, DF: Codese/DF; 2022. [acesso em 2023 mar 27]. Disponível em: http://codesedf.org.br/codese_df_livro_diagnostico_df_2022.pdf.
42. Langdon EJ, Wiik FB. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2010 [acesso em 2022 jul 13]; 18(3):459-466. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rlae/a/5RwbrHQkrZ4X7KxNrhvwtTB/?lang=pt>.
43. Langdon EJ. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. *Ciênc. saúde coletiva*. 2014; 19(4):1019-1029. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.22302013>.
44. Baqui P, Bica I, Marra V, et al. Ethnic and regional variations in hospital mortality from COVID-19 in Brazil: a cross-sectional observational study. *Lancet Glob. Health*. 2020 [acesso em 2023 abr 3]; 8(8):e1018-e1026. Disponível em: <http://www.thelancet.com/article/S2214109X20302850/fulltext>.

Recebido em 27/09/2023

Aprovado em 29/04/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: este trabalho foi apoiado pelo Ministério da Educação (MEC) - Projeto 'Ações integradas de pesquisa e serviço para o enfrentamento da pandemia de Covid-19 no Distrito Federal', da Universidade de Brasília (UnB), processo SEI nº 23106.036212/2020-02

Editora responsável: Jamilli Silva Santos

O perfil dos egressos de um mestrado profissional: uma contribuição para o entendimento da relação formação-trabalho no SUS

Profile of graduates of a Professional Master's Degree: a contribution to understanding the training-work relationship in the SUS

Ana Paula do Nascimento¹, Eduarda Ângela Pessoa Cesse², Ana Cláudia Figueiró²

DOI: 10.1590/2358-289820241418857P

RESUMO Este artigo apresenta perfil dos egressos, efeitos da formação e trajetória profissional dos concluintes do Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública, do Instituto Aggeu Magalhães, parte de pesquisa avaliativa em desenvolvimento. Dos 99 egressos convidados que concluíram seus cursos entre 2013-2020, 54 responderam a um questionário aplicado por meio do *software* Lime Survey. O estudo descritivo e transversal utilizou frequência absoluta e relativa e cruzamento de variáveis na análise, cujo instrumento constou dos temas: identificação do egresso e do programa/curso; atividade profissional antes e ao término do curso e expectativas; condição empregatícia atual e efeitos da formação; avaliação da trajetória formativa. Entre os respondentes, a maioria é do sexo feminino, com idade entre 31-40 anos, enfermeiros de formação, autodeclarados pretos ou pardos, não ser pessoa com deficiência, predominantemente residentes em Pernambuco e não ingressaram mediante cota. Como efeito na vida profissional, encontrou-se que o curso aumentou o prestígio/reconhecimento dos colegas, qualificou para atividades que já exerciam e para atividades diferentes, e trouxe ganhos de remuneração, proporcionando mudanças na vida pessoal e profissional. Os resultados estão em conformidade com achados científicos desse mesmo contexto, e a ferramenta desenvolvida pela Fiocruz permitiu conhecer a relação entre formação e trabalho.

PALAVRAS-CHAVE Formação profissional. Sistema Único de Saúde. Estudos de avaliação. Educação em saúde.

ABSTRACT *This article presents the profile of graduates, the effects of training, and the professional trajectory of the Professional Master's Course in Public Health graduates at the Aggeu Magalhaes Institute. Of the 99 invited graduates who completed the program between 2013-2020, 54 responded to a questionnaire applied through the Lime Survey software. The descriptive and cross-sectional study used absolute and relative frequency cross-tabulation variables in the analysis, with the instrument covering the following themes: identification of the graduate and program/course; professional activity before and at the end of the program and expectations; current employment status and formation effects; evaluation of the formative trajectory. Among the respondents, most are female, aged between 31-40 years, trained as nurses, self-declared as black or brown-skinned, not having a disability, predominantly residing in Pernambuco, and did not enter through a quota system. As an effect on their professional life, it was found that the program increased prestige/recognition among colleagues, qualified them for activities they were already performing and also different activities, and brought salary increases leading to changes in personal and professional lives. The results are consistent with scientific findings in the same context, and the tool developed by FIOCRUZ made it possible to understand the relationship between education and work.*

KEYWORDS *Professional qualification. Unified Health System. Evaluation studies. Health education.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Aggeu Magalhães (IAM) - Recife (PE), Brasil.
ana.nascimento@fiocruz.br

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Recife (PE), Brasil.



Introdução

Para consolidação e qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, é imperativo que o processo de formação dos profissionais de saúde esteja em consonância com os princípios democráticos e de valorização da vida¹. Nesse contexto, não se concebe mais a permanência de processos formativos descontextualizados tanto da realidade social, econômica e cultural da população quanto desarticulados das práticas de saúde. Do mesmo modo, pretende-se superar um modelo que, com frequência, ainda se apresenta fragmentado, predominantemente conteudista, por uma abordagem integrada, que busca a educação significativa na formação de sujeitos com competências que prezem pelo social².

Além do processo de formação, o acompanhamento de egressos/profissionais da saúde surge como ferramenta indispensável na avaliação dos cursos oferecidos pelas instituições formadoras, para os órgãos de avaliação, bem como fornece conhecimento para a sociedade geral. No entanto, apesar das análises dos processos de formação terem aumentado nas últimas décadas, é consenso entre muitos autores que os conhecimentos construídos na formação de pós-graduação voltada ao fortalecimento do SUS ainda são devedores dos propósitos idealizados³⁻⁵.

A instância responsável pelo acompanhamento dos cursos superiores no País (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Capes) aponta a importância do monitoramento sistemático dos egressos, visando obter informações que possam auxiliar no planejamento estratégico dos programas de pós-graduação e possibilitar a percepção relacionada com o seu impacto social na região⁶. No atual instrumento de avaliação da pós-graduação implementado pela Capes, informações referentes aos egressos surgem tanto relacionadas com a produção intelectual, como era valorizado nos processos avaliativos anteriores, quanto ao seu destino, atuação e avaliação em relação à formação recebida^{7,8}.

Como orientação para avaliação dos programas, vislumbra-se que o processo de acompanhamento de egressos se destaque como ferramenta de gestão no intuito de contribuir para a melhoria dos programas *stricto sensu*, independentemente de sua modalidade, seja ela acadêmica ou profissional. Espera-se, com isso, a melhoria do processo de formação, contemplando o SUS com profissionais cada vez mais qualificados e comprometidos com o desenvolvimento social, intelectual e humano da sociedade.

Quanto aos cursos *stricto sensu* profissionais, as avaliações de egressos ganham relevância, visto que se pretende que a produção de conhecimento advinda dessa formação atenda a demandas identificadas na dinâmica de trabalho desses profissionais para solução de problemas práticos, sendo o acompanhamento dos egressos uma das alternativas mais funcionais para aferir o impacto dessa produção do conhecimento⁵.

Ao considerar a importância de produtos elaborados no processo de formação, sobretudo aqueles que potencialmente podem ser transformadores da realidade, é fundamental ter um olhar mais amplo para a formação em si. Para Santos¹, a necessidade de investimento na formação humana deve atender aos novos cuidados individuais e coletivos esperados para o SUS. Além da importância estratégica dos produtos, o processo de formação não pode ser reducionista, voltado para um caráter instrumental da formação, mas sim para a possibilidade de que, por meio da educação, os sujeitos se permitam produzir para além das suas predeterminações, reconstruindo-se e criando formas de ser e estar no mundo¹.

Em consonância com essas premissas, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) vem realizando, de forma sistemática, o acompanhamento de egressos em todas as unidades que realizam atividades de ensino. A Fiocruz é reconhecida como a principal instituição não universitária de ensino da área de saúde do Brasil, atuando desde cursos técnicos até os cursos de pós-graduação *stricto sensu*, cujos

eixos estruturantes das atividades de ensino objetivam a formação de profissionais para o sistema de Ciência, Tecnologia e Inovação (CT&I) em saúde e para o SUS, cumprindo seu papel estratégico na resolução dos problemas de saúde no País^{3,9}.

Inicialmente, a Fiocruz empreendeu esforços para mapeamento da trajetória profissional dos seus egressos, embora de forma não articulada entre os diversos programas oferecidos por essa instituição^{5,10}. Essas ações foram institucionalizadas com base em diretrizes do VIII Congresso Interno Fiocruz, em 2017, que apontavam a necessidade da formulação de uma política de assistência ao egresso. Desde então, diversos eventos foram promovidos pela gestão de ensino, de forma articulada entre todas as unidades/programas, promovendo debates e ações que concretizassem o processo de acompanhamento de egressos, subsidiando a autoavaliação dos cursos/programas.

Dentre as diretrizes que orientam essa atividade, destacam-se: o caráter contínuo e a integração com o sistema de gestão acadêmica, garantindo práticas sistemáticas; a geração de informações e indicadores visando subsidiar a tomada de decisões para coordenadores e docentes dos programas; e a visibilidade para a sociedade por meio do Observatório em CT&I em saúde e pelo *Campus Virtual Fiocruz (CVF)*⁹. Com isso, produzem-se avaliações, ajustes na estrutura pedagógica, se necessário, e ações de planejamento estratégico, assim como condições de análise de impacto social do processo de formação pela instituição^{10,11}.

Articulado aos preceitos do ensino na Fiocruz, o Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública, objeto deste estudo, foi concebido para formar profissionais aptos a compreender e promover mudanças em seus saberes e práticas, considerando a incorporação de novos conceitos, tecnologias e inovações ao SUS¹². Assim, o curso está inserido no contexto da Educação Permanente em Saúde (EPS), que se apresenta em sua definição como aprendizagem no trabalho e para o trabalho, de maneira dialogada com os

atores, baseada na aprendizagem significativa, integrando conhecimentos prévios e novos, e dando novo sentido às ações, possibilitando a transformação das práticas profissionais no cotidiano do trabalho¹³.

De acordo com Mattos et al.¹⁴, mesmo reconhecendo os avanços na formação dos profissionais de saúde, os autores advertem para a necessidade de fortalecimento dessas formações no contexto da EPS, com mudanças mais efetivas nas práticas dos serviços, ressignificando os processos de trabalho para o fortalecimento do SUS.

Nessa direção, Ceccim¹⁵ sugere que o marco estruturante da EPS é a sua porosidade, sua capacidade de ressignificação das ações e dos serviços, em um processo de cotidiano de trabalho permanentemente em discussão, de intervenção viva. O autor analisa o conteúdo conceitual/pedagógico da EPS apontando sua flexibilidade e correspondência com: Educação em Serviço, por meio da qual a formação é parte de um projeto de mudanças institucionais ou de orientação política das ações prestadas, em um tempo e lugar; Educação Continuada, quando relacionada com a construção de quadros institucionais ou de carreiras por serviço em tempo e lugar específicos; e Educação Formal de Profissionais, quando voltada para o desenvolvimento de projetos que promovam a integração do mundo do serviço e do mundo acadêmico, no contexto da multiplicidade da realidade de vivências profissionais.

Ao ter em conta o pensamento de Ceccim¹⁵, espera-se que essa modalidade de programa profissional esteja a serviço da redução das desigualdades, com vistas à melhoria das condições da saúde e da vida da população, por meio do pensamento crítico que os egressos incorporaram. Almeja-se que estes se tornem aptos a mudar a realidade dos ambientes de trabalho em busca de qualidade e efetividade da produção para saúde da sociedade, mediante a aproximação dos dois mundos: o da pesquisa e o da prática profissional^{11,16-18}. Lima¹⁹ corrobora esse pensamento apontando

a importância da reflexão das práticas profissionais com base em conhecimentos e em valores preexistentes que irão subsidiar os diálogos necessários entre a academia e o serviço, para a formação dos profissionais da saúde.

Como parte de sua missão institucional, o Instituto Aggeu Magalhães (IAM) ofereceu, em 2005, sua primeira turma de Mestrado Profissional (MP). Desde então, foram oferecidas 13 turmas de MP, nas quais foram titulados 188 profissionais (de 2005 a dezembro de 2020). Para titulação, o estudante apresenta uma dissertação ou outro formato de trabalho de conclusão reconhecido pela Capes, prioritariamente de natureza aplicável. Assim, torna-se oportuno entender o quanto e como os produtos gerados reverberaram em benefícios para a população de Pernambuco.

O objetivo deste estudo é analisar o perfil dos egressos do Curso de MP oferecido pelo IAM, com base nos dados fornecidos pela Fiocruz, por meio do Sistema de Acompanhamento de Egressos dos programas de pós-graduação dessa instituição, como parte de uma pesquisa sobre o impacto do curso no fortalecimento do SUS de Pernambuco.

Material e métodos

Trata-se aqui de um estudo transversal e descritivo, com objetivo de delinear o perfil dos egressos do curso de mestrado profissional do IAM. Este estudo parte do trabalho realizado por uma comissão específica da Fiocruz,

designada para essa finalidade. Para cumprir com esse objetivo, foi considerado o universo de egressos de todos os programas *stricto sensu* oferecidos pela instituição nas 15 unidades técnico-científicas que atuam na formação de profissionais para o SUS, no período de 2013 a 2020²⁰. O propósito do aproveitamento do banco de dados da pesquisa é a utilização de dados e informações já disponíveis, visando fomentar o uso dos achados de estudos realizados. As informações estão disponíveis no CVF²¹.

Os egressos foram convidados a responder ao questionário em dois momentos: inicialmente, para os egressos titulados entre 2013 e 2019; e, posteriormente, para os titulados entre 1º de julho de 2019 e 31 de julho de 2020. Com base em um universo amostral de 607 pessoas (egressos dos diversos programas *stricto sensu* modalidade profissional da Fiocruz), foram selecionados os egressos do Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do IAM sendo convidados para participar do estudo 99 egressos, dos quais 54 responderam ao questionário. O convite foi encaminhado por *e-mail*, com base na lista de contatos elaborada e disponibilizada pela Secretaria Acadêmica do Programa, para a comissão responsável pelo envio.

Avaliou-se se os respondentes estavam bem distribuídos ao longo dos anos de estudos (2013 a 2020), a fim de evitar distorção nos achados do recorte do estudo para o Curso de MP do IAM. Além disso, constatou-se haver um resultado satisfatório, conforme o *quadro 1* abaixo.

Quadro 1. Número de titulados e respondentes por ano

Ano da titulação	Número de titulados	Respondentes
2013	21	09
2014	20	13
2015	01	01
2016	08	02
2017	05	03
2018	14	11

Quadro 1. Número de titulados e respondentes por ano

Ano da titulação	Número de titulados	Respondentes
2019	21	13
2020	09*	03
Total	99	54

Fonte: elaboração própria.

* Em 2020, foram titulados 19 estudantes, porém, foram convidados a participar da pesquisa apenas os titulados até julho de 2020, razão pela qual apenas 9 egressos foram convidados.

O questionário com 42 questões fechadas foi estruturado em blocos cujos temas contemplaram: identificação do egresso e questões sociodemográficas; identificação do programa/curso (o instrumento foi aplicado para todos os programas da Fiocruz); atuação profissional e expectativa do profissional/estudante após o término do curso; condição de trabalho em que está inserido, na condição de egresso após o processo formativo; e um último bloco referente à avaliação do curso/programa.

Para realização da avaliação do instrumento (pré-teste), a comissão aplicou o questionário em 10% dos egressos de uma determinada Unidade da Fiocruz, escolhida por conveniência²⁰. Por se tratar de um instrumento que atendeu a todos os programas, acadêmicos e profissionais, identificou-se a não pertinência de algumas variáveis que não foram consideradas para este estudo por apresentarem aderência aos programas acadêmicos.

O questionário foi aplicado por meio digital, por intermédio do *software* Lime Survey, de código aberto e utilizado para a elaboração e aplicação de questionários on-line. Os egressos selecionados para pesquisa receberam um *link* de acesso ao questionário e uma chave de acesso por *e-mail*. Realizou-se um esforço coletivo de mobilização, com a participação de coordenadores de programa e orientadores, no sentido de estimular a participação dos egressos nesse processo²⁰.

Neste artigo, as seguintes variáveis foram estudadas: sexo; cor da pele autodeclarada; pessoa com deficiência; curso de graduação; instituição em que fez a graduação; estado

em que morava antes do curso; ingresso por ação afirmativa (cota); atividade profissional antes de ingressar no curso; local da atividade profissional antes do curso; regime de contratação; expectativa de mobilidade ao concluir o curso; inserção profissional ao término do curso; empregos/trabalhos remunerados; local de exercício dessa(s) atividade(s); regime de contratação; influência na remuneração; atividade profissional relacionada ou não com o curso que concluiu; influência do curso, caso tenha mudado de atividade profissional; efeito do curso na vida profissional; produção científica gerada pelo programa.

O banco de dados foi elaborado com extração de lista simples de variáveis do programa, utilizando-se o *software* Lime Survey. As análises foram realizadas no Programa SPSS24, por meio de frequências absolutas e relativas e do cruzamento das variáveis descritas acima²⁰.

Os dados utilizados neste estudo são públicos. Dessa forma, não foi necessária a submissão deste ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). A confidencialidade e a autonomia dos participantes foram preservadas, uma vez que nenhum dado permite identificar os respondentes, respeitando resoluções vigentes do Sistema CEP/Conep.

Resultados

Esta pesquisa analisou o perfil dos egressos que concluíram o Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do IAM no período entre 2 de janeiro de 2013 a 31 de julho de 2020. Nesse

período, 99 estudantes concluíram o curso, dos quais 54 (54,5%) participaram da pesquisa.

O perfil sociodemográfico dos egressos evidencia uma predominância do sexo feminino (85,2%) e da faixa etária de 31 a 40 anos (46,3%). O percentual de 64,8% se autodeclarou de pele preta ou parda, 98,1% informaram não ser pessoa com deficiência, 88% são residentes em Pernambuco e nenhum utilizou o sistema de cotas (*tabela 1*). A predominância de egressos residentes em Pernambuco sugere uma articulação pela forma como as turmas são oferecidas, ou seja, por demanda, geralmente da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco ou pelo Ministério da Saúde.

Quanto à categoria profissional, o maior percentual foi de profissionais da enfermagem (44,4%), seguido da odontologia (16,7%), e da medicina (9,3%). Outras categorias foram identificadas, a saber: fisioterapia, farmácia, medicina veterinária, nutrição biomedicina, ciências contábeis, fonoaudiologia, psicologia e serviço social, porém, juntas, não ultrapassaram o percentual de 29,6%. As principais instituições públicas de ensino superior do estado de Pernambuco e outras universidades federais da região Nordeste representam as instituições públicas que formaram 83,3% dos egressos respondentes. Apenas 16,7% são formados por instituições de ensino superior privadas localizadas em Pernambuco.

Tabela 1. Perfil dos egressos do Curso de Mestrado Profissional do IAM (n = 54)

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	46	85,2
Masculino	8	14,8
Idade em que entrou no curso		
20 a 30 anos	8	14,8
31 a 40 anos	25	46,3
41 a 50 anos	14	25,9
51 a 60 anos	7	13,0
Cor da pele declarada		
Preta/parda	35	64,8
Branca/amarela	19	35,2
Pessoa com deficiência		
Sim	1	1,9
Não	53	98,1
Estado em que morava antes do curso (n = 50)		
Pernambuco	44	88,0
Outros*	06	12,0
Ingressou no curso por ação afirmativa (cota)		
Não	54	100
Curso de graduação		
Enfermagem	24	44,4
Odontologia	9	16,7
Medicina	5	9,3
Outros**	16	29,6

Tabela 1. Perfil dos egressos do Curso de Mestrado Profissional do IAM (n = 54)

Variáveis	N	%
Instituição em que se formou		
Universidade Federal de Pernambuco/UFPE	19	35,2
Universidade de Pernambuco/UPE	18	33,3
Universidade Federal Rural de Pernambuco/UFRPE	2	3,7
Outras UF da região Nordeste	6	11,1
Instituições de Ensino Superior/IES privadas	9	16,7

Fonte: elaboração própria.

* Bahia, Alagoas, Sergipe e Tocantins. **Fisioterapia, farmácia, medicina veterinária, nutrição, biomedicina, ciências contábeis, fonoaudiologia, psicologia e serviço social.

As características da inserção profissional dos egressos anteriormente ao ingresso no curso e suas expectativas de mobilidade ao término do mesmo podem ser observadas na *tabela 2*. Percebe-se que todos apresentavam algum tipo de vínculo profissional antes de iniciar o curso, assim distribuídos: 55,6% tinham vínculos com Secretarias Municipais de Saúde; 22,2% em Secretarias Estaduais de Saúde; 11,1% na esfera federal e demais vínculos com empresas públicas, privadas e instituições de ensino. O regime jurídico único (50%) prevaleceu no que se refere ao regime de contratação. Na sequência, tem-se o contrato temporário como pessoa física (16,6%), a Consolidação das Leis do Trabalho – CLT (9,3%), o cargo comissionado (3,7%) e o bolsista (1,8%).

Quanto à expectativa dos egressos em relação à mobilidade, 61,1% expressaram a vontade de permanecer no município onde

realizaram o curso; enquanto 33,3% expressavam a vontade de regressar para o município de residência antes da entrada no curso.

Na conclusão do curso, a maioria (79,6%) dos respondentes atuavam em atividades e instituições semelhantes àquelas onde atuavam antes de ingressar no curso, corroborando o papel estratégico do curso de mestrado profissional de resolubilidade de problemas no âmbito do serviço do profissional em formação. Por outro lado, 9,2% dos egressos passaram a trabalhar em outra atividade e em outra instituição após o término do curso. O restante, 5,5%, ‘trabalhava em outra atividade profissional, diferente daquela em que atuava antes de fazer o curso, mas continuou a trabalhar na mesma instituição’, e 5,5% ‘trabalhava na mesma atividade profissional em que atuava antes de fazer o curso, mas foi para outra instituição’.

Tabela 2. Inserção profissional dos egressos antes do curso (n = 54)

Variáveis	N	%
Realizava alguma atividade profissional antes de ingressar no curso		
Sim	54	100
Local onde exercia atividade profissional antes do curso		
Governo municipal	30	55,6
Governo estadual	12	22,2
Governo federal	6	11,1

Tabela 2. Inserção profissional dos egressos antes do curso (n = 54)

Variáveis	N	%
Universidade pública	2	3,7
Empresa pública/privada	2	3,7
Outros	2	3,7
Governo municipal	30	55,6
Regime de contratação		
Regime jurídico único	27	50,0
Contrato temporário como pessoa física	9	16,7
CLT	5	9,3
Cargo comissionado	2	3,7
Bolsista	1	1,8
Outros	10	18,5
Regime jurídico único	27	50,0
 Ao concluir o curso, expectativa em relação à sua mobilidade		
Permanecer no município onde realizou o curso	33	61,1
Regressar para o município onde morava antes de ingressar no curso	18	33,3
Mudar para outro município no mesmo estado em que fez o curso	2	3,7
Mudar para outro estado	1	1,9
Inserção profissional no momento em que terminou o curso		
Trabalhava na mesma atividade profissional e na mesma instituição em que atuava antes de fazer o curso	43	79,6
Trabalhava em outra atividade profissional, diferente daquela em que atuava antes de fazer o curso e passou a trabalhar em outra instituição	5	9,2
Trabalhava em outra atividade profissional, diferente daquela em que atuava antes de fazer o curso, mas continuou na mesma instituição	3	5,5
Trabalhava na mesma atividade profissional em que atuava antes de fazer o curso, mas foi para outra instituição	3	5,5

Fonte: elaboração própria.

A *tabela 3* representa variáveis mais relacionadas com o impacto do curso na trajetória profissional do egresso, razão pela qual os egressos de 2019 e 2020 não foram convidados a responder esse bloco temático, pois, na ocasião da pesquisa, ainda era exíguo o tempo para que se demonstrasse a influência da formação na vida profissional. Dos respondentes, 97,6% permanecem com emprego/trabalho remunerado, sendo 56,1% com dois a três vínculos; seguidos de 34,2% com apenas um vínculo e de 7,3% com mais de três vínculos. No geral, essas atividades são realizadas no governo municipal (40%), seguido do governo estadual (22,5%) e do governo federal (20%),

totalizando aproximadamente 80% nessas três esferas. Os demais vínculos ocorrem em universidades públicas e privadas e nas empresas privadas.

Com relação ao regime de contratação, o principal vínculo é o regime jurídico único (42,5%), corroborando a inserção dos egressos na esfera municipal. Em uma análise cruzada com o momento de ingresso no curso, sugere-se que não houve alterações significativas com regimes de contratação laboral, o que aponta para uma estabilidade de vínculo entre o início e o término do curso. O impacto se apresenta de forma significativa quando analisado o aumento salarial dos egressos, visto que 45%

dos respondentes apontaram algum índice de aumento salarial. Dos que tiveram aumento salarial, 30% relataram que este foi de até 25%.

Quando questionados se a atividade profissional atual está relacionada com o mestrado, 80% dos egressos relatam que as duas estão

muito relacionadas, 17,5% consideram que estão razoavelmente relacionadas, e 2,5%, pouco relacionadas com o curso que concluíram. Além disso, 45% dos que mudaram de atividade após ingressar no curso relacionam essa mudança com a conclusão do mestrado.

Tabela 3. Inserção profissional dos egressos após conclusão do curso

Variáveis	N	%
Número de empregos/trabalhos remunerados (n = 41)		
2 a 3	23	56,1
1	14	34,2
Mais de 3	3	7,3
Nenhum	1	2,4
Local do trabalho (n = 40)		
Governo municipal	16	40,0
Governo estadual	9	22,5
Governo federal	8	20,0
Universidade pública	3	7,5
Empresa privada	2	5,0
Universidade privada	2	5,0
Regime de contratação (n = 40)		
Regime jurídico único	17	42,5
CLT	7	17,5
Cargo comissionado	4	10,0
Contrato temporário como pessoa física	4	10,0
Bolsista	1	2,5
Outros	7	17,5
Aumento salarial (n = 40)		
Não	22	55,0
Sim, até 25%	12	30,0
Sim, de 26 a 50%	3	7,5
Sim, acima de 75%	2	5,0
Sim, de 51 a 75%	1	2,5
Relação da atividade profissional com o curso (n = 40)		
Muito relacionada	32	80,0
Razoavelmente relacionada	7	17,5
Pouco relacionada	1	2,5
Mudança de atividade profissional atribuída à realização do curso (n = 40)		
Não mudei de atividade profissional	21	52,5
Sim	18	45,0
Não	1	2,5

Tabela 3. Inserção profissional dos egressos após conclusão do curso

Variáveis	N	%
Efeito da conclusão do curso na vida profissional (resposta múltipla)		
Teve efeito na vida profissional	50	-
Não sei avaliar ainda	2	-
Aumentou o prestígio/reconhecimento dos colegas	22	-
Qualificou para as atividades que já exerço	40	-
Qualificou para outras atividades diferentes	21	-
Tive ganhos de remuneração	16	-
Tipo de produção científica gerada pelo Programa (resposta múltipla)		
Apresentação do estudo para gestores	17	-
Apresentação do estudo em evento científico	11	-
Artigo	9	-
Capítulo de livro	7	-
Material técnico	6	-
Assessoria	4	-
Material educativo ou cultural	1	-
Livro/patente/projeto de lei	0	-
Não gerou nenhum desdobramento ainda	11	-

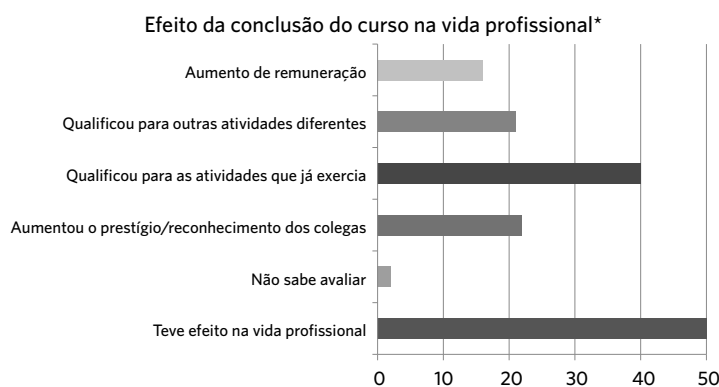
Fonte: elaboração própria.

Quanto ao efeito do curso na vida profissional dos egressos à época, o egresso foi orientado a escolher uma ou mais alternativas contidas no formulário que refletissem sua percepção, o que justifica o fato de o número de respostas ser maior do que o de participantes. Assim, os respondentes afirmaram os efeitos positivos na sua vida profissional com o término do curso, refletidos no aumento do prestígio/reconhecimento dos colegas, no melhor desempenho das atividades que já

exerciam, na qualificação para novas atividades e na melhoria da remuneração (*gráfico 1*).

No que se refere à produção técnico-científica oriunda da formação, destacam-se: apresentação de seus estudos para gestores e/ou trabalhadores e em evento científico, publicação de artigos, entre outras. Entretanto, 11 egressos apontaram que, até o momento da pesquisa, ainda não tiveram produção científica gerada.

Gráfico 1. Impacto da conclusão do curso na vida do egresso



Fonte: elaboração própria.

* Resposta múltipla, portanto, tamanhos diferenciados da amostra.

Discussão

No processo de avaliação de programas profissionais na área da saúde coletiva, espera-se encontrar que os egressos tenham qualificado seus processos de trabalho, imbuídos do pensamento crítico e reflexivo, disseminado novos conhecimentos e contribuído para formulação de políticas públicas. Assim, conhecer o impacto da formação na vida profissional dos egressos por meio de processos avaliativos representa importante ferramenta de gestão dos programas, possibilitando reavaliar suas estratégias para obtenção do cumprimento da sua missão educacional^{8,22}.

Nessa linha, Hortale et al.¹⁰ destacam, no contexto da autoavaliação de três cursos profissionais oferecidos pela Fiocruz, a importância da utilização da avaliação de egressos para melhoramento do processo ensino-aprendizagem dos programas e suas consequências para a sociedade.

Os indicadores utilizados apontam o efeito da formação na vida profissional do egresso/gestor visto em múltiplos aspectos, com base nas competências e habilidades adquiridas na construção do conhecimento. Assim, para atender às necessidades emanadas pelo SUS, há de se formar sujeitos capazes de oferecer

serviços de qualidade e comprometidos com o pensamento da Reforma Sanitária, no sentido da construção de uma sociedade democrática¹.

Dada a complexidade do SUS, o processo de formação profissional, antes suprido pelos cursos de especialização, não atendia às necessidades ampliadas do sistema de saúde para a população brasileira¹⁶, enquanto os programas acadêmicos tinham, na sua essência, a formação de docentes e pesquisadores, independentemente de estarem dentro ou fora do ambiente dos serviços. Nesse momento, como resposta a essa carência de formação, surgiram os MP com o papel de formar profissionais vinculados aos serviços de saúde, voltados para responder aos problemas identificados na sua área de atuação e avaliar o impacto das intervenções aplicadas^{17,23-25}.

Entende-se que o sistema de saúde requer inovações em processos e produtos para melhoria da gestão, da atenção e do estado de saúde da população²⁶⁻²⁸. É para atender a essa necessidade de criar inovações em processos e produtos que a formação de gestores/profissionais da saúde desponta como mola propulsora para a consolidação do SUS. Fazer o estudo da trajetória do egresso visando acompanhar sua vida profissional, os impactos promovidos pela formação e ter um canal aberto e disponível

com a instituição formadora possibilita uma troca de informações capaz de compreender e ressignificar o processo de formação, para otimização da relação formação-trabalho.

A predominância do sexo feminino confirma tendências já observadas em outros estudos da área da saúde^{3-6,8}. Historicamente, ações relacionadas com o cuidado e com a educação fazem parte do universo feminino, em uma analogia às atividades domésticas, colocando tais atuações em uma posição de desprestígio. Nesse contexto, a feminização dos profissionais da área da saúde pode estar intimamente relacionada com o modelo de sociedade patriarcal ainda muito presente no Brasil^{6,29}.

Com relação à cor da pele autodeclarada, 64,8% dos egressos se declararam pretos ou pardos. Essa predominância chama a atenção e destoa de outras pesquisas. Quando observado o ingresso no curso por ações afirmativas, todos os participantes ingressaram sem a utilização da cota para autodeclarantes (cota racial e cota para pessoas com deficiência). Em uma análise comparativa com outros programas/cursos oferecidos pela Fiocruz, com base nos dados disponibilizados no CVF²¹, há predominância de egressos que se autodeclararam de cor branca, corroborando outros achados^{3,30}; porém, o índice de egressos que utilizaram a política de ações afirmativas é de menos de 1% dos estudantes, o que pode sugerir que as ações afirmativas precisam ser cada vez mais fortalecidas em nível institucional, como preconiza a Portaria nº 491, de 20 de setembro de 2021, da Presidência da Fiocruz³¹, que versa sobre essa temática.

Ao observar dados que apontam que 88% dos egressos residem no estado de Pernambuco, é possível considerar que isso espelha o processo de interiorização da formação de profissionais. Essa percepção pode ser fortalecida com a observação quanto à expectativa dos egressos em relação à mobilidade, visto que 61,1% expressaram a vontade de permanecer no município onde realizaram o curso; enquanto 33,3% expressaram a vontade de regressar para

o município onde moravam antes de ingressar no curso. Possivelmente, esses municípios compõem regiões mais distantes da capital pernambucana, locais onde ocorrem os cursos.

O estudo apontou uma diversidade de formação na graduação, com maior percentual para os profissionais da enfermagem (44,4%). Barata²⁵ considera essa diversidade de formações profissionais e experiências de trabalho variadas um nó crítico para o desenvolvimento do curso. Essa diversidade exige habilidade e competência por parte dos docentes na condução do processo de formação, na formulação das atividades acadêmicas cotidianas. A autora, por outro lado, também identifica esse universo de sujeitos com *expertises* e visões de mundo distintos, um ambiente fértil, propício para troca de saberes²⁵. Nesse sentido, o uso de metodologias ativas se configura como estratégia de ensino-aprendizagem capaz de promover a motivação necessária do discente, pois está baseada na problematização, com utilização de situações reais, que estimulam o pensamento crítico e o debate de ideias. Nesse tipo de metodologia, o docente assume o papel de facilitador do processo de aprendizagem, e o estudante, o de protagonista da construção do seu próprio conhecimento^{32,33}.

Fato relevante foi observado com relação à instituição de ensino de origem dos egressos: 83% são oriundos de instituições públicas e, quando analisados os campos de atuação profissional, aproximadamente 80% estão vinculados à esfera pública (municipal, estadual ou federal). Como os cursos profissionais são realizados por demanda, a formação na pós-graduação é financiada por órgãos públicos, logo, com contratos de instituições públicas reconhecidas pela Capes (no caso, a Fiocruz), fechando um ciclo de utilização das políticas públicas para o fortalecimento do SUS.

Com relação à inserção profissional dos egressos, 79,6% relataram que, no final do curso, permaneciam nas atividades laborais e nas mesmas instituições que exerciam antes do curso. Esse indicador foi avaliado como sendo um impacto positivo do curso na vida

profissional dos egressos, que está relacionado com a manifestação do desejo dos profissionais da saúde em aprimorarem seus conhecimentos e buscarem ferramentas aplicáveis a soluções de problemas do seu território.

Destacamos o tipo de vínculo dos egressos nas suas instituições. O regime jurídico único prevaleceu, ponto considerado muito positivo, pois a qualificação de servidores aumenta a chance de o conhecimento ser sistematicamente compartilhado nas equipes de trabalho, visto que o profissional tem maior potencialidade de ser agente multiplicador do conhecimento adquirido, quando observada a estabilidade do vínculo trabalhista.

Quando questionados sobre eventuais mudanças relacionadas com o processo de formação, a maioria dos egressos apontou que houve efeito na vida profissional, com destaque para o aumento de prestígio/reconhecimento dos colegas, qualificação para as atividades que já exercia e qualificação para outras atividades diferentes. Essa constatação foi vista de forma positiva, corroborando a necessidade da aprendizagem permanente para profissionais da saúde, já que, nessa área, os processos são dinâmicos, as práticas mudam, os paradigmas são abandonados ou ressignificados, exigindo habilidades e competências para reorientação dos processos de trabalho⁵.

Outros indicadores que apontam a atuação dos egressos para além das atividades laborais e que trazem impacto para o programa estão relacionados com o tipo de produção científica gerada durante ou após a formação, dentre os quais, destacam-se: apresentação do estudo em eventos científicos; publicação de artigos científicos e capítulos de livros; e apresentação do estudo para gestores, com predominância deste último. Isto pode significar um espaço de fala importante no mundo do serviço, com possibilidades de interferências nas tomadas de decisão pelos gestores, fato compreendido como resultado bastante significativo da formação. Em que pese o fato de esses produtos serem relevantes para fomentar o diálogo entre a academia e o serviço, não se pode deixar

de destacar a necessidade da produção dos produtos técnicos/tecnológicos, sobretudo os aplicáveis, para a melhoria dos serviços de saúde³⁴.

Conclusões

O presente estudo apresentou resultados de uma pesquisa realizada de forma integrada, no âmbito da Fiocruz, em que os dados referentes a um curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública foram extraídos, analisados e discutidos. Trata-se de um estudo que subsidiará uma pesquisa mais ampla, na qual a caracterização do perfil do egresso se configura como uma base importante e necessária.

O curso foi favoravelmente avaliado pelos egressos, que, em sua maioria, permanecem no âmbito do SUS, o que garante o cumprimento de sua proposta pedagógica na formação de sujeitos capazes de promover melhorias em seus ambientes de trabalho e empreender novas práticas que promovam desenvolvimento e fortalecimento do SUS.

Na relação formação-trabalho, o processo formativo promoveu o reconhecimento e a melhoria nas relações de trabalho entre equipes, apontou melhor desempenho nas atividades que os egressos já exerciam e na sua qualificação para novas atribuições. Entende-se esta como uma tríade virtuosa: melhorias nas relações de trabalho, no desempenho nas atividades e a capacidade de absorver novas atribuições com qualidade.

Como limitação, refere-se o pouco tempo de conclusão de curso para os egressos titulados em 2019 e 2020. Para a pesquisa, esse grupo não dispunha do tempo mínimo para uma avaliação adequada sobre o impacto da formação na sua vida profissional.

Com base nos resultados, reafirma-se a importância do acompanhamento de egressos como ferramenta de gestão para docentes e coordenadores de curso, no sentido da busca por um processo político-pedagógico que esteja articulado com necessidades e fortalecimento do SUS.

O processo de formação transpõe os limites de munir os profissionais/estudantes de ferramentas, conceitos, técnicas e produtos aplicáveis ao mundo do trabalho. Ademais, há de se considerar o capital humano na sua plenitude, como sujeitos políticos, com valores éticos que possam contribuir para uma saúde pública que atenda aos anseios da sociedade²².

Colaboradoras

Nascimento AP (0000-0001-7823-1982)* contribuiu para concepção, elaboração e revisão crítica do manuscrito. Cesse EAP (0000-0001-5745-3981)* e Figueiró AC (0000-0003-0718-5426)* contribuíram para concepção e revisão crítica do manuscrito. ■

Referências

1. Santos GB. O SUS na perspectiva da formação humana. In: Lopes JAV, organizador. Desafios institucionais da ordem de 1988. Rio de Janeiro: Fundação Casa de Rui Barbosa; 2014. p. 102-19.
2. Chiesa AM, Nascimento DDG, Braccialli LAD, et al. A formação de profissionais da saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. *Cogitare Enferm.* 2007 [acesso em 2023 maio 15]; 12(2):236-240. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/9829/6740>.
3. Delgado IF, Andrade CLT, Avanci JQ, et al. Trajetória profissional e impacto da formação em egressos da Especialização da Fiocruz. *Ciênc. saúde coletiva.* 2023 [acesso em 2023 maio 18]; 28(4):1253-1264. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/3vNgrs953nv7nLbngwxwtdR/?lang=pt>.
4. Nuto SAS, Vieira-Meyer APGF, Vieira NFC, et al. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no nordeste brasileiro: repercussões no exercício profissional dos egressos. *Ciênc. saúde coletiva.* 2021 [acesso em 2023 maio 20]; 26(5):1713-1725. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/tpNKQySkDCJhDbDQpchM9tn/?format=pdf&lang=pt>.
5. Engstrom EM, Hortale VA, Moreira COF. Trajetória profissional de egressos de curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde no Município de Rio de Janeiro, Brasil: estudo avaliativo. *Ciênc. saúde coletiva.* 2020 [acesso em 2023 maio 20]; 25(4):1269-1280. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/SXVVFsvLHz3zZ83NQXXdZ9Q/?format=pdf&lang=pt>.
6. Viniegra RFS, Silva LGP Aguiar AC, et al. Egressos de um Mestrado Profissional em Saúde da Família: expectativas, motivações e contribuições. *Rev. Bras. Educ. Med.* 2019 [acesso em 2023 maio 21]; 43(4):5-14. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/VLjbx8tKdFtcJv5xyMP4WRG/?lang=pt>.
7. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Ficha de avaliação. Proposta de revisão da ficha utilizada para a avaliação do programa de pós-graduação que é conduzida pela Capes – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Brasília, DF: Capes; 2019. [acesso em 2023 maio 24]. Disponível em: <https://www.gov.br/capes/pt-br/centrais-de-conteudo/10062019-fichaavaliacao-pdf>.
8. Moimaz SAS, Saliba O, Garbin CAS, et al. Análise da atuação profissional de egressos da Pós-Graduação em Odontologia na área de Saúde Coletiva. *RBPg;* 2022 [acesso em 2024 mar 1]; 18(39):1-14. Disponível em: <https://rbpg.capes.gov.br/rbpg/article/view/1957>.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

9. Fundação Oswaldo Cruz. Plano de Desenvolvimento Institucional da Educação da Fiocruz (PDIE-Fiocruz 2021-2025). Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020.
10. Hortale VA, Leal MC, Moreira COF, et al. Características e limites do mestrado profissional na área da Saúde: estudo com egressos da Fundação Oswaldo Cruz. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010; 15(4):2051-2058.
11. Santos GB, Hortale VA. Mestrado Profissional em Saúde Pública: do marco legal à experiência em uma instituição de pesquisa e ensino. *Ciênc. saúde coletiva*. 2014; 19(7):2143-2155.
12. Instituto Aggeu Magalhães. Recife: IAM; 2022. Programa de Pós-graduação em Saúde Pública - Modalidade Profissional. [acesso em 2023 maio 20]. Disponível em: <https://www.cpqam.fiocruz.br/ensino/ppgsp-prof/sobre>.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. *Diário Oficial da União*. 20 Ago 2007.
14. Mattos MP, Campos HMN, Gomes DR, et al. Educação permanente em saúde nos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa da literatura. *Saúde debate*. 2020 [acesso em 2023 maio 20]; 44(127):1277-1299. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/YyZgbjW8Q6SggHtJcDvzv9h/?format=pdf&lang=pt>.
15. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface (Botucatu)*. 2005; 9(16):161-177.
16. Goldbaum M. Mestrado profissionalizante em saúde coletiva: cenários possíveis: experiências e desafios profissionais na saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.
17. Cesse EAP, Veras MASM. A Abrasco e a experiência dos mestrados profissionais. In: Lima NT, Santana JP, Paiva CHA, organizadores. *Saúde coletiva: a Abrasco em 35 anos de história*. 1. ed. vol. 1. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2015. p. 199-214.
18. Werneck GL, Cesse EAP. O sistema de avaliação da Capes e a pós-graduação em saúde Coletiva. *BIS, Bol. Inst. Saúde*. 2019 [acesso em 2023 maio 23]; 20(1). Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/34541>.
19. Lima VV. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. *Interface (Botucatu)*. 2005; 9(17):369-379.
20. Fundação Oswaldo Cruz, Vice-Presidência de Educação, Informação e Comunicação. Relatório do estudo de egressos, 2013-2019. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020. [acesso em 2023 maio 20]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/44037/PROGRAMAS%20STRICTO%20GERAL.pdf?sequence=2&isAllowed=y>.
21. Campus Virtual Fiocruz. Rio de Janeiro: Fiocruz; [data desconhecida] [acesso em 2023 maio 24]. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiMmQ0OTRjNTU0OGZlOS00NWQ2LWWEwZDQtZTEwMzUzNTcxNmUxIiwidCI6ImJjMzcyMWE2LTgwNjEtNGUxOS1hM2I0LTMxZTIwOTNlMjA5YSJ9>.
22. Desiderio TMP, Ferreira ASSBS. Avaliação de egresso da área da saúde: uma revisão. *Rev Bras. Educ. Med*. 2022 [acesso em 2024 mar 1]; 46(1):e039. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.1-20210267>.
23. Teixeira C. Significado estratégico do mestrado profissionalizante na consolidação do campo da saúde coletiva. In: Leal MC, Freitas CM, organizadores. *Cenários possíveis: experiências e desafios do mestrado profissional na saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 33-48.
24. Cesse EAP, Veras, MASM. Mestrado Profissional em Saúde Coletiva: uma modalidade de formação para o Sistema Único de Saúde brasileiro. *BIS, Bol. Inst. Saúde*. 2014; 5:5-12.
25. Barata RB. Avanços e desafios do mestrado profes-

- nalizante. In: Leal MC, Freitas CM, organizadores. Cenários possíveis: experiências e desafios do mestrado profissional na saúde coletiva. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. [acesso em 2023 maio 20]. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/sp>.
26. Braga C, Albuquerque MFPM, Morais HM. A produção do conhecimento científico e as políticas de saúde pública: reflexões a partir da ocorrência da filaríose na cidade do Recife, Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20(2):351-361.
27. Figueiró AC, Hartz Z, Samico I, et al. Usos e influência da avaliação em saúde em dois estudos sobre o Programa Nacional de Controle da Dengue. *Cad. Saúde Pública*. 2012; 28(11):2095-2105.
28. Couto PC, Figueiró AC. Avaliação dos usos e influências de pesquisas sobre prevenção e controle da anemia em crianças. *Saúde debate*. 2019; 43(esp2):101-113.
29. Estevam HM, Guimarães S. Avaliação do perfil de egressos do Programa de Pós-graduação *stricto sensu* em Educação da UFU: impacto na formação docente e de pesquisador (2004-2009). *Avaliação*. 2011; 16(3):703-730.
30. Souza PGA, Pôrto ACCA, Souza A, et al. Socio-Economic and Racial profile of Medical Students from a Public University in Rio de Janeiro, Brazil. *Rev. Bras. Educ. Med*. 2020 [acesso em 2022 maio 22]; 44(3):e090. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/y8h6fFZnzSTMxBdzBNNC8nd/?format=pdf&lang=en>.
31. Fundação Oswaldo Cruz. Portaria nº 491, de 20 de setembro de 2021. Regulamenta as ações afirmativas na Fiocruz relativas aos cursos de Pós-graduação *Stricto sensu*, especialização – *Lato sensu* e residências em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2021. [acesso em 2023 maio 22]. Disponível em: https://campusvirtual.fiocruz.br/portal/sites/default/files/SEI_FIOCRUZ_Portaria_presidencia_491_2021_21set21.pdf.
32. Colares KTP, Oliveira W. Metodologias ativas na formação profissional em saúde: uma revisão. *Rev. Sust*. 2019 [acesso em 2023 maio 22]; 6(2):300-320. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/sustinere/article/view/36910>.
33. Silva AN, Senna MAA, Teixeira MCB, et al. O uso de metodologia ativa no campo das Ciências Sociais em saúde: relato de experiência de produção audiovisual por estudantes. *Interface (Botucatu)*. 2020 [acesso em 2023 maio 22]; 24:e190231. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/9F3KQv5NHSwtPHN8qFhD4wr/?format=pdf&lang=pt>.
34. Porto EF, Pereira EB, Oliveira EZA, et al. Autoavaliação em um mestrado profissional em promoção da saúde: a percepção dos Egressos. *RSD*. 2023 [acesso em 2024 mar 1]; 12(2):e0312238560. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/38560>.

Recebido em 23/08/2023

Aprovado em 26/03/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Jamilli Silva Santos

Planejamento no SUS: a agenda das Práticas Corporais e Atividades Físicas de 2004 a 2023

Planning at the SUS: the agenda of Body Practices and Physical Activities from 2004 to 2023

Leonardo Araújo Vieira¹, Fabio Fortunato Brasil de Carvalho²

DOI: 10.1590/2358-289820241418865P

RESUMO As Práticas Corporais e Atividades Físicas (PCAF) têm sido incorporadas no Sistema Único de Saúde (SUS), tendo o Programa Academia da Saúde como principal expoente. Contudo, ainda não foi investigado o planejamento, que expressa as responsabilidades dos gestores quanto à saúde da população, para efetivação dessas práticas como políticas públicas de saúde. Assim, o presente artigo teve o objetivo de analisar a formulação e o desenvolvimento da agenda de promoção das PCAF a partir dos instrumentos de planejamento do âmbito federal do SUS – Plano Nacional de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão, de 2004 a 2023. Por meio de estudo de caráter analítico-descritivo, pautado em pesquisa documental, foi realizada a busca de termos como: (in)atividade física; fisicamente ativo; exercício físico; práticas corporais; entre outros. A formulação e o desenvolvimento da referida agenda estiveram principalmente relacionados com o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis, e houve importante disparidade entre o que foi planejado e o executado, em desfavor da expansão do Academia da Saúde. Com o resgate histórico da agenda das PCAF no SUS apresentado, são permitidos debates e iniciativas com vistas a efetivá-las enquanto política pública de saúde.

PALAVRAS-CHAVE Planejamento em saúde. Planos e programas de saúde. Política de saúde. Promoção da saúde. Saúde pública.

ABSTRACT *Body Practices and Physical Activities (BPPA) have been incorporated into the Unified Health System (SUS), with the Health Academy Program as its main exponent. However, planning, which expresses the responsibilities of managers regarding the population's health, has not yet been investigated to make these practices effective as public health policies. Thus, the aim of this article was to analyze the formulation and development of the agenda for BPPA promotion from the planning instruments of the federal level of the SUS – National Health Plan, Annual Health Programming, and Annual Management Report, from 2004 to 2023. Through an analytical-descriptive study based on documentary research, a search was carried out for terms such as: physical (in)activity; physically active; physical exercise; body practices; among others. The formulation and development of the BPPA promotion agenda were mainly related to facing chronic noncommunicable diseases, and there was an important disparity between what was planned and what was executed, to the detriment of the expansion of Health Academy. With the historic rescue of the BPPA agenda presented in the SUS, debates and initiatives are allowed with a view to making them effective as a public health policy.*

KEYWORDS *Health planning. Health programs and plans. Health policy. Public health.*

¹Prefeitura Municipal de Vitória, Serviço de Orientação ao Exercício – Vitória (ES), Brasil.

²Instituto Nacional de Câncer (Inca) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
fabiofcarvalho@gmail.com



Introdução

O planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) é um requisito legal que expressa as responsabilidades dos gestores quanto à saúde da população. Nesse sentido, constitui-se como instrumento estratégico de gestão por meio do qual os governos devem se valer para a observância dos princípios e o cumprimento das diretrizes operacionais que norteiam o SUS¹.

Entre os instrumentos de planejamento da gestão federal do SUS, estão o Plano Nacional de Saúde (PNS), a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG)^{1,2}. O PNS, que é composto por análise situacional, diretrizes, objetivos, metas e indicadores e monitoramento e avaliação¹, é o instrumento central que norteia o planejamento do SUS ao explicitar as políticas e os compromissos do governo federal para o setor saúde para o período de quatro anos. A PAS operacionaliza anualmente as intenções expressas no PNS, e o RAG demonstra os resultados alcançados na atenção integral à saúde de forma a permitir a verificação da efetividade e eficiência na sua execução¹.

Dentre os temas que fazem parte das políticas e ações de saúde no SUS, destacam-se as Práticas Corporais e Atividades Físicas (PCAF), que perpassam perspectivas ligadas à prevenção e ao cuidado de diferentes condições de saúde, em especial as crônicas, e ligadas à fruição e à qualidade de vida^{3,4}. Com gênese em iniciativas municipais e posteriormente incorporada em todo o sistema tripartite, por meio de programas e ações lançados pelo Ministério da Saúde, principalmente na Atenção Primária à Saúde (APS), tornou possível assumir que há, ou deveria haver, uma agenda relacionada com o planejamento de tais práticas.

Em relação a programas e ações, destaca-se o Programa Academia da Saúde, criado em 2011, que traz a promoção das PCAF como um de seus objetivos específicos, sendo a ação mais

frequentemente realizada⁵⁻⁷. Além disso, é apontado como programa efetivo de promoção das PCAF e tem contribuído para a redução das iniquidades de acesso a tais práticas^{8,9}.

Diferentes trabalhos têm objetivado abordar a gestão das PCAF no SUS, tendo sido debatidos o financiamento^{10,11}, a oferta^{12,13}. Outrossim, até mesmo como o Programa Academia da Saúde contribuiu para ampliar o acesso às ações de saúde na pandemia da covid-19¹⁴. Além desses, outros estudos analisaram a inserção de Profissionais de Educação Física (PEF) no SUS^{15,16}, o que também pode contribuir para a ampliação da oferta de PCAF, tendo em vista a relação nuclear com essa categoria profissional.

Assim, em complemento, o objetivo do presente manuscrito foi analisar a formulação e o desenvolvimento da agenda de promoção das PCAF a partir dos instrumentos de planejamento do SUS, em âmbito federal, no período entre 2004 e 2023. A relevância está na hipótese de que programas e ações não têm sido priorizados; e, até a presente data, não são conhecidos estudos que se propuseram a analisar a agenda de promoção das PCAF no SUS, a partir dos instrumentos de planejamento em saúde em âmbito nacional. Dessa forma, o presente artigo permitirá um resgate histórico situando a agenda das PCAF no planejamento do SUS, com vistas a identificar avanços e desafios sobre a temática em busca de efetivá-las enquanto política pública de saúde.

Material e métodos

Trata-se de pesquisa documental, de caráter analítico-descritivo e abordagem qualitativa, dos instrumentos de planejamento do SUS¹⁷, no período entre 2004 e 2023. A análise teórico-conceitual do presente estudo se baseou na defesa de que as PCAF são um direito da população brasileira^{18,19} e nos debates do núcleo de 'Política, planejamento e gestão em Educação Física e Saúde'²⁰, o qual tem

buscado contribuir para o avanço na compreensão de tais práticas enquanto política pública de saúde¹² ao trazer dados e reflexões sobre formulação, avaliação, planejamento e financiamento de políticas, formação de recursos humanos, dimensionamento da força de trabalho em saúde, entre outros.

Os instrumentos analisados foram: a) PNS: 2004-2007 (síntese); 2008/09-2011; 2012-2015; 2016-2019; 2020-2023²¹⁻²⁵; b) PAS: 2012 a 2023²⁶⁻³⁷; c) RAG: 2011 a 2022³⁸⁻⁴⁹. Nos PNS 2012-2015 e 2020-2023, havia duas versões, sendo uma inicial e outra revisada, ambas foram consultadas e não houve alterações nas questões relacionadas com o objeto de pesquisa. Os documentos de planejamento do SUS foram baixados em 6 de maio de 2023, por meio do *site* do Ministério da Saúde², sendo a consulta e a extração dos dados realizadas em maio de 2023.

Ao considerar o volume, a diversidade e a amplitude dos temas presentes nos referidos instrumentos, foi realizada pesquisa dos termos: atividade física; fisicamente ativo; inatividade física; exercício físico; Educação Física; práticas corporais; sedentarismo; comportamento sedentário; Programa Academia da Saúde, por meio do radical e das siglas em palavras-chave na ferramenta de busca dos programas de leitura de texto (arquivos em PDF): ‘físic’; ‘corpor’; ‘exerc’; ‘sedent’; ‘acad’; ‘polo’; ‘PAS’(exceto nos documentos referentes às programações anuais de saúde). Estudos anteriores utilizaram metodologias semelhantes^{50,51}.

Dois autores fizeram as buscas de forma independente e cegada, e as divergências foram resolvidas por consenso. Por fim, visando à análise objetiva da agenda do governo federal na promoção das PCAF no SUS, foram identificadas as informações sobre o tema, as metas estabelecidas, bem como os indicadores utilizados para o monitoramento. Além disso, foram identificadas as ações planejadas e realizadas, respectivamente, nas PAS e nos RAG, em cada um dos quadriênios dos PNS, procedendo-se à análise.

Algumas opções foram realizadas por demandar debate específico e aprofundado, o que não seria possível no presente manuscrito: a) não abordar as metas financeiras, mas destaca-se haver publicações recentes sobre o financiamento das PCAF no SUS^{10,11}; b) não abordar informações mais gerais relacionadas ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf)/equipes multiprofissionais, enfocando as especificidades relacionadas com a oferta de PCAF. Ademais, optou-se pela utilização do termo PCAF em conjunto mesmo quando nos documentos foram registrados um ou outro termo. Há o reconhecimento da existência de distinções conceituais, debates e embates existentes na literatura do campo das PCAF, Educação Física e Saúde, contudo, considerou-se a linha de que podem ser complementares e que há limitações da referida querela conceitual no âmbito da vida dos usuários do SUS^{52,53}.

Por se tratar de pesquisa com dados secundários e de domínio público, não houve necessidade de apreciação por comitê de ética em pesquisa.

Resultados e discussão

A inserção das Práticas Corporais e Atividades Físicas nos Planos Nacionais de Saúde no período entre 2004 e 2023

Apesar de previsto na Lei Orgânica da Saúde, o PNS só passou a ser elaborado e publicado a partir de 2004⁵⁴. Além disso, foi somente em 2006 que o Ministério da Saúde implementou o Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS), com objetivo de fortalecer e coordenar o processo de planejamento de forma contínua, participativa, integrada e articulada entre os três entes federativos^{55,56}. Portanto, o presente estudo englobou todos os PNS disponíveis.

Análise situacional

A análise situacional é o componente do PNS em que são apresentados os principais problemas e as necessidades de saúde da população¹.

Exceto pelo PNS 2004-2007²¹, no qual não houve menção de termos relacionados com as PCAF, em comum entre as demais edições foi a descrição da relação com as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), mais especificamente do sedentarismo/inatividade física como fator de risco modificável e o registro de estimativas globais apontando o elevado número de óbitos por DCNT e nacionais, a partir do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), que demonstram um elevado percentual de inatividade física nas capitais brasileiras²²⁻²⁵.

Outro ponto comum foi o Programa Academia da Saúde²²⁻²⁵, o qual variou de estar voltado a popularizar a prática de exercícios físicos a tornar a população mais próxima dos serviços prestados, sobretudo no âmbito da APS²², e ser uma estratégia de promoção da saúde, redução dos fatores de risco para DCNT, produção de cuidado e de modos de vida saudáveis da população, ao objetivar a busca da qualidade de vida por meio do incentivo às PCAF em ambientes comunitários, de forma articulada com as Unidades Básicas de Saúde²³⁻²⁵. Ainda, foi destacada sua implantação como espaços públicos nos quais são desenvolvidas as PCAF, alimentação saudável, produção do cuidado, entre outras ações culturalmente inseridas e adaptadas aos territórios²⁵.

No PNS de 2008-2011, foi identificado que as DCNT eram um grande desafio e demandavam o fortalecimento de medidas estratégicas na prevenção de seus fatores de riscos, bem como que eram recentes as evidências de que um estilo de vida fisicamente ativo era fator de proteção para essas doenças²². Esse PNS apresentou os quatro domínios nos quais as PCAF podem ser realizadas: no lazer, no trabalho (laboral), no deslocamento e nas atividades

domésticas²².

No PNS de 2012-2015, foi registrado que os PEF poderiam compor as equipes multiprofissionais do Nasf²³, essa inserção inegavelmente é uma importante estratégia para a promoção das PCAF na APS^{12,57}. Entretanto, não é possível estabelecer uma relação finalística, uma vez que essas práticas fazem parte de um rol de ações de promoção e de cuidado em saúde que podem ou não vir a ser desenvolvidas por essas equipes.

No PNS 2016-2019, foi registrado que as PCAF no domínio laboral poderiam resultar em distúrbios osteomusculares relacionados com o trabalho²⁴, o que remete ao paradoxo da atividade física. Esse paradoxo consiste na relação entre as PCAF e saúde depender de determinadas características, sendo demonstrado que, quando realizadas no domínio laboral, podem trazer efeitos deletérios no tocante a questões de saúde cardiovascular, entre outros⁵⁸. Além disso, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil 2011-2022 foi abordado nesse PNS, sendo afirmado que ele estabelece e monitora periodicamente metas nacionais, entre elas, as PCAF²⁴.

No PNS 2020-2023, destacou-se o alto custo da inatividade física para os sistemas de saúde e afirmou-se que mudanças no padrão alimentar, em maior magnitude, e de PCAF pela população estariam no centro do cenário epidemiológico no qual há grande carga de DCNT²⁵. Esse PNS foi o primeiro com um item específico para abordar as PCAF e, nos indicadores, trazer dados de prevalência dessas práticas no domínio do lazer e de inatividade física²⁵.

Assim, a partir da análise situacional dos PNS analisados, fica evidente que a principal justificativa para a promoção das PCAF, como políticas de saúde no SUS, esteve relacionada com as DCNT. Embora os benefícios das PCAF para a saúde da população sejam frequentemente associados ao enfrentamento de DCNT, o que é relevante ante o quadro dessas doenças na população brasileira^{59,60},

é fundamental reconhecer que tais práticas também contribuem para a promoção da saúde ao possibilitarem o encontro, a convivência, a formação e o fortalecimento de grupos sociais nos territórios ao criar e/ou aumentar o vínculo entre os sujeitos e destes com os trabalhadores e serviços de saúde^{53,61}.

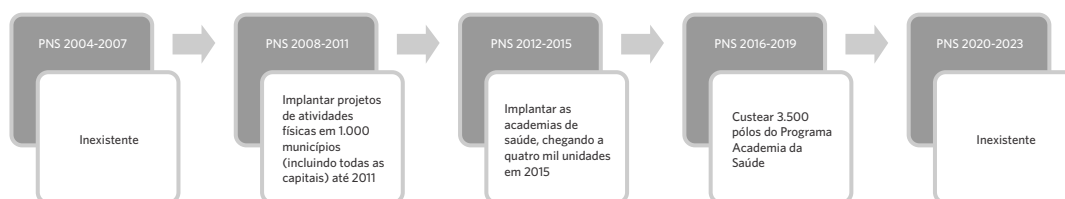
Além disso, em todos os PNS analisados, recorreu-se a estimativas globais para justificar a relevância das PCAF no enfrentamento das DCNT, assim como dados nacionais a partir do Vigitel⁶⁰, portanto, não necessariamente representam dados de usuários atendidos no SUS. Nesse contexto, o monitoramento das PCAF, a partir dos sistemas de informação em saúde, ainda é um desafio para qualificar a vigilância e o planejamento em saúde⁶². Por último, o destaque foi no Programa Academia da Saúde como principal estratégia de promoção das PCAF no SUS.

Objetivos, diretrizes e metas

Esse componente do PNS apresenta, de fato, a formulação da agenda da política nacional de saúde para o SUS em cada quadriênio¹.

No PNS 2008-2011, destacou-se a necessidade de desenvolvimento de medidas que enfatizem a promoção das PCAF, especificamente a implantação de projetos em mil municípios, entre os quais, todas as capitais, até 2011²² (figura 1). Foi identificado, nesse documento, registro da visão ampliada da relação dessas práticas com a saúde ao defender que um modo de viver mais fisicamente ativo está relacionado com condições que podem facilitá-lo ou não, como a existência de áreas públicas adequadas e seguras e de espaços urbanos que favoreçam o deslocamento ativo, não devendo ser imputado apenas a decisões individuais das pessoas²².

Figura 1. Metas relacionadas às Práticas Corporais e Atividades Físicas nos Planos Nacionais de Saúde



Fonte: elaboração própria baseada em Brasil²¹⁻²⁵.
PNS – Plano Nacional de Saúde.

Esse PNS, portanto, pode ser considerado o marco inicial da inserção das PCAF nos instrumentos de planejamento do SUS²², o que possivelmente foi consequência dos incentivos financeiros do Ministério da Saúde para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, ocorridos a partir de 2005, em que as ações de PCAF foram amplamente adotadas^{63,64}. Apesar da ausência nesse PNS, a criação do Nasf em 2008, no qual o PEF fazia parte do rol

de profissionais elegíveis, merece destaque^{15,16}.

O PNS 2012-2015 estabeleceu como meta que, até 2015, deveriam ser implantados 4 mil polos da Academia da Saúde²³ (figura 1). No âmbito do planejamento federal, o arcabouço da oferta das PCAF no SUS por meio de programas e ações estruturadas é consolidado a partir desse PNS²³, uma vez que foi principalmente a partir do Academia da Saúde que foram estabelecidos objetivos específicos voltados

para a promoção das PCAF, com princípios e diretrizes sobre o funcionamento, normativas sobre a transferência de recursos para construção de polos e de custeio das atividades^{5,65}, e do Nasf, que possibilitou a inserção do PEF nas equipes multiprofissionais^{15,16}.

No PNS 2016-2019, a revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde em 2014 foi destacada, a qual aponta as PCAF como um dos temas prioritários, com a necessidade de estabelecer relação com as demais políticas públicas²⁴, caracterizando a intersectorialidade, o que também é altamente relevante para ampliar o acesso a tais práticas. Esse PNS estabeleceu o objetivo de custear 3.500 polos do Programa Academia da Saúde²⁴ (*figura 1*). Porém, na vigência desse PNS, ocorreu a intensificação da política neoliberal, que resultou na adoção de medidas de austeridade fiscal, com cortes de gastos, o que prejudicou, e ainda prejudica, o desenvolvimento das ações de promoção de saúde no SUS, entre as quais se incluem as PCAF⁶⁶.

No PNS 2020-2023, não houve o estabelecimento de metas relacionadas com a promoção das PCAF²⁵ (*figura 1*). Assim, apesar dos problemas relacionados com o financiamento para a construção de polos e no custeio das ações^{10,11}, não foram estabelecidas metas voltadas para o fortalecimento do Programa Academia da Saúde. Além disso, a inclusão de PEF no Programa Saúde da Família com vistas a ativar as academias ao ar livre e reduzir o sedentarismo e a obesidade foi uma proposta do governo federal eleito (2019-2022)⁶⁷. Essa proposta, embora contraditória e desconexa de outras políticas de saúde, poderia ter contribuído para o fortalecimento da agenda das PCAF e impulsionado a inserção de PEF no SUS, o que não ocorreu¹⁶. Apesar disso, nesse período o Ministério da Saúde lançou algumas estratégias voltadas para a promoção das PCAF, dentre as quais destacam-se o 'Guia de atividade física para a população brasileira'³ e o incentivo financeiro federal de custeio para ações de atividade física na APS (IAF)^{68,69}, ainda que não tenha sido registrado no referido PNS.

Chama atenção que a referida visão

ampliada da relação dessas práticas com a saúde, que considera que os modos de viver mais fisicamente ativos são relacionados com diferentes elementos, não estando exclusivamente sob a governabilidade das pessoas, tenha ficado circunscrita a apenas um dos PNS²², pois acredita-se estar condizente com princípios do SUS como a equidade e a integralidade. Conforme já apresentado, fica evidente então que a primeira e hegemônica aproximação das PCAF com o SUS, no âmbito do planejamento, foi eminentemente como fator de proteção para as DCNT, com sucinta presença da perspectiva ampliada de saúde. Isso ratifica que a principal forma de aproximação entre PCAF e saúde foi por meio dos saberes oriundos da epidemiologia, com debates sobre políticas e planejamento ainda podendo ser considerados recentes²⁰.

Com o panorama estabelecido a partir dos PNS, em seguida, será apresentado o que foi anualmente planejado e executado, por meio da análise das PAS e dos RAG, retratando o monitoramento e a avaliação das PCAF nos PNS.

Do planejado (PAS) ao executado (RAG): encontros e desencontros nos Planos Nacionais de Saúde

PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE E RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO REFERENTES AO PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2008-2011

Com um misto de informações referentes à construção de polos do Programa Academia da Saúde e custeio de projetos similares, ao final do quadriênio, o RAG 2011 apontou respectivamente para pouco mais 1.700 polos habilitados e 400 municípios recebendo recursos³⁸ (*quadro 1*). Apesar de não haver menção ao alcance da meta estipulada no PNS, pode-se afirmar que, por 2011 ser o ano de criação de um programa em âmbito nacional com apoio técnico e financeiro do Ministério da Saúde^{5,65}, seria justificável considerar o processo inicial

de construção dos polos como o objetivo principal do ciclo de planejamento quadriênal.

Destaca-se que o Programa Academia da Saúde surgiu a partir da existência e da avaliação de iniciativas municipais que apontaram,

entre outros elementos, a relevância de existência de estrutura física própria para o desenvolvimento das PCAF, assim como a manutenção por parte da gestão municipal⁵.

Quadro 1. A promoção das práticas corporais e atividades físicas no Sistema Único de Saúde no Plano Nacional de Saúde 2008-2011 e detalhamento das ações planejadas na Programação Anual de Saúde e ações realizadas no Relatório Anual de Gestão entre 2008 e 2011

PNS 2008-2011

Meta: implantar projetos de atividades físicas em mil municípios (incluindo todas as capitais) até 2011.

Indicador: índice de implantação das ações de atividades físicas – Projeto Pratique Saúde.

Conceito: percentual de municípios com ações de atividades físicas – Projeto Pratique Saúde – implantadas, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Panorama apresentado: inexistente

PAS 2008	PAS 2009	PAS 2010	PAS 2011
Indisponível	Indisponível	Indisponível	Indisponível
RAG 2008	RAG 2009	RAG 2010	RAG 2011
Indisponível	Indisponível	Indisponível	Financiamento de ações de promoção da atividade física em 415 municípios. Seleção para implantação de 1.772 unidades de Academias de Saúde.

Fonte: elaboração própria com base em Brasil^{22,38}.

PNS – Plano Nacional de Saúde; PAS – Programação Anual de Saúde; RAG – Relatório Anual de Gestão.

PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE E RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO REFERENTES AO PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2012-2015

O quadriênio 2012 a 2015 pode ser considerado, no âmbito do planejamento federal, como um momento no qual se pretendia uma importante expansão da promoção das PCAF no SUS por meio do Programa Academia da Saúde. Em caso de efetivação da meta de 4 mil unidades (polos) em 2015²³ (*quadro 2*), o alcance seria de 71% dos municípios brasileiros se distribuídos na proporção de um por um. Ou, estimando uma ‘cobertura’ de pouco mais 300 pessoas,

seriam mais 1,2 milhão de usuários da APS, o equivalente a 1% estimativa da população coberta pela Estratégia Saúde da Família no Brasil em 2015⁷⁰. São situações e cálculos hipotéticos, mas que permitem dimensionar a magnitude da meta caso fosse realizada.

Como na PAS 2015 a meta de chegar a 4 mil foi considerada alcançada²⁹ e no RAG 2015 afirma-se que foram aproximadamente 4.300 implantações, com mais de 1.500 polos com obras concluídas⁴² (*quadro 2*), é possível afirmar que o enfoque permaneceu principalmente nas habilitações para a construção.

Quadro 2. A promoção das práticas corporais e atividades físicas no Sistema Único de Saúde no Plano Nacional de Saúde 2012-2015 e detalhamento das ações planejadas na Programação Anual de Saúde e ações realizadas no Relatório Anual de Gestão entre 2012 e 2015

PNS 2012-2015

Meta: implantar as academias de saúde, chegando a 4 mil unidades em 2015.

Indicador: número de academias da saúde implantadas.

Panorama apresentado: inexistente

PAS 2012	PAS 2013	PAS 2014	PAS 2015
Meta programada = 228 academias de saúde implantadas	Meta programada = mil polos de academias de saúde implantadas	Meta programada = 4 mil polos de academia da saúde habilitados	Meta Alcançada
RAG 2012	RAG 2013	RAG 2014	RAG 2015
155 academias da saúde implantadas (em funcionamento) Meta realizada = 155 academias da saúde em funcionamento; 1.047 novos polos aprovados	305 academias da saúde implantadas (em funcionamento) Meta realizada = 859 polos de academias de saúde habilitados em 2013	275 academias da saúde implantadas (em funcionamento) Meta realizada = de 2011 a 2014, foram habilitados para a construção 3.790 polos de academia da saúde. De 2011 a 2014, foram habilitados para a construção 3.790 polos de academia da saúde e foram 450 projetos reconhecidos como similares, 934 obras concluídas e 275 polos habilitados para custeio	563 academias da saúde implantadas (em funcionamento) Meta realizada = de 2011 a 2015, foram habilitadas 3.842 propostas para a construção de polos de academia da saúde e 450 projetos locais reconhecidos como similares, totalizando 4.292 implantações do Programa. 1.543 obras concluídas e 567 polos custeados

Fonte: elaboração própria com base em Brasil^{23,26-29,39-42}.

PNS - Plano Nacional de Saúde; PAS - Programação Anual de Saúde; RAG - Relatório Anual de Gestão.

PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE E RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO REFERENTES AO PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2016-2019

Destaca-se a alteração na meta do PNS 2016-2019 para o custeio de 3.500 polos do Programa Academia da Saúde²⁴ (quadro 3). Ou seja, houve demarcação da relevância da existência de recursos federais para que as ações do programa fossem realizadas. Isso é importante, pois já havia o posicionamento da Câmara dos Deputados que não permitia que o Academia da Saúde fosse financiado com recursos contabilizados no piso constitucional para despesas em ações e serviços públicos de saúde^{71,72}. Ou seja, apontava para uma aposta do Ministério da Saúde no

Academia da Saúde, ainda que pudesse haver escassez de recursos financeiros.

Além disso, no RAG 2018, foi mencionada a pretensão de ampliar a discussão com o Poder Legislativo a fim de produzir leis voltadas à diminuição dos fatores de risco em âmbito populacional, incluindo as PCAF⁴⁵, o que seria essencial haja vista a limitação apresentada anteriormente. Nesse RAG, o Ministério da Saúde justificou a possibilidade de não alcance das metas no final de 2019 devido ao expressivo número de municípios que possuíam dificuldades para habilitar e credenciar os polos do Programa Academia da Saúde em razão da baixa compreensão relacionada com os trâmites necessários, afirmando ter realizado apoio aos estados e municípios com vistas a superar esse entrave⁴⁵.

Contudo, ao final do quadriênio, o PAS 2019 tinha como meta a metade dos polos custeados³³, ou seja, 2 mil, e o RAG 2019 apontava menos de 1.500 polos habilitados para custeio⁴⁶ (*quadro 3*), o que permite inferir que houve, de fato, limitação de recursos para a expansão do Programa Academia da Saúde. Destaca-se que, desde a criação do programa em 2011, o valor de custeio era o mesmo, R\$ 3.000 mensais, o que pode ter desestimulado a adesão pela gestão municipal, mesmo após

a conclusão da obra dos polos⁷³. É razoável assumir que os custos para o funcionamento sejam muito maiores que esse valor, portanto, é possível inferir que não se trata apenas de dificuldades de compreensão por parte dos gestores, mas da possibilidade de o programa ser financeiramente inviável, ainda que os gestores reconheçam a importância da promoção das PCAF, sendo necessários novos estudos para confirmar essa hipótese.

Quadro 3. A promoção das práticas corporais e atividades físicas no Sistema Único de Saúde no Plano Nacional de Saúde 2016-2019 e detalhamento das ações planejadas na Programação Anual de Saúde e ações realizadas no Relatório Anual de Gestão entre 2016 e 2019

PNS 2016-2019

Meta: custear 3.500 polos do Programa Academia da Saúde.

Indicador: número de polos de academia da saúde custeados (unidade).

Panorama apresentado: 3.772 polos em todas as regiões do país foram habilitados para construção de 2011 a 2014 e, ao final desse ano, 986 obras foram concluídas e 279 polos foram custeados pelo governo federal.

PAS 2016	PAS 2017	PAS 2018	PAS 2019
Meta programada = 1.334 polos custeados	Meta programada = 836 polos custeados Custeio de 644 já existentes + expansão de 192 polos em 2017.	Meta programada = 1.370 polos custeados	Meta programada = 2 mil polos custeados
RAG 2016	RAG 2017	RAG 2018	RAG 2019
Meta realizada = 635 polos custeados	Meta realizada = 973 polos custeados	Meta realizada = 1.354 polos custeados	Meta realizada = 1.478 polos custeados

Fonte: elaboração própria com base em Brasil^{24,30-33,43-46}.

PNS - Plano Nacional de Saúde; PAS - Programação Anual de Saúde; RAG - Relatório Anual de Gestão.

PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE E RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO REFERENTES AO PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2020-2023

No quadriênio 2020-2023, não havia menção à promoção das PCAF nas PAS³⁴⁻³⁷, e nos RAG de 2020 a 2022⁴⁷⁻⁴⁹, são trazidos dados do Vigitel referentes à prevalência de adultos (18 anos ou mais) que realizam PCAF no domínio do lazer

e de inativos fisicamente. Ou seja, não houve planejamento para a agenda de promoção das PCAF no SUS, o que pode ser ratificado pela ausência de informações sobre o IAF no RAG 2022⁴⁹, permitindo inferir que esse incentivo foi criado devido a oportunidades de ocasião para cumprir uma proposta de governo⁶⁷, e não como ação incorporada ao planejamento sanitário do SUS, ainda que seja reconhecido

o seu potencial para a ampliação do acesso às PCAF⁶⁹. Além disso, as justificativas para a promoção das PCAF foram resumidas a dado epidemiológicos, demonstrando uma redução das suas possibilidades para promoção da saúde e produção do cuidado.

Ademais, ainda que não tenha sido registrado nos instrumentos de planejamento, segundo o Ministério da Saúde, no final de 2022, havia 1.760 polos da Academia da Saúde credenciados para recebimento dos recursos de custeio⁷⁴, e em maio de 2023, eram 1.602⁷⁵.

Quadro 4. A promoção das práticas corporais e atividades físicas no Sistema Único de Saúde no Plano Nacional de Saúde 2020-2023 e detalhamento das ações planejadas na Programação Anual de Saúde e ações realizadas no Relatório Anual de Gestão entre 2020 e 2023

PNS 2020-2023			
Meta: inexistente			
Indicador: -			
Panorama apresentado: 4.188 propostas vigentes do Programa Academia da Saúde, 921 em ação preparatória, 574 em obra, 2.690 concluídas e 3 em readequação. Em 2019 foram custeados 1.583 polos.			
PAS 2020	PAS 2021	PAS 2022	PAS 2023
Inexistente	Inexistente	Inexistente	Inexistente
RAG 2020	RAG 2021	RAG 2022	RAG 2023
Percentual de adultos (18 anos ou mais) que praticam atividade física no tempo livre*	Percentual de adultos (18 anos ou mais) que praticam atividade física no tempo livre*	Percentual de adultos (18 anos ou mais) que praticam atividade física no tempo livre*	Não se aplica
38,1% em dez/2018	39% em dez/2019	36,8% em dez/2020	
39% em dez/2019	36,8% em dez/2020	36,7% em dez/2021	
Percentual de adultos (18 anos ou mais) inativos fisicamente*	Percentual de adultos (18 anos ou mais) inativos fisicamente*	Percentual de adultos (18 anos ou mais) inativos fisicamente*	
44,1% em dez/2018	13,9% em dez/2019	14,9% em dez/2020	
44,8% em dez/2019	14,9% em dez/2020	15,8% em dez/2021	

Fonte: elaboração própria com base em Brasil^{25,34-37,40-49}.

PNS - Plano Nacional de Saúde; PAS - Programação Anual de Saúde; RAG - Relatório Anual de Gestão; *Para maiores informações sobre o método de cálculo, ver: Vigitel Brasil 2006-2021: prática de atividade física⁶⁰.

Considerações finais

Como potencialidades, destaca-se que se trata de um estudo inovador, a partir dos diferentes instrumentos de planejamento do SUS com uma ampla análise temporal, 2004 a 2023, o que possibilitou elucidar a formulação e o desenvolvimento da agenda da promoção das PCAF no âmbito federal do SUS. A ausência de detalhamento mais geral sobre o Nasf pode

ser apontada como limitação do estudo, uma vez que essa é uma das estratégias que contribuem para ampliação da oferta de PCAF na APS. Entretanto, o presente estudo teve um enfoque específico nas PCAF, mas que pode ser complementado por pesquisas com objeto de investigação mais amplo. Estudos futuros com análise dos instrumentos de planejamento do SUS no âmbito estadual e municipal são necessários para possibilitar a

análise da agenda de PCAF na gestão tripartite do SUS. Ainda, de forma complementar, sugere-se que pesquisas futuras busquem identificar a presença de propostas voltadas para a promoção das PCAF a partir dos documentos das Conferências de Saúde.

Em conclusão, o presente estudo permite afirmar que a principal forma de inserção da promoção das PCAF no SUS foi o enfrentamento das DCNT, com um singelo registro da visão ampliada da relação dessas práticas com a saúde. É relevante chamar a atenção que tais perspectivas não são discordantes, mas complementares já que a referida visão busca trazer à tona modelos explicativos e de ação sobre como reduzir iniquidades de acesso e ampliar as possibilidades de realização dessas práticas, o que, conseqüentemente, oportunizará benefícios relacionados com a prevenção e o cuidado das doenças supracitadas. No tocante aos programas e ações, considerando os quantitativos apresentados, há disparidades importantes tanto entre o que foi planejado e o executado, em desfavor da expansão do Academia da Saúde, na ordem aproximada de mil polos construídos e em

torno de 1.500 custeados a menos. Outrossim, mesmo naqueles com obras concluídas, há em torno de mil não habilitados para recebimento de recursos de custeio do Ministério da Saúde, além do congelamento do valor do recurso de custeio desde 2011.

Tal situação indica uma severa limitação para a ampliação da oferta das PCAF, por meio do Programa Academia da Saúde. Isso possivelmente foi causado pela não consideração de que os recursos para o Academia poderiam ser contabilizados como despesas em ações e serviços públicos de saúde, demandando debate urgente e mudança de interpretação sobre o tema. Em relação ao IAF, dadas a criação recente e a ausência nos instrumentos de gestão, será necessário acompanhamento para verificar suas potencialidades e seus desafios na promoção das PCAF.

Colaboradores

Vieira LA (0000-0003-4382-9719)* e Carvalho FFB (0000-0003-2979-6359)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.135, de 25 de setembro 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 26 Set 2013.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Instrumentos de Planejamento do SUS. [Brasília, DF]: [Sem data]. [acesso em 2023 maio 6]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/gestao-do-sus/instrumentos-de-planejamento-do-sus>.
3. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. Guia de atividade física para a população brasileira. Brasília, DF: MS; 2021.
4. World Health Organization. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: WHO; 2020.
5. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Programa Academia da Saúde: caderno técnico de apoio à implantação e implementação. Brasília, DF: MS; 2018.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

6. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Panorama nacional de implementação do Programa Academia da Saúde ciclo 2017. Brasília, DF: MS; 2018.
7. Manta SW, Sandreschi PF, Quadros EN, et al. Planejamento em saúde sobre práticas corporais e atividade física no Programa Academia da Saúde. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2020 [acesso em 2024 abr 20]; 25:1-6. Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/14313>.
8. Silva AG, Prates EJS, Malta DC. Avaliação de programas comunitários de atividade física no Brasil: uma revisão de escopo. *Cad. Saúde Pública*. 2021 [acesso em 2024 abr 20]; 37(5):e00277820. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00277820>.
9. Tusset D, Olkoski M, Merchan-Hamann E, et al. Programa Academia da Saúde: um olhar quantitativo das adesões entre 2011 a 2017. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2020 [acesso em 2024 abr 20]; 25:1-9. Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/14315>.
10. Carvalho FFB, Vieira LA. O financiamento como desafio nas políticas públicas de saúde: o caso do Programa Academia da Saúde. *Rev Bras Ciênc Esporte*. 2022 [acesso em 2024 abr 20]; 44:e002322. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/rbce.44.e002322>.
11. Carvalho FFB, Loch MR, Sposito LAC, et al. Recursos da União para as práticas corporais e atividades físicas no SUS: análise do ciclo governamental 2019 – 2022. *Ciênc. saúde coletiva*. 2024 [acesso em 2024 abr 20]; 29(1):e19352022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024291.19352022>.
12. Carvalho FFB, Almeida ER, Loch MR, et al. As práticas corporais e atividades físicas na gestão tripartite do SUS: estrutura organizacional, financiamento e oferta. *Ciênc. saúde coletiva*. 2022 [acesso em 2024 abr 20]; 27(6):2163-74. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022276.15242021>.
13. Manta SW, Cavalcante FV, Petreça DR, et al. Ações de práticas corporais e atividade física no Programa Saúde na Escola por ciclos de adesão (2014 a 2020). *Saúde debate*. 2022 [acesso em 2024 abr 20]; 46(esp3):156-65. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E311>.
14. Tusset D, Lacerda DA, Magalhães LL, et al. Programa Academia da Saúde: adaptações nos polos durante a pandemia da Covid-19. *Saúde debate*. 2022 [acesso em 2024 abr 20]; 46(esp8):62-74. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E805>.
15. Dutra RP, Viero VS, Knuth AG. Inserção de profissionais de educação física no Sistema Único de Saúde: análise temporal (2007-2021). *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2023 [acesso em 2024 abr]; 28:1-9. Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/14856>.
16. Vieira LA, Caldas LC, Lemos EC, et al. Análise temporal da inserção de Profissionais e Residentes de Educação Física no Sistema Único de Saúde de 2009 a 2021. *Ciênc. saúde coletiva*. 2023 [acesso em 2024 abr 20]; 28(3):837-50. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023283.14092022>.
17. Cavalcante AA, Magdalena PC, Moriguchi CS. Instrumentos de gestão na pauta do Conselho de Saúde. *Saúde soc*. 2023 [acesso em 2024 abr 20]; 32(1):e210866pt. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902022210866pt>.
18. Knuth AG, Antunes PC. Práticas corporais/atividades físicas demarcadas como privilégio e não escolha: análise à luz das desigualdades brasileiras. *Saude soc*. 2021 [acesso em 2024 abr 20]; 30(2):e200363. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200363>.
19. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Relatório de Desenvolvimento Humano Nacional - Movimento é Vida: Atividades Físicas e Esportivas para Todas as Pessoas. Brasília, DF: PNUD; 2017.
20. Nogueira JAD, Bosi MLM. Saúde Coletiva e Educação Física: distanciamentos e interfaces. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017 [acesso em 2024 abr 20]; 22(6):1913-22. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.23882015>.
21. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva.

- Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2007: um pacto pela saúde no Brasil: síntese. Brasília, DF: MS; 2005. (Série B. Textos Básicos de Saúde). [acesso em 2023 maio 6]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_pacto_brasil sintese.pdf.
22. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Plano Nacional de Saúde (PNS) 2008/2009-2011. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde). [acesso em 2023 maio 6]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_planejamento_sus_v9.pdf.
 23. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015. Brasília, DF: MS; 2011. (Série B. Textos Básicos de Saúde). [acesso em 2023 maio 6]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2012_2015.pdf.
 24. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Plano Nacional de Saúde – PNS: 2016-2019. Brasília, DF: MS; 2016. [acesso em 2023 maio 6]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2016_2019_30032015_final.pdf.
 25. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Plano Nacional de Saúde – PNS: 2020-2023. Brasília, DF: MS; 2020. [acesso em 2023 maio 6]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2020_2023.pdf.
 26. Brasil. Ministério da Saúde. Programação Anual de Saúde 2012. Brasília, DF: MS; 2012. [acesso em 2023 maio 6]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programacao_anual_saude_pas_2012.pdf.
 27. Brasil. Ministério da Saúde. Programação Anual de Saúde 2013. Brasília, DF: MS; 2013. [acesso em 2023 maio 6]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PAS_2013.pdf.
 28. Brasil. Ministério da Saúde. Programação Anual de Saúde 2014. Brasília, DF: MS; 2014. [acesso em 2023 maio 6]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PAS_2014_Consolidado_MS_20131129.pdf.
 29. Brasil. Ministério da Saúde. Programação Anual de Saúde 2015. Brasília, DF: MS; 2015. [acesso em 2023 maio 6]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PAS_2015_Final_20141212.pdf.
 30. Brasil. Ministério da Saúde. Programação Anual de Saúde 2016. Brasília, DF: MS; 2016. [acesso em 2023 maio 6]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programacao_anual_saude_PAS_2016_final.pdf.
 31. Brasil. Ministério da Saúde. Programação Anual de Saúde 2017. Brasília, DF: MS; 2017. [acesso em 2023 maio 6]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programacao_anual_PAS_nov_2016.pdf.
 32. Brasil. Ministério da Saúde. Programação Anual de Saúde 2018. Brasília, DF: MS; 2018. [acesso em 2023 maio 6]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programacao_anual_saude_PAS_2018.pdf.
 33. Brasil. Ministério da Saúde. Programação Anual de Saúde 2019. Brasília, DF: MS; 2019. [acesso em 2023 maio 6]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programacao_anual_saude_PAS_2019.pdf.
 34. Brasil. Ministério da Saúde. Programação Anual de Saúde 2020. Brasília, DF: MS; 2020. [acesso em 2023 maio 6]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_anual_saude_2020.pdf.
 35. Brasil. Ministério da Saúde. Programação Anual de Saúde 2021. Brasília, DF: MS; 2021. [acesso em 2023 maio 6]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programacao_anual_saude_fevereiro_2021.pdf.
 36. Brasil. Ministério da Saúde. Programação Anual de Saúde 2022. Brasília, DF: MS; 2022. [acesso em 2023 maio 6]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programacao_anual_saude_2022.pdf.

- bvs/publicacoes/programacao_anual_saude_2022.pdf.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Programação Anual de Saúde 2023. Brasília, DF: MS; 2023. [acesso em 2023 maio 6]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programacao_anual_saude_2023.pdf.
 38. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Anual de Gestão (RAG) 2011. Brasília, DF: MS; 2012.
 39. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Anual de Gestão (RAG) 2012. Brasília, DF: MS; 2013.
 40. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Anual de Gestão (RAG) 2013. Brasília, DF: MS; 2014.
 41. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Anual de Gestão (RAG) 2014. Brasília, DF: MS; 2015.
 42. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Anual de Gestão (RAG) 2015. Brasília, DF: MS; 2016.
 43. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Anual de Gestão (RAG) 2016. Brasília, DF: MS; 2017.
 44. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Anual de Gestão (RAG) 2017. Brasília, DF: MS; 2018.
 45. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Anual de Gestão (RAG) 2018. Brasília, DF: MS; 2019.
 46. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Anual de Gestão (RAG) 2019. Brasília, DF: MS; 2020.
 47. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Anual de Gestão (RAG) 2020. Brasília, DF: MS; 2021.
 48. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Anual de Gestão (RAG) 2021. Brasília, DF: MS; 2022.
 49. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Anual de Gestão (RAG) 2022. Brasília, DF: MS; 2023.
 50. Sousa LA, Barros NF, Pigari JO, et al. Acupuntura no Sistema Único de Saúde – uma análise nos diferentes instrumentos de gestão. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017 [acesso em 2024 abr 20]; 22(1):301-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017221.10342015>.
 51. Kruger TR. Participação e planejamento no SUS: considerações a partir dos Planos Nacionais de Saúde. *Rev Soc Hum*. 2020 [acesso em 2024 abr 20]; 33(3):118-37. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2317175848279>.
 52. Damico J, Knuth AG. O (des)encontro entre as práticas corporais e a atividade física: hibridizações e borramentos no campo da saúde. *Movimento*. 2013 [acesso em 2024 abr 20]; 20(1):329-50. Disponível em: <https://doi.org/10.22456/1982-8918.39474>.
 53. Carvalho FFB. Práticas corporais e atividades físicas na atenção básica do Sistema Único de Saúde: ir além da prevenção das doenças crônicas não transmissíveis é necessário. *Movimento*. 2015 [acesso em 2024 abr 20]; 22(2):647-58. Disponível em: <https://doi.org/10.22456/1982-8918.58174>.
 54. Ricardi LM, Shimizu HE, Santos LMP. As Conferências Nacionais de Saúde e o processo de planejamento do Ministério da Saúde. *Saúde debate*. 2017 [acesso em 2024 abr 20]; 41(esp3):155-70. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S312>.
 55. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006: Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial da União*. 23 Fev 2006.
 56. Brasil. Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. Sistema de planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva: orientações gerais para a elaboração de instrumentos de planejamento. Brasília, DF: MS; 2009.
 57. Seus TLC, Silveira DS, Tomasi E, et al. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: promoção da saúde, atividade física e doenças crônicas no Brasil - inquérito nacional PMAQ 2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2019 [acesso em 2024 abr 20]; 28(2):e2018308. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742019000200009>.

58. Cillekens B, Huysmans MA, Holtermann A, et al. Physical activity at work may not be health enhancing. A systematic review with meta-analysis on the association between occupational physical activity and cardiovascular disease mortality covering 23 studies with 655.892 participants. *Scand J Work Environ Health*. 2022 [acesso em 2024 abr 20]; 48(2):86-98. Disponível em: <https://doi.org/10.5271/sjweh.3993>.
59. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde - 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal, Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.
60. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Vigilatel Brasil 2006-2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de prática de atividade física nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal entre 2006 e 2021: prática de atividade física*. Brasília, DF: MS; 2022.
61. Carvalho FFB, Nogueira JAD. Práticas corporais e atividades físicas na perspectiva da Promoção da Saúde na Atenção Básica. *Ciênc. saúde coletiva*. 2016 [acesso em 2024 abr 20]; 21(6):1829-38. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.07482016>.
62. Carvalho FFB, Vieira LA. Práticas corporais e atividades físicas como política pública de saúde: desafios para avançar na atenção primária do Sistema Único de Saúde no período de 2023 a 2026. *RPP*. 2023 [acesso em 2024 abr 20]; 26:e75847. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/rpp.v26.75847>.
63. Knuth AG, Malta DC, Cruz DK, et al. Rede nacional de atividade física do Ministério da Saúde: resultados e estratégias avaliativas. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2010 [acesso em 2024 abr 20]; 15(4):229-233. Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFAS/article/view/730>.
64. Malta D, Silva M, Albuquerque G, et al. Política Nacional de Promoção da Saúde, descrição da implementação do eixo atividade física e práticas corporais, 2006 a 2014. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2014 [acesso em 2024 abr 20]; 19(3):286. Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFAS/article/view/3427>.
65. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*. 3 Out 2017. [acesso em 2024 abr 20]. Disponível em: https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria_Consolidacao_5_28_SETEMBRO_2017.pdf.
66. Vieira LA, Carvalho FFB. As práticas corporais e atividades físicas nos 15 anos da política nacional de promoção da saúde: a defesa da equidade em um contexto de austeridade. *RPP*. 2021 [acesso em 2024 abr 20]; 24:e68737. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/rpp.v24.68737>.
67. Guerra PH, Andrade DR, Loch MR. Promoção das Práticas Corporais/ Atividade Física nos programas de governos presidenciais do Brasil (2018): diferentes caminhos, diferentes intencionalidades. *Physis*. 2021 [acesso em 2024 abr 20]; 31(3):e310322. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310322>.
68. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 1.105, de 15 de maio de 2022. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir o incentivo financeiro federal de custeio, destinado à implementação de ações de atividade física na Atenção Primária à Saúde (APS). *Diário Oficial da União*. 17 Maio 2022.
69. Carvalho FFB, Sposito LAC, Rodrigues PAF, et al. Promoção das práticas corporais e atividades físicas no Sistema Único de Saúde: mudanças à vista, mas em qual direção? *Cad. Saúde Pública*. 2022 [acesso em 2024 abr 20]; 38(8):e00095722. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT095722>.
70. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Relatório de Cadastros Vinculados. [acesso em 2023 jun 7]. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/paginas/>

acessoRestrito/relatorio/federal/indicadores/indicadorCadastro.xhtml.

71. Brasil. Câmara dos Deputados. Núcleo de Saúde da Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira. Nota Técnica nº 014, de 2012. Análise das principais inovações trazidas pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamentou a Emenda Constitucional nº 29, de 2000. Brasília, DF: CONOF; CD; 2012.
72. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral de Promoção da Atividade Física e Ações Intersetoriais: gestão da atividade física no Ministério da Saúde do Brasil. Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde. 2022; 27:1-4.
73. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota técnica nº 76/2022 - CGPRO-AF/DEPROS/SAPS/MS. Esclarecimentos aos gestores estaduais, distritais e municipais a respeito da possibilidade de mudança de finalidade dos polos do Programa Academia da Saúde. Brasília, DF: MS; 2022.
74. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde investe mais de R\$ 57 milhões no incentivo à atividade física; conheça as ações. Notícias: Balanço 2022. 2022 dez 20. [acesso em 2023 jun 13]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/dezembro/ministerio-da-saude-investe-mais-de-r-57-milhoes-no-incentivo-a-atividade-fisica-conheca-as-acoas>.
75. Brasil. Ministério da Saúde. Informação e Gestão da Atenção Básica (e-Gestor AB). Financiamento APS. [acesso em 2023 jun 13]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/gestaoaps/relFinanciamentoParcela.xhtml>.

Recebido em 29/08/2023
Aprovado em 26/03/2024
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato

Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice: atualização e validação de conteúdo

Palmore-Neri-Cachioni Questionnaire on Basic Knowledge about Old Age: Update and content validation

Mayra Marcela Ribeiro Simião¹, Tábatta Renata Pereira de Brito¹, Helen Hermana Miranda Hermsdorff², Meire Cachioni³, Fernanda de Carvalho Vidigal¹

DOI: 10.1590/2358-289820241418892P

RESUMO O objetivo do estudo foi atualizar e avaliar a validade de conteúdo do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice. A atualização contou com três especialistas em gerontologia. Realizou-se duas rodadas de validação de conteúdo. Utilizou-se o Índice de Validade de Conteúdo a nível de item, traduzido pelo Kappa modificado e a Razão de Validade de Conteúdo, adotando pontuações $\geq 0,78$, $0,74$ e $1,00$, respectivamente. A validade de conteúdo global foi avaliada pelo Índice de Validade de Conteúdo a nível de escala de acordo com a média, assumindo ponto de corte de $0,90$. Uma reunião com a autora da versão brasileira foi realizada para esclarecimentos. O estudo piloto foi conduzido com indivíduos da população alvo e avaliado pela taxa de concordância, com ponto de corte 80% . Atualizou-se as respostas de sete itens, 14 itens foram revisados e após a segunda rodada, a validade geral do instrumento foi de $0,96$. Quatro itens e a instrução foram discutidos com a autora. O estudo piloto contou com 34 respondentes e alcançou satisfatoriedade. Foi possível obter o Questionário Palmore-Neri-Cachioni | Atualizado e Revisado (2022) que evidenciou validade de conteúdo e de face quando aplicado a uma amostra de profissionais e gestores de saúde.

PALAVRAS-CHAVE Estudo de validação. Gestor de saúde. Pessoal de saúde. Envelhecimento. Longevidade.

ABSTRACT *The aim of the study was to update and assess the content validity of the Palmore-Neri-Cachioni Questionnaire on Basic Knowledge of Old Age. Three gerontology specialists were involved in the update. Two rounds of content validation were carried out. The Content Validity Index at item level was used, translated by the modified Kappa and the Content Validity Ratio, adopting scores ≥ 0.78 , 0.74 and 1.00 , respectively. Overall content validity was assessed by the Content Validity Index at scale level according to the mean, assuming a cut-off point of 0.90 . A meeting was held with the author of the Brazilian version for clarification. The pilot study was conducted with individuals from the target population and assessed by the agreement rate, with a cut-off point of 80% . The answers to seven items were updated, 14 items were revised and after the second round, the overall validity of the instrument was 0.96 . Four items and the instruction were discussed with the author. The pilot study had 34 respondents and was satisfactory. It was possible to obtain the Palmore-Neri-Cachioni Questionnaire | Updated and Revised (2022), which showed content and face validity when applied to a sample of health professionals and managers.*

KEYWORDS *Validation study. Health manager. Health personnel. Aging. Longevity*

¹Universidade Federal de Alfenas (Unifal-MG) - Alfenas (MG), Brasil.
mayramarcelasimiao@gmail.com

²Universidade Federal de Viçosa (UFV) - Viçosa (MG), Brasil.

³Universidade de São Paulo (USP) - São Paulo (SP), Brasil.



Introdução

O envelhecimento populacional tem ocorrido aceleradamente no Brasil¹, mas não tem sido acompanhado pela expectativa de vida saudável², o que pode estar relacionado ao incremento da morbidade associada ao envelhecimento³. Tal fato explica a maior utilização dos serviços de saúde pela população idosa, que necessita de um cuidado continuado e longitudinal⁴.

Nesse sentido, é essencial a reorganização dos serviços de saúde⁵, destacando-se a Atenção Primária à Saúde (APS), nível assistencial de saúde prioritário para as pessoas idosas⁶, apropriado para solucionar a maioria das questões de saúde desses indivíduos⁷, podendo contribuir para a promoção de um envelhecimento saudável.

À vista disso, evidenciam-se dois importantes atores: os profissionais e os gestores de saúde. Os profissionais de saúde devem ter conhecimento dos aspectos teóricos de cunho biológico, psicológico, social e cultural do envelhecimento⁸, assim como os gestores, que devem promover educação permanente aos profissionais, garantir a utilização de todos os serviços de saúde necessários, além de implementar as políticas públicas voltadas ao envelhecimento⁹.

Portanto, a avaliação de conhecimentos gerontológicos no contexto da APS é um importante objeto de investigação. Além disso, a maioria dos instrumentos relacionados ao envelhecimento aborda questões atitudinais¹⁰ e são escassos aqueles que avaliam exclusivamente conhecimentos. Nessa perspectiva, dentre os instrumentos para avaliação de conhecimentos gerontológicos, destaca-se o Questionário de Palmore¹⁰, o Facts on Aging Quiz, um instrumento edumétrico¹¹⁻¹³ elaborado apenas com itens fatuais e que podem ser respaldados pela literatura, com o intuito de identificar os principais equívocos e fatos básicos sobre o envelhecimento^{10,14}.

O instrumento apresenta 25 itens que cobrem quatro aspectos do envelhecimento (físico, cognitivo, psicológico e social) e

originalmente as opções de resposta eram do tipo verdadeiro ou falso¹⁰. Contudo, em 1996, este foi revisado para o formato múltipla escolha a fim de resolver o acerto por adivinhação, no qual determinou-se um gradiente de preconceito para as alternativas incorretas de cada item¹⁵.

No Brasil, em 2002, o Facts on Aging Quiz revisado foi traduzido para o português e adaptado, descartando-se a ideia de níveis de preconceito. A autora realizou uma validação de conteúdo e teste de confiabilidade, com resultados satisfatórios. Nomeado como Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice¹⁴, é amplamente utilizado em estudos brasileiros e em diferentes contextos¹⁶⁻²⁰.

Entretanto, devido ao seu caráter edumétrico e as respostas pautadas na literatura, o questionário precisa de atualizações periódicas^{10,13}. Consequentemente, novas avaliações da validade de conteúdo podem ser necessárias, pois modifica-se com o tempo e com alterações na dinâmica curricular/educacional que busca representar²¹. Desse modo, o Questionário Palmore-Neri-Cachioni se encontrava desatualizado. Assim, a obtenção de um instrumento para avaliação de conhecimentos gerais gerontológicos atualizado e validado constitui uma lacuna a ser preenchida. Logo, o objetivo do estudo foi atualizar o Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice e avaliar a validade de conteúdo, incluindo a de face da versão atualizada, considerando uma amostra de profissionais e gestores de saúde da APS.

Material e métodos

Desenho e período do estudo

Trata-se de um estudo metodológico conduzido em três etapas: atualização do Questionário Palmore-Neri-Cachioni, validação de conteúdo e estudo piloto. O período de execução

se deu de março a setembro de 2022 e foi realizado on-line.

Instrumento: Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice

O instrumento contém 25 itens que abarcam 4 domínios do envelhecimento (físico, cognitivo, psicológico e social). A análise do escore é dada pela média aritmética e/ou pela taxa de acertos total e por domínios¹⁴. A pontuação total é de 25 pontos, mas, devido a alguns itens abarcarem mais de um domínio, estes pontuam uma vez para cada domínio, de forma que a pontuação na avaliação por domínios é de 30 pontos²². Não há pontos de corte ou classificação do escore. Sua interpretação parte do pressuposto que quanto maior a pontuação, maior o conhecimento.

Procedimentos-análise dos dados

ETAPA 1: ATUALIZAÇÃO DAS RESPOSTAS DO QUESTIONÁRIO PALMORE-NERI-CACHIONI

Foram selecionados, por indicação, profissionais de saúde experientes em geriatria/gerontologia. Verificou-se a adequação aos critérios de seleção (graduação na área da saúde; publicação de artigos científicos; envolvimento atual e pesquisa na área gerontológica).

Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), solicitou-se a indicação dos itens desatualizados, qual seria a resposta considerada correta (atualizada) e a bibliografia atualizada e adequada ao contexto brasileiro, de respaldo. As sugestões foram analisadas e definidas pelo comitê de avaliação formado pelas pesquisadoras e então incorporadas ao instrumento.

ETAPA 2: VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

O instrumento atualizado foi avaliado por um comitê de especialistas em geriatria/

gerontologia, que pesquisavam e publicavam sobre o tema e que atuaram anteriormente como juízes em validação de conteúdo. Estes foram selecionados mediante consulta nos sites eletrônicos dos programas de pós-graduação em gerontologia das universidades brasileiras.

A literatura em geral recomenda 5 a 10 juízes²³. Assim, convidou-se via e-mail 29 profissionais. Receberam o TCLE para assinatura e, após isso, a carta explicativa com os objetivos do estudo, motivo de escolha do profissional, origem e especificidades do instrumento, formato das respostas, orientações acerca do procedimento de validação de conteúdo^{23,24}, bem como o instrumento atualizado e o formulário avaliativo. Entretanto, apenas cinco especialistas retornaram a avaliação, tendo o estudo seguido com os mesmos.

Os juízes avaliaram quantitativamente os domínios do instrumento quanto à abrangência, o instrumento como um todo e características (título, formato, instruções, escore dos domínios e total) quanto à clareza e os itens quanto à clareza e à representatividade, por uma escala do tipo Likert de 4 pontos^{23,24}.

Posteriormente, a análise da avaliação quantitativa se deu pelo Índice de Validade de Conteúdo a nível de item (I-IVC)²⁵ traduzido por uma estatística Kappa modificada (k^*), que ajusta a concordância ao acaso, limitação do IVC, conforme Polit, Beck, Owen²⁶ para os domínios e características. Quanto aos itens, também utilizou-se a Razão de Validade de Conteúdo (RVC)^{27,28}.

Deste modo, os pontos de corte foram: > 0,78 para IVC e 0,74 para k^* ²⁶, e, para RVC, o ponto de corte foi 1,0, pois além do ajuste casual, ajusta a concordância ao número de juízes²⁸.

Também calculou-se o Índice de Validade de Conteúdo a nível de escala de acordo com a média (S-IVC/Ave) para clareza e representatividade, adotando o ponto de corte de 0,90^{25,26}. Assim, os domínios e características inadequados foram revisados²⁶. Quanto aos itens, na presença de inadequação em pelo menos um índice (IVC/ k^* ou RVC), para

quaisquer dos atributos avaliados, os mesmos foram revisados. Os dados foram analisados no Microsoft Excel 2016.

Para a avaliação qualitativa, os comentários dos juízes foram analisados pelo comitê avaliativo para subsidiar a revisão nos itens, domínios e características inadequados, que em seguida foram submetidos à reavaliação. Após isso, realizou-se uma reunião on-line com a autora do instrumento para definição dos pontos inconclusivos.

ETAPA 3: ESTUDO PILOTO

Um estudo piloto foi conduzido para verificar a validade de face, ou seja, a compreensão do instrumento pelo público-alvo²⁹. Assim, o questionário atualizado e validado quanto ao conteúdo foi preenchido e avaliado, através do Google Formulários, por uma amostra de profissionais e gestores de saúde da APS em Minas Gerais. Todos os participantes declararam a concordância com o TCLE.

Para isso, adaptou-se o questionário de avaliação da praticabilidade de Coluci e Alexandre³⁰. A praticabilidade foi determinada pela taxa de concordância, considerando-se o ponto de corte de 80%, ao somar as respostas 4 e 5 da escala Likert de cada pergunta^{23,31}. Os dados foram analisados no Microsoft Excel 2016. Após essas etapas, foi possível obter a versão do instrumento, resultante desse estudo.

Aspecto ético do estudo

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Alfenas (CAAE: 43590621.4.2001.5142), parecer nº 5.600.376 e seguiu as normas estabelecidas pelas resoluções nº 466/2012³² e nº 510/2016³³ do Conselho Nacional de Saúde. A autora do instrumento na sua versão traduzida e adaptada ao contexto brasileiro concedeu anuência para realização do estudo.

Resultados

Na etapa de atualização, participaram três profissionais, na faixa etária de 25 a 65 anos de idade, sendo a maioria do sexo masculino (n = 2). Um profissional era bacharel em Gerontologia (n = 1) e os demais, enfermeiros (n = 2). Dois profissionais eram doutores e um, mestrando. Um profissional era especialista em Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG).

Os profissionais apontaram a sugestão de atualização das respostas de seis itens do questionário. Entretanto, após deliberação e análise criteriosa de tais sugestões e das referências bibliográficas indicadas, o comitê avaliativo determinou a atualização nas respostas de sete itens (1, 3, 11, 18, 19, 20 e 21), conforme o *quadro 1*.

Quadro 1. Relação da atualização das respostas dos itens do Questionário Paltmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022

Item	Status	Resposta correta
1. A proporção de pessoas de mais de 65 anos que apresentam problemas cognitivos severos é:	Atualizada*	Versão original: 1 em 10 Versão atualizada: Entre 2 e 30% ³⁴
2. Os sentidos que tendem ao enfraquecimento na velhice são:	Mantida	Todos os sentidos
3. A maioria dos casais acima de 65 anos:	Atualizada	Versão original: Perdem o interesse por sexo Versão atualizada: Mantém o interesse por sexo, mas pode ocorrer baixa frequência de atividade sexual ^{35,36}

Quadro 1. Relação da atualização das respostas dos itens do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022

Item	Status	Resposta correta
4. A capacidade pulmonar nos idosos saudáveis:	Mantida	Tende a declinar
5. A satisfação com a vida entre idosos:	Mantida	Tende a ser maior do que entre os jovens
6. A força física em idosos saudáveis:	Mantida	Tende a declinar com a idade
7. A proporção de brasileiros de mais de 65 anos que residem em asilos e casas de repouso é de:	Mantida*	1 para 100
8. O número de acidentes em motoristas com mais de 65 anos, em comparação com os de 30 a 40 anos	Mantida*	Menor
9. Em comparação com os trabalhadores de 25 a 35 anos, os de 50 a 60 anos apresentam:	Mantida	Depende do tipo de trabalho
10. A proporção de pessoas de 60 a 70 anos que se mantêm ativas é:	Mantida	Grande
11. A flexibilidade para adaptar-se a mudanças entre pessoas de 60 a 70 anos é:	Atualizada	Versão original: Pequena Versão atualizada: Depende das circunstâncias enfrentadas ao longo da vida ³⁷
12. Em comparação com os jovens, a capacidade de aprender de pessoas de 60 a 70 anos é:	Mantida	Menor
13. Em comparação com os jovens, os velhos têm a seguinte propensão à depressão:	Mantida	Maior
14. Em comparação com os jovens, a velocidade de reação das pessoas de 60 a 70 anos é:	Mantida	Menor
15. Em comparação com os jovens, os velhos:	Mantida	Valorizam mais as amizades chegadas/próximas
16. Em comparação com os jovens, os velhos são:	Mantida	Não depende de idade
17. A proporção de pessoas de 60 a 70 anos que vivem sozinhas é:	Mantida*	Pequena
18. A taxa de acidentes de trabalho entre adultos mais velhos tende a ser:	Atualizada*	Versão original: Depende do tipo de tarefa Versão atualizada: Menor ³⁸
19. A porcentagem de brasileiros acima de 60 anos é:	Atualizada*	Versão original: 8,20% Versão atualizada: 15% ^{39,40}
20. No sistema público de saúde o tratamento dos idosos em comparação com os jovens tem prioridade:	Atualizada*	Versão original: Menor Versão Atualizada: Maior ^{41,42}
21. A maioria dos idosos brasileiros tem rendimento mensal de:	Atualizada	Versão original: Até 1 salário mínimo Versão atualizada: Até 2 salários mínimos ⁴³
22. A maioria dos idosos são:	Mantida	Socialmente produtivos e economicamente inativos
23. A religiosidade tende a:	Mantida	Crescer com a idade
24. Com a idade, a maioria dos idosos:	Mantida	Torna-se emocionalmente mais seletiva
25. Em comparação com as velhas gerações, as próximas gerações de idosos serão:	Mantida*	Mais escolarizadas

Fonte: elaboração própria.

*Item com pequenas melhorias em seu enunciado.

Além disso, oito itens tiveram melhorias em seus enunciados (*quadro 1*): no item 1, ‘problemas cognitivos severos’ foi alterado

para ‘demência’; no item 7, ‘asilos e casas de repouso’ foi substituído por ‘Instituições de Longa Permanência para Idosos (Ilpis)’; no

item 8, o termo ‘em’ foi alterado para ‘envolvendo’; no item 17, acrescentou-se o termo ‘no Brasil’; no item 18, acrescentou-se o termo ‘em relação aos jovens’; no item 19, acrescentou-se o termo ‘é cerca de’; no item 20, retirou-se o termo ‘em comparação com os jovens’ e no item 25 o termo ‘velhas gerações’ foi substituído por ‘gerações passadas’.

Padronizou-se o termo ‘idoso’ para se referir à pessoa com 60 anos de idade em detrimento dos termos ‘velho’ e ‘velhice’.

Já a etapa de validação de conteúdo contou com cinco profissionais do sexo feminino, na faixa etária de 30 a 55 anos de idade. A formação foi enfermagem (n = 1), psicologia (n = 1), farmácia-bioquímica (n = 1), fisioterapia (n = 1)

e assistência social (n = 1). Todas eram doutoras e atuavam na área gerontológica em âmbito acadêmico (n = 5). Ainda, duas profissionais eram especialistas em gerontologia pela SBBG. Todas (n = 5) relataram atuação prévia como membro de comitê de juízes.

Quanto à avaliação dos domínios, todos tiveram adequação com 100% de concordância entre as juízas. Todas as características do instrumento estavam adequadas onde apenas o título e a instrução não tiveram pontuação máxima, obtendo 0,78 e 0,76 pontos para IVC/k*.

Dos 25 itens, 14 não alcançaram adequação, conforme apresentado na *tabela 1* e foram, portanto, revisados.

Tabela 1. Análise quantitativa da rodada inicial de validade de conteúdo dos itens do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice atualizado, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022

Item	Clareza		Representatividade		Clareza	Representatividade	Classificação
	I-IVC	k *	I-IVC	k *	RVC	RVC	
01	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	Manter
02	0,60	...	1,00	1,00	0,20	1,00	Revisar
03	0,80	0,76	1,00	1,00	0,60	1,00	Revisar
04	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	Manter
05	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	Manter
06	0,80	0,76	0,80	0,76	0,60	0,60	Revisar
07	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	Manter
08	1,00	1,00	0,80	0,76	1,00	0,60	Revisar
09	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	Manter
10	0,60	...	1,00	1,00	0,20	1,00	Revisar
11	1,00	1,00	0,80	0,76	1,00	0,60	Revisar
12	0,60	...	0,60	...	0,20	0,20	Revisar
13	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	Manter
14	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	Manter
15	0,80	0,76	1,00	1,00	0,60	1,00	Revisar
16	0,60	...	0,80	0,76	0,20	0,60	Revisar
17	0,60	...	1,00	1,00	0,20	1,00	Revisar
18	0,80	0,76	0,60	...	0,60	0,20	Revisar
19	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	Manter
20	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	Manter
21	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	Manter
22	0,80	0,76	0,60	...	0,60	0,20	Revisar

Tabela 1. Análise quantitativa da rodada inicial de validade de conteúdo dos itens do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice atualizado, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022

Item	Clareza		Representatividade		Clareza	Representatividade	Classificação
	I-IVC	k *	I-IVC	k *	RVC	RVC	
23	1,00	1,00	0,80	0,76	1,00	0,60	Revisar
24	0,60	...	0,80	0,76	0,20	0,60	Revisar
25	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	Manter

Fonte: elaboração própria.

I-IVC: Índice de Validade de Conteúdo no nível de item;

k *: Kappa modificado;

RVC: Razão de Validade de Conteúdo;

'...': valor não disponível em Polit, Beck, Owen²⁶.

O atributo clareza obteve a maior parte das inadequações, sendo confirmado pelos comentários das juízas e pelo resultado do S-IV/Ave, em que somente a 'representatividade' alcançou adequação, com 0,90, enquanto a clareza pontuou 0,86.

Majoritariamente a falta de clareza advinha dos enunciados incompletos, como no item 16: 'Em comparação com os jovens, os idosos são' que após revisão, passou a abordar: 'No que diz respeito às questões emocionais, as pessoas idosas em comparação com os jovens, são'.

Ademais, os itens 4, 5, 7, 13, 14, 20, 21 e 25 apresentaram melhorias, mas, por não sofrerem alteração no seu conteúdo e estarem adequadas quantitativamente, não foram reavaliados. Seguindo as sugestões, substituiu-se o termo 'idoso' para 'pessoas idosas'⁴⁴ e a idade

referente a pessoas idosas foi padronizada para '60 anos'^{41,42}, conforme legislação brasileira.

Para a reavaliação do instrumento, uma nova especialista foi convidada, pois uma das cinco juízas da rodada anterior não retornou o contato. A escolha atendeu aos critérios de inclusão estabelecidos, garantindo o quantitativo mínimo exigido para o painel de especialistas.

Assim, esta aconteceu para os 14 itens revisados; para o título, devido a um acréscimo a fim de distinção da versão de 2002 e; para a instrução, que mesmo adequada quantitativamente, apresentou uma sugestão de alteração cujas pesquisadoras consideraram pertinente um novo julgamento. Com isso, após análise da avaliação das juízas, 04 itens ainda permaneceram sem consenso, conforme apresentado na *tabela 2*.

Tabela 2. Análise quantitativa da reavaliação da validade de conteúdo dos itens do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice atualizado, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022

Itens	Clareza		Representatividade		Clareza	Representatividade	Classificação
	I-IVC	k *	I-IVC	k *	RVC	RVC	
02	0,80	0,76	1,00	1,00	1,00	1,00	Manter
03	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	Manter
06	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	Manter
08	1,00	1,00	0,80	0,76	1,00	0,60	Revisar
10	0,80	0,76	1,00	1,00	0,60	1,00	Revisar
11	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	Manter
12	0,80	0,76	0,80	0,76	0,60	0,60	Revisar

Tabela 2. Análise quantitativa da reavaliação da validade de conteúdo dos itens do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice atualizado, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022

Itens	Clareza		Representatividade		RVC	RVC	Classificação
	I-IVC	k *	I-IVC	k *			
15	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	Manter
16	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	Manter
17	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	Manter
18	1,00	1,00	0,80	0,76	1,00	0,60	Revisar
22	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	Manter
23	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	Manter
24	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	Manter

Fonte: elaboração própria.

I-IVC: Índice de Validade de Conteúdo no nível de item;

k *: Kappa modificado;

RVC: Razão de Validade de Conteúdo.

O título alcançou pontuação máxima para I-IVC/k*, sendo definido como: Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice – Atualizado e Revisado (2022). A instrução: ‘Assinale a alternativa correta em cada questão’, também alcançou pontuações máximas de I-IVC/k*, contudo, recebeu uma sugestão de alteração, pois uma das juízas acreditava que existiam itens com mais de uma resposta correta.

Novamente foi tomado o S-IVC/Ave para verificar o efeito das revisões nos itens, em que clareza e representatividade alcançaram 0,96 pontos, portanto, adequados, refletindo a efetividade das alterações. No entanto, devido à falta de consenso nos itens 8, 10, 12 e 18 e à instrução, realizou-se uma reunião com a autora.

Os itens 08 e 18 receberam a indicação de migrarem para o domínio físico, mas permaneceram no domínio cognitivo, considerando a opinião da autora e os objetivos do estudo.

O item 10 passou a abordar o conceito ampliado de envelhecimento ativo da Organização Mundial da Saúde (OMS), que considera 4 pilares: saúde, aprendizagem ao longo da vida, participação e segurança/proteção⁴⁵.

O item 12, em que a ‘capacidade de aprender’ fora substituído por ‘memória’, após a rodada inicial de avaliação pelos especialistas, foi alterado para ‘velocidade de processamento da

informação’, baseado no paradigma Lifespan, pois, segundo a autora, ‘memória’ não era o que o item buscava medir originalmente.

Finalmente a instrução fora definida como: ‘Assinale a alternativa que você considera correta em cada questão’.

Quanto à etapa de estudo piloto, participaram 34 indivíduos, sendo a maioria do sexo feminino (n = 29; 85,3%), na faixa etária de 20 a 60 anos de idade, distribuídos entre 64,7% (n = 22) profissionais de saúde e 35,3% (n = 12) gestores. A área de formação de 70% dos 10 gestores que tinham ensino superior completo era enfermagem (n = 7) e de 45,5% (n = 10) dos profissionais de saúde era nutrição. Em relação aos gestores, 58,3% (n = 7) eram coordenadores da APS.

Ainda, 75,0% (n = 9) dos gestores atuavam na Secretaria Municipal de Saúde e 95,5% (n = 21) dos profissionais atuavam em Unidades Básicas de Saúde (UBS). 67,7% (n = 23) da amostra eram vinculados a equipes de Saúde da Família (eSF) ou a equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (Nasf).

Na avaliação da praticabilidade, a instrução obteve 88,2% de concordância, a compreensibilidade das questões e a facilidade de assinalar as respostas obtiveram 85,3% de concordância, sendo o instrumento considerado adequado e compreensível ao público-alvo.

Como não houve comentário, não foi necessária alteração no instrumento, tendo então sido finalizada a validação de conteúdo, incluindo a validade de face. A versão atualizada e revisada, resultante deste estudo, encontra-se no *quadro 2*.

Quadro 2. Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice –Atualizado e Revisado (2022), Alfenas, Minas Gerais, 2022

Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice – Atualizado e Revisado (2022)

INSTRUÇÃO: Assinale a alternativa que você considera correta em cada questão.

1. A proporção de pessoas acima de 60 anos que apresentam demência é:
 - a) menor que 1%
 - b) entre 2 e 30% *
 - c) entre 40 e 70%
 - d) maior que 80%Cognitivo
 2. Os sentidos que tendem a sofrer declínio nas pessoas idosas são:
 - a) somente a visão e a audição
 - b) somente o paladar e o olfato
 - c) somente a visão, a audição e o tato
 - d) todos os sentidos*Físico
 3. No que diz respeito à vida sexual de pessoas a partir de 60 anos, a maioria:
 - a) mantém o interesse por sexo, mas pode ocorrer baixa frequência de atividade sexual*
 - b) não é capaz de ter relações sexuais
 - c) mantém o interesse por sexo e tem alta frequência de atividade sexual
 - d) perde o interesse por sexo e tem baixa frequência de atividade sexualFísico/ psicológico
 4. Considerando as alterações do processo natural do envelhecimento, a capacidade pulmonar nas pessoas idosas:
 - a) tende a declinar *
 - b) tende a manter-se
 - c) tende a melhorar
 - d) não tem relação com a idadeFísico
 5. A satisfação com a vida entre as pessoas idosas:
 - a) não existe
 - b) tende a ser maior do que entre os jovens *
 - c) tende a ser menor do que entre os jovens
 - d) não tem relação com a idadePsicológico
 6. Considerando as alterações do processo natural do envelhecimento, a força física nas pessoas idosas:
 - a) tende a declinar *
 - b) tende a manter-se
 - c) tende a aumentar
 - d) não tem relação com idadeFísico
 7. A proporção de brasileiros com mais de 60 anos que residem em Instituições de Longa Permanência (Ilpis) é:
 - a) 1 para 100 *
 - b) 10 para 100
 - c) 25 para 100
 - d) 50 para 100Social
-

Quadro 2. Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice –Atualizado e Revisado (2022), Alfenas, Minas Gerais, 2022

Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice – Atualizado e Revisado (2022)

INSTRUÇÃO: Assinale a alternativa que você considera correta em cada questão.

8. O número de acidentes envolvendo motoristas com mais de 60 anos, em comparação com motoristas mais jovens é:

- a) maior
 - b) o mesmo
 - c) menor *
 - d) desconhecido
- Físico

9. Em comparação com os trabalhadores de 25 a 35 anos, os de 50 a 60 anos apresentam:

- a) maior eficiência
 - b) a mesma eficiência
 - c) menor eficiência
 - d) depende do tipo de trabalho *
- Físico/cognitivo

10. O envelhecimento ativo abrange quatro pilares: saúde; aprendizagem ao longo da vida; participação e segurança/proteção, e não somente a capacidade de estar fisicamente ativo. Assim, considerando estes pilares, a proporção de pessoas de 60 a 70 anos que se mantém ativas é:

- a) pequena
 - b) média
 - c) grande *
 - d) não tem relação com a idade
- Psicológico/social/físico

11. A flexibilidade para adaptar-se a mudanças entre pessoas idosas:

- a) depende das circunstâncias enfrentadas ao longo da vida *
 - b) tende a diminuir
 - c) tende a manter-se
 - d) tende a aumentar
- Psicológico

12. Em comparação com os jovens, a velocidade de processamento da informação de pessoas idosas:

- a) tende a declinar *
 - b) tende a manter-se
 - c) tende a aumentar
 - d) não tem relação com a idade
- Cognitivo

13. Em comparação com os jovens, as pessoas idosas têm a seguinte propensão à depressão:

- a) maior *
 - b) menor
 - c) igual
 - d) não tem relação com a idade
- Psicológico

14. Em comparação com os jovens, a velocidade de reação, caracterizada como o intervalo de tempo entre o início do estímulo e o começo da resposta voluntária, das pessoas de 60 a 70 anos é:

- a) menor *
 - b) igual
 - c) maior
 - d) não tem relação com a idade
- Físico

15. No que diz respeito às amizades, as pessoas idosas em comparação com os jovens:

- a) valorizam mais as amizades chegadas/próximas *
 - b) buscam mais fazer novos amigos
 - c) têm pouco interesse em amizades
 - d) as amizades não têm relação com a idade
- Psicológico/social
-

Quadro 2. Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice –Atualizado e Revisado (2022), Alfenas, Minas Gerais, 2022

Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice – Atualizado e Revisado (2022)

INSTRUÇÃO: Assinale a alternativa que você considera correta em cada questão.

16. No que diz respeito às questões emocionais, as pessoas idosas em comparação com os jovens, são:

- a) mais emotivas
- b) menos emotivas
- c) igualmente emotivas
- d) as questões emocionais não têm relação com a idade *

Psicológico

17. A proporção de pessoas idosas que vivem sozinhas no Brasil é:

- a) menor que 25% *
- b) próxima a 50%
- c) acima de 70%
- d) não tem relação com a idade

Social

18. A taxa de acidentes de trabalho entre as pessoas idosas em relação aos jovens:

- a) tende a ser maior
- b) tende a ser igual
- c) tende a ser menor *
- d) não é conhecida, pois existem poucas pessoas idosas trabalhadoras

Físico

19. A porcentagem de brasileiros acima de 60 anos é cerca de:

- a) 7%
- b) 15%*
- c) 25%
- d) 30%

Social

20. No sistema público de saúde o atendimento das pessoas idosas tem prioridade:

- a) menor
- b) igual
- c) maior *
- d) não tem relação com a idade

Social

21. A maioria das pessoas idosas brasileiras tem rendimento mensal de:

- a) até 2 salários mínimos *
- b) 2 a 3 salários mínimos
- c) 3 a 5 salários mínimos
- d) 5 a 10 salários mínimos

Social

22. No que diz respeito ao trabalho, a maioria das pessoas idosas:

- a) mantém vínculo empregatício formal
- b) está trabalhando ou gostaria de estar trabalhando (incluindo trabalho doméstico ou voluntário) *
- c) está fazendo somente trabalho voluntário
- d) não se interessa pelo trabalho

Social

23. Em pessoas idosas, a crença religiosa e/ou espiritualidade:

- a) tende a aumentar com a idade *
- b) tende a diminuir com a idade
- c) tende a manter-se com a idade
- d) não tem relação com a idade

Psicológico

Quadro 2. Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice –Atualizado e Revisado (2022), Alfenas, Minas Gerais, 2022

Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice – Atualizado e Revisado (2022)

INSTRUÇÃO: Assinale a alternativa que você considera correta em cada questão.

24. No que diz respeito ao comportamento emocional, a maioria das pessoas idosas:

- a) busca relacionamentos que promovam *status* social e bem-estar emocional
- b) busca relacionamentos que promovam bem-estar social e emocional*
- c) busca relacionamentos que promovam popularidade e bem-estar emocional
- d) busca não se relacionar

Psicológico

25. Em comparação com as gerações passadas, as próximas gerações de pessoas idosas serão:

- a) mais escolarizadas*
- b) menos escolarizadas
- c) tão escolarizadas quanto
- d) não é possível prever

Social

Fonte: elaboração própria.

*Resposta considerada correta.

Discussão

O objeto de estudo foi o Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice, que se encontrava desatualizado. Assim, atualizaram-se os itens 01, 03, 11, 18, 19, 20 e 21. A rodada inicial da validação de conteúdo apresentou adequação para 11 itens, sendo necessária uma segunda rodada, em que ainda quatro itens não alcançaram consenso e foram definidos em reunião com a autora. Realizou-se o estudo piloto com uma amostra de profissionais e gestores de saúde atuantes na APS em Minas Gerais e o questionário apresentou evidência de validade de face.

As etapas do estudo objetivaram garantir que o questionário apresentasse itens cujas respostas fossem atualizadas de acordo com a literatura e adequadas ao contexto brasileiro, como a alteração da idade referente à pessoa idosa de 65 anos para 60 anos^{41,42}. A terminologia também foi considerada, visando a redução do estigma e combate ao idadismo, a discriminação devido à idade⁴⁶, como na substituição dos termos ‘velho/velhice/idoso’ por pessoa idosa⁴⁴. Essas modificações contribuíram para atestar a validade de face do instrumento pelo público-alvo.

Quanto a atualização, Vieira⁴⁷ atualizou os itens 01, 03, 19 e 20. As referências utilizadas diferiram daquelas que apoiaram nosso estudo, exceto para o item 20, cuja bibliografia foi a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, importante política com vistas à promoção do envelhecimento saudável baseado nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)⁴². Outro estudo, de 2018, atualizou os itens 19 e 22, não sendo disponibilizadas as referências²⁰. Desse modo, o presente estudo se destaca dos acima citados devido ao maior número de itens atualizados, visto que é mais recente e utiliza uma metodologia criteriosa, já que foram consideradas os apontamentos de três profissionais com profundo conhecimento sobre gerontologia, além de contar com uma etapa de deliberação pelas pesquisadoras para verificação cuidadosa de cada sugestão.

Quanto à validação, estudos internacionais que adaptaram o instrumento original de Palmore¹⁰ também procederam com a validação de conteúdo^{48,49}. Já no Brasil, nosso estudo é pioneiro na validação de conteúdo da versão atualizada.

Ainda, nosso estudo seguiu as recomendações da literatura²³. Embora a maioria indique 5 a 20 juízes^{24,25,50}, existem trabalhos

realizados com números superiores⁵¹, de acordo com recomendações recentes^{52,53}. Entretanto, apenas cinco de um total de 29 profissionais convidados participaram da presente pesquisa, o que evidencia a dificuldade em adotar um painel extenso de juízes. Esse impasse também foi descrito por Dias et al.⁵⁴ que contou com cinco dos 40 profissionais convidados. Tendo em vista isso, o uso de estratégias que assegurem a qualidade da avaliação deve ser considerado, como a utilização do RVC, pois adequa a concordância ao número de juízes⁵⁵, em que quanto menor o número de juízes, mais rígido é o ponto de corte para permanência do item, e considera um painel que varia de 1 até 40 sujeitos²⁸.

Quanto à análise quantitativa dos itens pelo IVC traduzido pelo k^* e o RVC, observa-se que a combinação de índices é recorrente em estudos de validação de conteúdo^{54,56-61}. Nosso estudo foi executado em duas fases de avaliação pelos juízes, seguindo o que recomendam Polit, Beck, Owen²⁶, pois em caso de alterações substanciais nos itens, estes devem ser reavaliados para garantia da validade de seu conteúdo.

Qualitativamente, a maioria dos comentários foram relativos à clareza dos itens, revelando que apesar disso, estes eram relevantes para o conceito abordado e para o domínio designado. Todavia, para evitar esses problemas, os pesquisadores que se propõem a construir instrumentos de medidas devem se atentar aos critérios descritos na literatura que asseguram o correto desenvolvimento dos itens⁶². Ainda, ressalta-se que no estudo atual não foram executadas inclusões e exclusões de itens, pois esses só são realizados com segurança mediante a outras análises, como a análise fatorial confirmatória⁶³, que não contemplavam os objetivos deste estudo.

Como pontos fortes, o estudo apresenta a atualização das respostas do questionário que foi feita rigorosamente, considerando a literatura pertinente e adequada ao contexto brasileiro e contando com a expertise de profissionais da área. Também a avaliação

da validade de conteúdo, incluindo a de face, que foi realizada rigorosamente, utilizando-se do IVC e RVC^{24,25,28,55}, garantindo que o instrumento apresente itens claros e representativos para o construto avaliado e compreensíveis pela população a que se destina.

Este estudo apresenta como limitação a avaliação exclusiva da validade de conteúdo da versão atualizada do questionário, pois é subjetiva e pode refletir avaliações tendenciosas, equivocadas e insuficientes dos juízes^{26,64}. Para minorar esses vieses, foram adotados critérios rigorosos para a escolha dos profissionais, avaliando seu conhecimento prático e científico sobre a temática mediante a consulta do currículo Lattes, além de verificar a atuação prévia em avaliações de validade de conteúdo e conhecimento sobre os procedimentos de construção e adaptação de instrumentos. Também os autores devem tomar as devidas providências ao identificarem avaliações extremas e incoerentes²⁶. Além disso, a interação com a autora do instrumento, como realizado no presente estudo, é uma forma de proteção para que o conteúdo do instrumento não se distancie de sua essência.

Considerações finais

Foi possível obter o Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice – Atualizado e Revisado (2022), que apresentou evidência de validade de conteúdo e de face, considerando-se uma amostra de profissionais e gestores de saúde da APS.

Sua aplicabilidade está na identificação do nível de conhecimento de profissionais e gestores de saúde em relação ao envelhecimento, podendo fomentar discussões sobre mudanças na formação e dinâmica curricular dos cursos e para que os gestores se mobilizem na oferta adequada de educação permanente aos profissionais de saúde. Indica-se a aplicação deste instrumento principalmente em contextos

similares ao de nosso estudo, devendo-se ter cautela ao extrapolar o uso do instrumento em cenários muito distintos.

Acerca das recomendações para trabalhos futuros, recomenda-se que avaliem as demais evidências de validade e confiabilidade do Questionário Paltmore-NeriCachioni – Atualizado e Revisado (2022). Do mesmo modo, devido ao caráter edumétrico do instrumento e dos itens baseadas em dados empíricos, alerta-se que novas atualizações e avaliações de validade podem ser necessárias com o decorrer dos anos.

Finalmente, recomenda-se que os pesquisadores brasileiros que pretendem medir os conhecimentos básicos gerontológicos de sua amostra ou população de estudo, por meio do instrumento de Cachioni¹⁴, utilizem a versão resultante deste presente trabalho.

Disponibilidade de dados

Os dados do presente estudo serão disponibilizados mediante solicitação ao autor correspondente.

Agradecimentos

Ao projeto de pesquisa Rede para Enfrentamento da Obesidade e Doenças Crônicas Não Transmissíveis – Renob-MG. Aos juízes, profissionais e gestores de saúde que atuaram na pesquisa. À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) pela concessão de bolsa de estudos para a primeira autora deste trabalho.

Colaboradoras

Simião MMR (0000-0003-1255-8231)* contribuiu para concepção do trabalho; coleta, análise e interpretação dos dados e redação do artigo. Brito TRP (0000-0001-9466-2993)* contribuiu para concepção e desenho do trabalho; interpretação dos dados e revisão crítica do artigo. Hermsdorff HHM (0000-0002-4441-6572)* e Cachioni M (0000-0001-5220-410X)* contribuíram igualmente para revisão crítica do manuscrito. Vidigal FC (0000-0001-8187-0603)* contribuiu para o desenho do estudo, revisão crítica do manuscrito e aprovação final da versão a ser publicada. ■

Referências

1. Lima-Costa MF. Aging and public health: the Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-Brazil). *Rev. Saúde Pública*. 2018 [acesso em 2023 mar 27]; 52(supl2):2s. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6255369/>.
2. Global Burden of Disease. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 359 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018 [acesso em 2023 maio 20]; 392(10159):1859-922. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6252083/>.
3. World Health Organization. *World report on ageing and health*. Geneva: World Health Organization; 2015. [acesso em 2023 maio 20]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/835463/retrieve>.
4. Oliveira ECT, Louvison MCP, Teixeira DSC, et al. Difficulties in accessing health services among the el-

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- derly in the city of São Paulo–Brazil. *PLoS One*. 2022 [acesso em 2023 mar 27]; 17(5):e0268519. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9119537/>.
5. Ramos LV, Osório, NB, Neto LS. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa na Atenção Primária: uma revisão integrativa. *Rev Humanid Inov*. 2019 [acesso em 2023 mar 27]; 6(2):272-80. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/1008>.
 6. Placideli N, Castanheira ERL, Dias A, et al. Evaluation of comprehensive care for older adults in primary care services. *Rev. Saúde Pública*. 2020 [acesso em 2023 mar 27]; 54(06):1-13. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rsp/a/6fvB85XLLv6m3fgzpz6zhzWQ/?lang=en>.
 7. Ceccon RF, Soares KG, Vieira LJES, et al. Atenção Primária em Saúde no cuidado ao idoso dependente e ao seu cuidador. *Ciênc. saúde coletiva*. 2021 [acesso em 2023 mar 27]; 26(1):99-108. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csc/a/Jh377DRYXCQwKQnTVjxvVPp/?lang=pt>.
 8. Muhsin AA, Munyogwa MJ, Kibusi SM, et al. Poor level of knowledge on elderly care despite positive attitude among nursing students in Zanzibar Island: findings from a cross-sectional study. *BMC Nurs*. 2020 [acesso em 2023 mar 27]; 19(96):1-8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7547516/>.
 9. Chaves JC. O papel do gestor em saúde no envelhecimento ativo [monografia]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria; 2015. [acesso em 2023 mar 27]. Disponível em: https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/15618/TCCE_GOPS_EaD_2015_CHAVES_JU LIANO.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
 10. Palmore E. Facts on Aging: A Short Quiz1. *Gerontologist*. 1977 [acesso em 2023 mar 27]; 17(4):315-20. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/geront/17.4.315>.
 11. Pauca Gonzales N, Rafayle Cuadra RJ, Andrade Tor-re JA. Análisis axiológico de la construcción y validación de un instrumento documental edumétrico. *Puriq*. 2020 [acesso em 2023 mar 27]; 2(2):56-67. Disponível em: <https://www.revistas.unah.edu.pe/index.php/puriq/article/view/81>.
 12. González Campos J, Carvajal Muquillaza C, Viveiros Reyes F. Coeficientes edumétricos para la validez y dificultad de un test: Propuesta. *Estud. pedagóg*. 2016 [acesso em 2023 mar 27]; 42(3):467-81. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-07052016000400025>.
 13. Klemmack DL. An Examination of Palmore's Facts on Aging Quiz1. *Gerontologist*. 1978 [acesso em 2023 mar 27]; 18(4):403-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/geront/18.4.403>.
 14. Cachioni M. Formação profissional, motivos e crenças relativas à velhice e ao desenvolvimento pessoal entre professores de Universidades da Terceira Idade. [tese]. Campinas: Universidade Federal de Campinas; 2002. [acesso em 2023 mar 27]. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/Acervo/Detalle/283446>.
 15. Harris DK, Changas PS, Palmore EB. Palmore's First Facts on Aging Quiz in a Multiple Choice Format. *Educ. Gerontol*. 1996 [acesso em 2023 mar 27]; 22(6):575-89. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/0360127960220605>.
 16. Ferreira VM, Ruiz T. Atitudes e conhecimentos de agentes comunitários de saúde e suas relações com idosos. *Rev. Saúde Pública*. 2012 [acesso em 2023 mar 27]; 46(5):843-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012000500011>.
 17. Menezes RL, Souza MR, Cardoso TRC. O Conhecimento de Acadêmicos de Fisioterapia em Relação à Velhice e ao Envelhecimento. *Fragm. Cult*. 2007 [acesso em 2023 mar 27]; 17(3/4):293-301. Disponível em: <https://doi.org/10.18224/frag.v17i2.277>.
 18. Reis FFDS, Tiensoli SD, Velasquez FSL, et al. Conhecimento da equipe de enfermagem de um hospital público sobre o envelhecimento humano. *Rev.*

- enferm UFPE online. 2017 [acesso em 2023 mar 27]; 11(6):2594-603. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23428>.
19. Vieira ADFP, Gomes LO, Moraes CF, et al. Capacitação, conhecimentos e crenças de médicos da Atenção Primária à Saúde relacionados ao envelhecimento. *Rev. kairós*. 2019 [acesso em 2023 mar 27]; 22(1):329-52. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/44809>.
 20. Yamashiro JA. Atitudes sobre a velhice e convivência intergeracional: professores, familiares e crianças do ensino fundamental. [tese]. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos; 2018. [acesso em 2023 mar 20]. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/10430>.
 21. Raymundo VP. Construção e validação de instrumentos: um desafio para a Psicolinguística. *Let. Hoje*. 2009 [acesso em 2023 mar 27]; 44(3):86-93. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fale/article/view/5768>.
 22. Brito JL. Nicho de desenvolvimento do idoso institucionalizado: ambiente, crenças e práticas de cuidadores formais [dissertação]. Pará: Universidade Federal do Pará; 2014. [acesso em 2023 fev 2]. Disponível em: <http://repositorio.ufpa.br/handle/2011/11076>.
 23. Coluci MZO, Alexandre NMC, Milani D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2015 [acesso em 2023 mar 27]; 20(3):925-36. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.04332013>.
 24. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011 [acesso em 2023 mar 27]; 16(7):3061-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>.
 25. Yusoff MSB. ABC of Content Validation and Content Validity Index Calculation. *EIMJ*. 2019 [acesso em 2023 mar 27]; 11(2):49-54. Disponível em: https://eduimed.usm.my/EIMJ20191102/EIMJ20191102_06.pdf.
 26. Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Res Nurs Health*. 2007; 30(4):459-67.
 27. Wilson FR, Pan W, Schumsky DA. Recalculation of the Critical Values for Lawshe's Content Validity Ratio. *Meas Eval Couns Dev*. 2012 [acesso em 2023 mar 27]; 45(3):197-210. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0748175612440286>.
 28. Ayre C, Scally AJ. Critical Values for Lawshe's Content Validity Ratio: Revisiting the Original Methods of Calculation. *Meas. Eval. Couns. Dev*. 2019 [acesso em 2023 mar 27]; 47(1):79-86. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0748175613513808>.
 29. Sowtali SN, Yusoff DM, Harith S, et al. Translation and validation of the Malay version of the Stroke Knowledge Test. *J Arrhythm*. 2016 [acesso em 2023 mar 27]; 32(2):112-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1016%2Fj.joa.2015.10.003>.
 30. Coluci MZO, Alexandre NMC. Development of a questionnaire to evaluate the usability of assessment instruments. *RENE*. 2009; 17(3):378-82.
 31. Silveira IA, Oliveira BGRB, Souza PA, et al. Adaptação transcultural do Leg Ulcer Measurement Tool para o Brasil: pesquisa metodológica em enfermagem. *Rev. Bras. Enferm*. 2020 [acesso em 2023 mar 27]; 73(4):e20180944. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0944>.
 32. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. *Diário Oficial da União*. 12 Dez 2012. [acesso em 2023 mar 27]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
 33. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. *Diário Oficial da União*. 24 Maio 2016. [acesso em 2023 mar 27]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>.

34. Jeste PDV, Lieberman PEJA, Fassler TD, et al. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-5. Porto Alegre: Artmed; 2014.
35. Fernanda C, Silva T, Santos F. A sexualidade na terceira idade: o tabu que envolve os idosos. [monografia]. Salvador: Universidade Católica do Salvador; 2019. [acesso em 2023 mar 27]. Disponível em: <http://ri.ucsal.br:8080/jspui/bitstream/prefix/973/1/TCC-MIRIENEMOURA.pdf>.
36. Ribeiro F. Disfunção erétil. In: Freitas EV, Py L, organizadores. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017. p. 812-6.
37. Neri AL, Fontes AP. Resiliência psicológica e velhice bem-sucedida. In: Freitas EV, Py L, organizadores. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017. p. 1468-75.
38. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde: 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões, unidades de federação. Rio de Janeiro: IBGE; 2015. [acesso em 2023 mar 27]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>.
39. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde: 2019: ciclos de vida. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE; 2021. [acesso em 2023 mar 27]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101846.pdf>.
40. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população. [Rio de Janeiro]: IBGE; [data desconhecida]. [acesso em 2023 mar 27]. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html?utm_source=portal.
41. Brasil. Lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Estatuto da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União. 2 Out 2003. [acesso em 2023 mar 27]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm.
42. Brasil. Presidência da República. Portaria nº 2528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União. 20 Out 2006. [acesso em 2023 mar 27]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html.
43. Brasil. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Fatos e números: Idosos e Família no Brasil. 2021. [acesso em 2023 mar 27]. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/observatorio-nacional-da-familia/fatos-e-numeros/idosos-e-familia-no-brasil.pdf>.
44. Brasil. Presidência da República. Lei nº 14.423, de 22 de julho de 2022. Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para substituir, em toda a Lei, as expressões “idoso” e “idosos” pelas expressões “pessoa idosa” e “pessoas idosas”, respectivamente. Diário Oficial da União. 25 Jul 2022. [acesso em 2023 mar 27]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2022/Lei/L14423.htm.
45. Centro Internacional de Longevidade Brasil. Envelhecimento ativo: um marco político em resposta à revolução da longevidade. Rio de Janeiro: CILB; 2015. [acesso em 2023 mar 27]. Disponível em: <https://prceu.usp.br/usp60/wp-content/uploads/2017/07/Envelhecimento-Ativo-Um-Marco-Politico-ILC-Brasil-web.pdf>.
46. Melo RHV, Amorim KPC. Ageísmo, sindemia covídica e Bioética de Intervenção: uma concretude interdisciplinar: uma concreción interdisciplinaria. Saúde debate. 2022 [acesso em 2023 ago 29]; 46(133):518-33. Disponível em: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/6905>.
47. Vieira ADFP. Avaliação das crenças com relação aos idosos e da formação na área de envelhecimento dos médicos da estratégia saúde da família do município de Anápolis-GO. [dissertação]. [Brasília, DF]: Universidade Católica de Brasília; 2016. [acesso em 2023 mar 27]. Disponível em: <https://bdttd.ucb.br:8443/jspui/handle/tede/2177>.
48. Van der Elst E, Deschodt M, Welsch M, et al. Inter-

- nal consistency and construct validity assessment of a revised Facts on Aging Quiz for Flemish nursing students: an exploratory study. *BMC Geriatr.* 2014; 14:128.
49. Wang CC, Liao WC, Kuo PC, et al. The Chinese version of the facts on aging quiz scale: Reliability and validity assessment. *Int. J. Nurs. Stud.* 2010 [acesso em 2023 mar 27]; 47(6):742-52. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748909003654>.
 50. Apolinario FH, Papini SJ, Spiri WC. Construção e validação de instrumento para avaliação do cuidado a prisioneiros que vivem com HIV/Aids. *Saúde debate.* 2022 [acesso em 2023 ago 29]; 46(esp7):182-95. Disponível em: <https://www.saudeemdebate.org.br/seed/article/view/7377>.
 51. Costa Palacio D, Rebutini F, Oliveira DB, et al. Dental vulnerability scale in primary health care: evidence of content and structure internal validity. *BMC Oral Health.* 2021 [acesso em 2023 mar 27]; 21(1):1-15. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12903-021-01742-6>.
 52. Epstein J, Santo RM, Guillemin F. A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaires could not bring out a consensus. *J. Clín. Epidemiol.* 2015; 68(4):435-41.
 53. Gilbert GE, Prion S. Making Sense of Methods and Measurement: Lawshe's Content Validity Index. *Clín. Simul. Nurs.* 2016 [acesso em 2023 mar 27]; 12(12):530-1. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0582>.
 54. Dias FCP, Baitelo TC, Toso BRGO, et al. Adaptation and validation of the Advanced Practice Nursing Competency Assessment Instrument. *Rev. Bras. Enferm.* 2022 [acesso em 2023 abr 4]; 75(5):e20210582. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0582>.
 55. Pedrosa I, Suárez-Álvarez J, García-Cueto E. Evidencias sobre la Validez de Contenido: Avances Teóricos y Métodos para su Estimación. *Acción Psicol.* 2013 [acesso em 2023 mar 27]; 10(2):3-18. Disponível em: <https://revistas.uned.es/index.php/accionpsicologica/article/view/11820>.
 56. Trindade CS, Kato SK, Gurgel LG, et al. Processo de construção e busca de evidências de validade de conteúdo da equalis-OAS. *Aval. Psicol.* 2018 [acesso em 2023 mar 27]; 17(2):271-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15689/ap.2018.1702.14501.13>.
 57. Oliveira MM, Oliveira VC, Ferreira AP, et al. Validity of an instrument to evaluate the immunobiological cold chain. *Av. Enferm.* 2020 [acesso em 2023 mar 27]; 38(2):170-81. Disponível em: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/80804>.
 58. Zamanzadeh V, Ghahramanian A, Rassouli M, et al. Design and Implementation Content Validity Study: Development of an instrument for measuring Patient-Centered Communication. *J. Caring Sci.* 2015 [acesso em 2023 mar 27]; 4(2):165-78. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4484991/>.
 59. Sabre A, Tabatabaei SM, Akasheh G, et al. Face and Content Validity of the MacArthur Competence Assessment Tool for the Treatment of Iranian Patients. *Int. J. Prev. Med.* 2017 [acesso em 2023 mar 27]; 8(75):1-8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5634061/>.
 60. Wong FMF. First Data in the Process of Validating a Tool to Evaluate Knowledge, Attitude, and Practice of Healthcare Providers in Oral Care of Institutionalized Elderly Residents: Content Validity, Reliability and Pilot Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2021 [acesso em 2023 mar 30]; 18(4145):1-15. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8070937/>.
 61. Habibi MA, Amini M, Ostovarfar M, et al. Reliability and validity of the Persian version of the ACE tool: assessing medical trainees' competency in evidence-based medicine. *BMC Med.* 2022 [acesso em 2023 mar 30]; 22(468):1-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03540-2>.
 62. Tertuliano I, Deutsch S, Oliveira V, et al. Elaboração

de um instrumento para avaliar o processo de expatriação de voleibolistas. *Life*. 2020 [acesso em 2023 mar 27]; 7(1):34-49. Disponível em: <https://revistas.unasp.edu.br/LifestyleJournal/article/view/1215>.

63. Spexoto MCB, Serrano SV, Halliday V, et al. Cancer Appetite and Symptom Questionnaire (CASQ) for Brazilian Patients: Cross-Cultural Adaptation and Validation Study. *PLoS ONE*. 2016 [acesso em 2023 mar 27]; 11(6):e0156288. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0156288>.
64. Medeiros R, Júnior M, Pinto D, et al. Modelo de validação de conteúdo de Pasquali nas pesquisas em En-

fermagem. *Rev. Enf. Ref.* 2015 [acesso em 2023 abr 10]; 4(4):127-35. Disponível em: http://esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2498&id_revista=24&id_edicao=77.

Recebido em 27/10/2023

Aprovado em 23/04/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: este trabalho teve apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq/MS/Depros 442317/2020-4), Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (Fapemig - APQ 03954-22) e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior-Brasil (Capes) - Código de Financiamento 001

Editora responsável: Maria Lucia Frizon Rizzotto

Ensino na Residência em Área Profissional da Saúde no Brasil: análise documental

Teaching in Residency in the Professional Health Area in Brazil: documental analysis

Ana Carolina de Oliveira Paiva¹, Kênia Lara da Silva¹

DOI: 10.1590/2358-289820241418897P

RESUMO Analisar discursivamente os objetivos educacionais presentes nos documentos oficiais referentes aos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde. Análise de documentos oficiais brasileiros que configuram o ensino para os Programas de Residência em Área Profissional da Saúde. Busca realizada entre fevereiro e abril de 2023 em bancos de dados disponibilizados nos sites do Governo Federal do Brasil e do Sistema de Legislação da Saúde do Ministério da Saúde. Realizou-se Análise de Discurso Crítica, na perspectiva de Fairclough. Nove documentos oficiais abordavam os objetivos educacionais dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde. Os dados foram sistematizados em princípios, concepções, valores e estratégias educacionais que orientam os programas de residência e em modo de organização, a partir das atividades de ensino. Os objetivos educacionais dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde caminham rumo à formação técnica dos residentes, enquanto o discurso sobre o modelo educacional, expresso nas atividades de ensino, avança para a ampliação do conceito.

PALAVRAS-CHAVE Internato não médico. Ensino. Aprendizagem. Educação de pós-graduação.

ABSTRACT *Discursively analyze the educational objectives present in official documents referring to Residency Programs in the Professional Health Area. Analysis of official Brazilian documents that configure teaching for Residency Programs in the Professional Health Area. Search carried out between February and April 2023 in databases available on the websites of the Federal Government of Brazil and the Health Legislation System of the Ministry of Health. Critical Discourse Analysis was carried out, from Fairclough's perspective. Nine official documents addressed the educational objectives of Residency Programs in the Professional Health Area. The data were systematized into principles, conceptions, values, and educational strategies that guide the residency programs and organization mode, based on teaching activities. The educational objectives of Residency Programs in the Professional Health Area move towards the technical training of residents, while the discourse on the educational model, expressed in teaching activities, moves towards expanding the concept.*

KEYWORDS *Internship, nonmedical. Teaching. Learning. Education, graduate.*

¹ Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Escola de Enfermagem (EE) – Belo Horizonte (MG), Brasil.
carolpaiva6@hotmail.com



Introdução

A Constituição Federal de 1988 estabelece como competência do Sistema Único de Saúde (SUS) “[...] ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde [...]”¹⁽¹²⁰⁾. Para isso, a Lei nº 8.080, de 1990, atribui para as três esferas de governo

[...] a formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde [e a] organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação [...]. [Determina, também, que] os serviços públicos que integram o SUS constituem campo de prática para ensino e pesquisa [...]²⁽¹⁸⁰⁵⁷⁻¹⁸⁰⁵⁸⁾.

Nesse contexto, a partir da promulgação da Lei nº 11.129, de 2005, que institui a Residência em Área Profissional da Saúde (Raps), foi construído um aparato legal visando a regulamentar essa modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu* no Brasil³.

A Raps é descrita como educação em serviço destinada aos profissionais de saúde, excetuada a área médica, isto é, uma formação em saúde que se desenvolve por meio do trabalho em saúde. É desenvolvida em regime de dedicação exclusiva e funciona em instituições de saúde, sob supervisão docente-assistencial, tendo responsabilidade conjunta do Ministério da Educação (MEC) e do Ministério da Saúde (MS). Por meio da Raps, pode-se proporcionar a inserção qualificada do profissional no mercado de trabalho, particularmente, em áreas prioritárias do SUS³.

As instituições que oferecem Programas de Residência em Área Profissional da Saúde (Praps) são responsáveis por elaborar e organizar os seus respectivos Projetos Pedagógicos (PP), que precisam ser consoantes às legislações vigentes. Tais legislações determinam as estratégias pedagógicas teóricas, teórico-práticas e práticas que serão desenvolvidas nos Praps⁴⁻⁶.

O presente estudo propõe entender a direção que o ensino dos Praps toma no Brasil. Essa análise é relevante para o processo formativo na saúde, no sentido de compreender se o discurso oficial das legislações vigentes está voltado para a formação de profissionais críticos e criativos que refletem em e sobre as suas ações.

Assim, questiona-se: quais são os objetivos educacionais publicados nos documentos oficiais referentes aos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde? Dessa forma, o objetivo do estudo é analisar discursivamente os objetivos educacionais presentes nos documentos oficiais referentes aos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde.

De acordo com Bordenave e Pereira⁷⁽¹⁰⁰⁾, objetivos educacionais se referem “aos fins amplos e aos valores que os sistemas educacionais pretendem alcançar”. Estabelecidos os objetivos educativos, define-se a estratégia didática que guiará o aluno: da situação em que se encontra ao alcance dos objetivos fixados.

Como estratégia didática, o professor deve viabilizar para o aluno experiências de aprendizagem e oferecer atividades de ensino-aprendizagem. As experiências de aprendizagem se referem às vivências que o aluno experimenta nas diversas situações a que é exposto. Para isso, cabe ao professor estruturar as atividades de ensino-aprendizagem, a fim de oportunizar aos alunos tais vivências⁷.

Metodologia

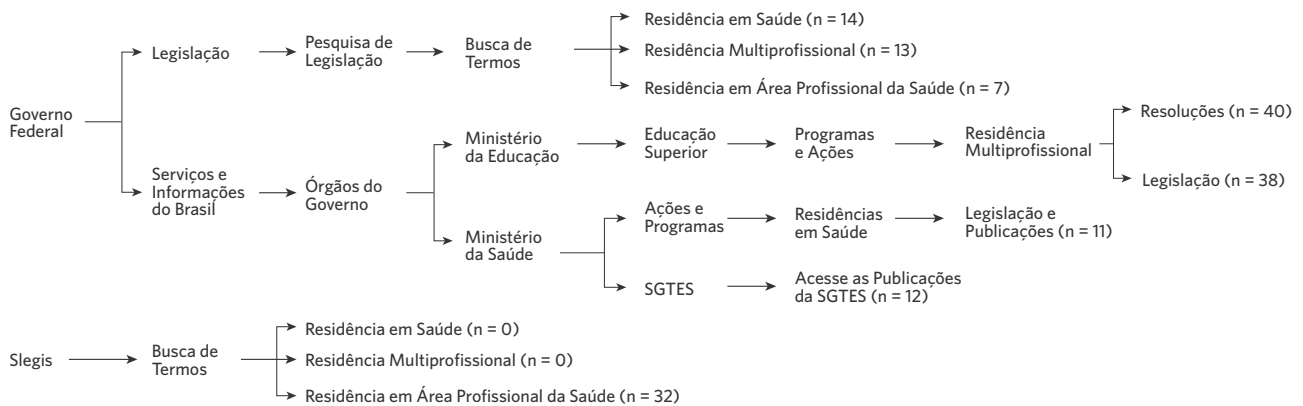
Estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, no qual se realizou a análise de documentos oficiais brasileiros que configuram o ensino para os Praps. A análise documental é um método comumente utilizado em pesquisas de políticas de saúde. Trata-se de técnica sistemática de revisão ou avaliação de documentos, que pode ser usada para fornecer contexto, gerar perguntas, complementar ou corroborar dados de pesquisa, além de analisar o conteúdo

das políticas, à medida que evoluem ao longo do tempo⁸.

Inicialmente, foram incluídos todos os documentos oficiais, como leis, medidas provisórias, decretos, resoluções, portarias e manuais relacionados aos Praps. A busca e a recuperação dos documentos foram realizadas

entre 06 de fevereiro e 20 de abril de 2023, a partir de banco de dados, disponibilizados pelas páginas eletrônicas do Governo Federal do Brasil⁹ e do Sistema de Legislação da Saúde (Slegis) do MS¹⁰. A *figura 1* ilustra o percurso realizado em cada página eletrônica para a busca dos documentos oficiais.

Figura 1. Estratégia de busca

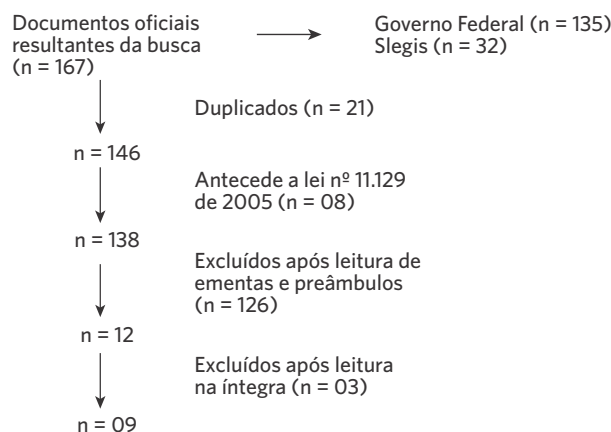


Fonte: elaboração própria.

Foram identificados 167 documentos oficiais, dos quais, foram excluídos: os documentos duplicados; os publicados previamente à instituição da Raps, por meio da Lei nº 11.129, de 2005³; e os documentos que não

abordavam os objetivos educacionais, segundo o referencial teórico de Bordenave e Pereira⁷. Aplicando-se os critérios, foram incluídos nove (09) documentos oficiais, conforme demonstrado na *figura 2*.

Figura 2. Fluxograma de seleção dos documentos oficiais brasileiros



Fonte: elaboração própria.

Os documentos resultantes da busca foram lidos em profundidade, buscando informações que respondessem à pergunta norteadora. Realizou-se a Análise de Discurso Crítica (ADC), na perspectiva de Fairclough¹¹, no intuito de analisar os dados empíricos a partir do conteúdo manifesto nos discursos, correlacionando-os ao referencial teórico. Ou seja, os discursos pedagógicos referentes aos objetivos educacionais foram analisados a fim de sustentar o rigor e a cientificidade das argumentações das pesquisadoras.

A ADC consiste em uma abordagem teórico-metodológica de Análise do Discurso Textualmente Orientada que viabiliza estudos críticos da linguagem como prática social¹¹. Isto posto, o discurso é analisado de forma tridimensional, identificando o texto e a prática discursiva como dimensões inseridas na prática social, reconhecendo ideologias, sentidos e orientações hegemônicas presentes.

Ressalta-se que a interpretação do texto é complexa, já que este pode ser compreendido de diferentes maneiras pelo leitor, considerando seu posicionamento social, seus conhecimentos, experiências e crenças. A ADC não advoga uma compreensão particular do texto, e, sim, uma explanação particular, conforme análise realizada pelo leitor¹².

Resultados

Entre os nove (n = 9) documentos incluídos:

1. Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012⁵;
2. Manuais para o fortalecimento das Residências em Saúde – Abertura de Programa de Residência em Área Profissional da Saúde modalidades uni e multiprofissional suporte aos apoiadores técnicos loco-regionais. 2022⁶;
3. Resolução CNRMS nº 7, de 13 de novembro de 2014¹³;

4. Resolução CNRMS nº 5, de 07 de novembro de 2014¹⁴;

5. Resolução CNRMS nº 03, de 4 de maio de 2010¹⁵;

6. Portaria Interministerial MEC/MS nº 7, de 16 de setembro de 2021¹⁶;

7. Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077, de 12 de novembro de 2009¹⁷;

8. Portaria Interministerial MEC/MS nº 45, de 12 de janeiro de 2007¹⁸;

9. Retificação da Resolução CNRMS nº 5, de 07 de novembro de 2014¹⁹, quatro (n = 4) são resoluções emitidas pela Comissão Nacional da Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS)^{5,13-15}; três (n = 3) são portarias interministeriais do MEC e MS¹⁶⁻¹⁸; uma (n = 1) retificação de resolução da CNRMS¹⁹; e um (n = 1) manual emitido pelo MS¹⁸.

A CNRMS é uma instância vinculada ao MEC, que, entre outras competências, é responsável por elaborar diretrizes que organizam e avaliam os Praps¹⁶. As portarias interministeriais que integram a amostra foram produzidas conjuntamente entre o MEC e o MS. Essa cooperação técnica e científica entre os ministérios se fez necessária a partir da responsabilização do SUS em formar recursos humanos para a área da saúde^{1,20}.

Com relação à temporalidade, os documentos incluídos na amostra foram publicados no período de 2007 a 2022. No que se refere à vigência, seis (n = 6) documentos da amostra estão vigentes^{5,6,13,14,16,19}.

Os documentos selecionados têm a finalidade de reger e operacionalizar os Praps, definindo o conceito de Raps^{5,6,14,16-18}; carga horária^{5,6,14-18}; duração^{5,6,14-17}; eixos norteadores dos Praps^{5,6,16-18}; estratégias educacionais^{6,14,15,19}; projeto pedagógico^{5,6}; avaliação e frequência dos residentes^{6,14,15}; competências do corpo docente-assistencial^{5,6}; atribuições

do residente^{5,6}; avaliação, supervisão e regulação dos Praps¹³; normatização da CNRMS^{6,16-18}; e instituição do Programa Nacional de Bolsas para a Raps¹⁷.

Os objetivos educacionais dos Praps identificados nos documentos oficiais selecionados foram sistematizados em dois quadros (1 e 2), sendo o primeiro referente a princípios, concepções, valores e estratégias educacionais que orientam os Praps; e o segundo, ao modo de organização dos Praps a partir das atividades de ensino.

Importante ressaltar que o ‘Manual para

o fortalecimento das Residências em Saúde’⁶ não foi inserido nos quadros, visto que o documento apenas reúne e organiza, de forma sistemática, as normativas provenientes de portarias e resoluções, não trazendo, assim, informações novas. De modo similar, a Resolução nº 2, de 2012⁵, não foi incluída no quadro 1, uma vez que referencia os eixos norteadores dos Praps descritos na Portaria nº 1.077, de 2009¹⁷. A retificação da Resolução nº 5, de 2014¹⁹, não foi incluída no quadro 2, contudo, as devidas correções foram realizadas a fim de facilitar a análise.

Quadro 1. Princípios, concepções, valores e estratégias educacionais dos Praps

Portaria Interministerial nº 45, de 12 de janeiro de 2007 ¹⁸	Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009 ¹⁷	Portaria Interministerial nº 7, de 16 de setembro de 2021 ¹⁶
I - cenários de educação em serviço representativos da realidade socioepidemiológica do País;	I - cenários de educação em serviço representativos da realidade socioepidemiológica do País;	I - cenários de práticas em serviço do País;
II - concepção ampliada de saúde que respeite a diversidade, considere o sujeito enquanto ator social responsável por seu processo de vida, inserido num ambiente social, político e cultural;	II - concepção ampliada de saúde que respeite a diversidade, considere o sujeito enquanto ator social responsável por seu processo de vida, inserido num ambiente social, político e cultural;	-
III - política nacional de educação e desenvolvimento no SUS aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde e pactuada entre as distintas esferas de governo;	III - política nacional de gestão da educação na saúde para o SUS;	II - política nacional de gestão da educação na saúde para o SUS;
IV - abordagem pedagógica que considere os atores envolvidos como sujeitos do processo de ensino-aprendizagem-trabalho e protagonistas sociais;	IV - abordagem pedagógica que considere os atores envolvidos como sujeitos do processo de ensino-aprendizagem-trabalho e protagonistas sociais;	-
V - estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem configurados em itinerário de linhas de cuidado de forma a garantir a formação integral e interdisciplinar;	V - estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem configurados em itinerário de linhas de cuidado, de modo a garantir a formação integral e interdisciplinar;	III - estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem, de modo a garantir a formação integral e interdisciplinar;
VI - integração ensino-serviço-comunidade por intermédio de parcerias dos programas com os gestores, trabalhadores e usuários, promovendo articulação entre ensino, serviço e gestão;	VI - integração ensino-serviço-comunidade, por intermédio de parcerias dos programas com os gestores, trabalhadores e usuários;	IV - integração ensino-serviço, por intermédio de parcerias dos programas com os gestores, trabalhadores e usuários do SUS;
VII - integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas para a consolidação do processo de formação em equipe, tendo em vista a necessidade de mudanças no processo de formação, do trabalho e da gestão na saúde;	VII - integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas para a consolidação da educação permanente, tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de trabalho e de gestão na saúde;	-

Quadro 1. Princípios, concepções, valores e estratégias educacionais dos Praps

Portaria Interministerial nº 45, de 12 de janeiro de 2007 ¹⁸	Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009 ¹⁷	Portaria Interministerial nº 7, de 16 de setembro de 2021 ¹⁶
VIII - integração com diferentes níveis de formação dos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com o ensino de educação profissional, graduação e pós-graduação na área da saúde;	VIII - integração dos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com a educação profissional, a graduação e a pós-graduação na área da saúde;	V - integração dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e de Residência em Área Profissional da Saúde com a educação profissional, a graduação e a pós-graduação na área da saúde;
IX - articulação da Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com a Residência Médica;	IX - articulação da Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com a Residência Médica;	VI - articulação da Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde com a Residência Médica;
X - descentralização e regionalização contemplando as necessidades locais, regionais e nacionais de saúde;	X - descentralização e regionalização, contemplando as necessidades locais, regionais e nacionais de saúde;	VII - descentralização e regionalização, contemplando as necessidades locais, regionais e nacionais de saúde no âmbito do SUS;
XI - monitoramento e avaliação pactuados para garantir que o sistema de avaliação formativa seja dialógico e envolva a participação das instituições formadoras, de coordenadores de programas, preceptores, tutores, docentes, residentes, gestores e gerentes do SUS e o controle social do SUS, considerando a conformação da política, da execução e da avaliação dos resultados; e	XI - estabelecimento de sistema de avaliação formativa, com a participação dos diferentes atores envolvidos, visando ao desenvolvimento de atitude crítica e reflexiva do profissional, com vistas à sua contribuição ao aperfeiçoamento do SUS;	-
XII - integralidade que contemple todos os níveis da Atenção à Saúde e à Gestão do Sistema.	XII - integralidade que contemple todos os níveis da Atenção à Saúde e a Gestão do Sistema.	VIII - integralidade que contemple todos os níveis da Atenção à Saúde e a Gestão do Sistema.

Fonte: elaboração própria, com base nas Portarias Interministeriais nº 45 de 2007¹⁸, nº 1.077 de 2009¹⁷ e nº 7 de 2021¹⁶

De acordo com o *quadro 1*, as Portarias nº 45, de 2007¹⁸, e nº 1.077, de 2009¹⁷, regulamentam cenários de educação em serviço considerando a realidade socioepidemiológica do País. Na Portaria nº 7, de 2021¹⁶, tais cenários foram alterados para práticas em serviço, não mencionando a realidade socioepidemiológica do País. Do mesmo modo, evidencia-se que, a partir da publicação da Portaria nº 7, de 2021¹⁶, as estratégias pedagógicas considerando cenários de aprendizagem configurados em linhas de cuidados, bem como o léxico ‘comunidade’ na ‘integração ensino-serviço-comunidade’, deixaram de ser referidas como eixos norteadores para os Praps.

Vale ressaltar que as Portarias nº 45, de 2007¹⁸, e nº 1.077, de 2009¹⁷, ainda normatizam como eixos norteadores: a concepção ampliada de saúde; a abordagem pedagógica que considera os atores envolvidos na Raps como sujeitos do processo ensino-aprendizagem-trabalho e protagonistas sociais; a integração de saberes e práticas; e a avaliação formativa com participação dos diferentes atores envolvido na Raps com vista a favorecer a atitude crítica e reflexiva do residente. Tais itens deixaram de compor os eixos norteadores do Praps, a partir da publicação da Portaria nº 7, de 2021¹⁶.

Quadro 2. Modo de organização dos Praps

Resolução CNRMS nº 03, de 04 de maio de 2010¹⁵ - Estratégias Educacionais	Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012⁵ - Projeto Pedagógico	Resolução CNRMS nº 5, de 7 de novembro de 2014¹⁴ - Estratégias Educacionais
<p>Art. 2º Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde serão desenvolvidos com 80% da carga horária total sob a forma de atividades práticas e com 20% sob forma de atividades teóricas ou teórico-práticas.</p>	<p>Art. 5º As instituições que oferecerem Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde serão responsáveis pela organização do Projeto Pedagógico (PP) dos respectivos programas de pós-graduação, em consonância com a legislação vigente.</p>	<p>Art. 2º Os Programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional serão desenvolvidos com 80% da carga horária total sob a forma de estratégias educacionais práticas, com garantia das ações de integração, educação, gestão, atenção e participação social e 20% sob forma de estratégias educacionais teóricas ou teórico-práticas.</p>
<p>§ 1º Atividades práticas são aquelas relacionadas ao treinamento em serviço para a prática profissional, de acordo com as especificidades das áreas de concentração e das áreas profissionais da saúde, obrigatoriamente sob supervisão de docente ou preceptor.</p>	<p>§1º O PP de um Programa de Residência em Área Profissional da Saúde é orientado pelo desenvolvimento do núcleo específico dos saberes e práticas inerentes a cada profissão, em determinado campo do conhecimento.</p>	<p>§ 1º Estratégias educacionais práticas são aquelas relacionadas ao treinamento em serviço para a prática profissional, de acordo com as especificidades das áreas de concentração e das categorias profissionais da saúde, obrigatoriamente sob supervisão do corpo docente assistencial.</p>
<p>§ 2º Atividades teóricas são aquelas cuja aprendizagem se desenvolve por meio de estudos individuais e em grupo, em que o Profissional da Saúde Residente conta, formalmente, com a orientação de docentes, preceptores ou convidados, visando à aquisição de conhecimentos teóricos e técnicos que possibilitem a elaboração de modelos teórico-práticos.</p>	<p>§2º O PP de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde é orientado pelo desenvolvimento de prática multiprofissional e interdisciplinar em determinado campo de conhecimento, integrando os núcleos de saberes e práticas de diferentes profissões, devendo, para isso, considerar que:</p> <p>I. para ser caracterizado como Residência Multiprofissional em Saúde, o programa deverá ser constituído por, no mínimo, 03 (três) profissões da saúde;</p> <p>II. quando o programa constituir-se por mais de uma área de concentração, cada área deverá, também, contemplar, no mínimo, três profissões da saúde;</p> <p>III. as atividades teóricas, práticas e teórico-práticas de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde devem ser organizadas por:</p> <p>a. um eixo integrador transversal de saberes, comum a todas as profissões envolvidas, como base para a consolidação do processo de formação em equipe multiprofissional e interdisciplinar;</p> <p>b. um ou mais eixos integradores para a(s) área(s) de concentração constituinte(s) do Programa;</p> <p>c. eixos correspondentes aos núcleos de saberes de cada profissão, de forma a preservar a identidade profissional.</p>	<p>§ 2º Estratégias educacionais teóricas são aquelas cuja aprendizagem se desenvolve por meio de estudos individuais e em grupo, em que o Profissional da Saúde Residente conta, formalmente, com orientação do corpo docente assistencial e convidados.</p>
<p>§ 3º As atividades teórico-práticas são aquelas em que se faz a discussão sobre a aplicação do conteúdo teórico em situações práticas, com a orientação de docente, preceptor ou convidado, por meio de simulação em laboratórios e em ambientes virtuais de aprendizagem e análise de casos clínicos ou de ações de prática coletiva.</p>	<p>IV. o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde deve ser orientado por estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem configurados em itinerário de linhas de cuidado nas redes de atenção à saúde, adotando metodologias e dispositivos da gestão da clínica ampliada, de modo a garantir a formação fundamentada na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar.</p>	<p>§ 3º As estratégias educacionais teórico-práticas são aquelas que se fazem por meio de simulação em laboratórios, ações em territórios de saúde e em instâncias de controle social, em ambientes virtuais de aprendizagem, análise de casos clínicos e ações de saúde coletiva, entre outras, sob orientação do corpo docente assistencial.</p>

Quadro 2. Modo de organização dos Praps

Resolução CNRMS nº 03, de 04 de maio de 2010 ¹⁵ - Estratégias Educacionais	Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012 ⁵ - Projeto Pedagógico	Resolução CNRMS nº 5, de 7 de novembro de 2014 ¹⁴ - Estratégias Educacionais
§ 4º As atividades teóricas, teórico-práticas e práticas devem necessariamente incluir, além do conteúdo específico voltado à(s) área(s) de concentração e área(s) profissional(is) a que se refere(m) o(s) programa(s), temas relacionados à bioética, à ética profissional, à metodologia científica, à epidemiologia, à estatística, às políticas públicas de saúde e ao Sistema Único de Saúde.	V. o PP deve prever metodologias de integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas, tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de atenção e de gestão na saúde.	§ 4º As estratégias educacionais teóricas, teórico-práticas e práticas dos programas devem necessariamente, além de formação específica voltada às áreas de concentração e categorias profissionais, contemplar temas relacionados à bioética, à ética profissional, à metodologia científica, à epidemiologia, à estatística, à segurança do paciente, às políticas públicas de saúde e ao Sistema Único de Saúde.

Fonte: elaboração própria, com base nos dados da Resoluções nº 03 de 2010¹⁵, nº 02 de 2012⁵ e nº 05 de 2014¹⁴.

Evidencia-se no *quadro 2* a alteração do léxico ‘atividade’¹⁵ para ‘estratégias educacionais’^{14,19}, além da inclusão no Artigo 2º da garantia de ações de integração, educação, gestão, atenção e participação social nas estratégias educacionais práticas^{14,19}.

Outro ponto de destaque se refere ao parágrafo 3 do Artigo 2º, no qual a discussão sobre aplicação do conteúdo teórico em situações práticas deixa de fazer parte do conceito de estratégias educacionais teórico-práticas na Resolução nº 5, de 2014¹⁴. Por outro lado, no parágrafo 4, o tema sobre segurança do paciente é incluído nas estratégias educacionais teóricas, teórico-práticas e práticas¹⁴.

Discussão

Ao estudar as políticas que compõem os Praps, evidencia-se modificação, exclusão ou adição de termos, ao longo dos anos, que alteram a direção do processo de ensino-aprendizagem nas Raps do Brasil.

Ao analisar os objetivos educacionais dos Praps, verifica-se que, inicialmente, adotava-se a educação em serviço como cenários de ensino-aprendizagem, e as estratégias pedagógicas eram configuradas nas linhas de cuidados e na integração ensino-serviço-comunidade. A partir da publicação da Portaria Interministerial nº 7, de 2021¹⁶, o léxico

‘educação em serviço’ foi modificado para ‘práticas em serviço’, havendo, ainda, a exclusão do termo ‘linha de cuidado’ e ‘comunidade’ na integração ‘ensino-serviço-comunidade’.

Os itens que versam sobre a concepção ampliada de saúde; a abordagem pedagógica que considera os atores envolvidos (docente, residente, preceptor, tutor e gestor) como sujeitos do processo de ensino-aprendizagem-trabalho e protagonistas sociais; a integração de saberes e práticas; e a avaliação formativa com a participação dos diferentes atores envolvidos na Raps deixaram de compor os documentos oficiais do Praps a partir da publicação da Portaria nº 7, de 2021¹⁶.

Neste contexto, evidencia-se que, na Portaria Interministerial nº 7, o discurso que ancora as políticas dos Praps é o tecnicista, ou seja, uma formação direcionada para a execução de procedimentos. Outras pesquisas corroboram essa análise, sinalizando a formação dos residentes voltada para o modelo biomédico, cuja visão acerca do paciente é reducionista e fragmentada, além da maximização das habilidades técnicas em detrimento das relacionais, posicionando o aluno em um papel pouco ativo²¹⁻²⁴.

No modelo biomédico, as práticas de saúde se reduzem ao tratamento da doença com execução de ações isoladas e centralizadas na especialidade. O conhecimento gerado não é capaz de integrar os determinantes

do processo saúde-doença e não favorece a interdisciplinaridade, interprofissionalidade e intersetorialidade^{23,25}. Tais práticas se distanciam do que é estabelecido na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que preconiza a elaboração de projetos pedagógicos que reconheçam os princípios da interdisciplinaridade, intersetorialidade e interprofissionalidade como fundamentos para a formação do aluno e para a dinâmica da produção do cuidado²⁶.

Outro ponto pertinente que sustenta a ideia da formação tecnicista é o fato de a comunidade deixar de compor a orientação para a ‘integração ensino-serviço-comunidade’. Estudo reforça a importância de aproximar o aprendiz da comunidade, a fim de desenvolver a capacidade de escuta; empatia; reconhecimento das realidades locais e dos problemas sociais; bem como favorecer a articulação entre teoria e prática. Essas vivências ressignificam a formação do aluno e o estimulam refletir sobre o seu processo formativo e relacional²⁵. A PNEPS ratifica a relevância em reconhecer, na dinâmica do trabalho em saúde, a centralidade do usuário, dos familiares e da comunidade, transpondo a perspectiva do profissional.

A análise aponta que, ao longo do tempo, também ocorreu a perda de dois importantes objetivos educacionais a partir da publicação da Portaria Interministerial nº 7. O primeiro, que considera o residente como um sujeito ativo em seu processo de ensino-aprendizagem e como um protagonista social; e o segundo, que reconhece a avaliação formativa, com a participação dos diferentes atores envolvidos, como uma forma de desenvolver a atitude crítica e reflexiva do residente.

As estratégias de ensino utilizadas pelos Praps precisam contribuir para que o residente exerça um papel ativo em seu processo de ensino-aprendizado. O aprendizado no serviço é necessário para despertar a criatividade e a independência do aluno, bem como fornecer vivências que o fazem problematizar e propor alternativas de intervenção^{24,27,28}.

Por outro lado, enquanto os objetivos educacionais dos Praps caminham rumo à formação técnica dos residentes, o discurso sobre o modelo educacional, expresso nas atividades de ensino, avança para a ampliação do conceito, ao substituir o léxico ‘atividades’ por ‘estratégias educacionais’, a partir da publicação da Resolução nº 5, de 2014¹⁴.

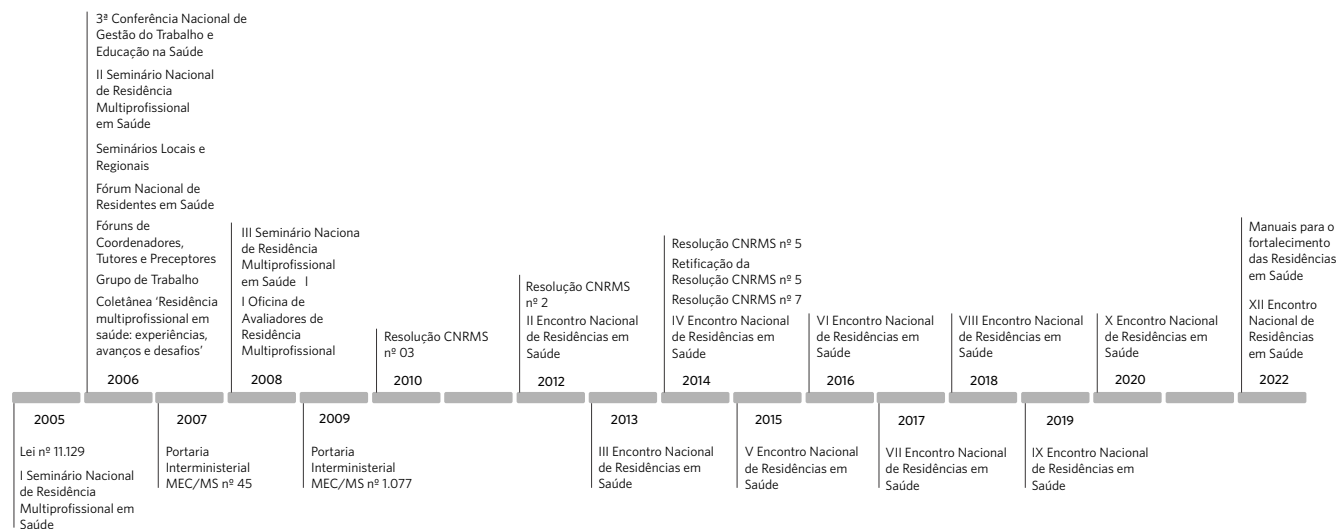
De acordo com Bordenave e Pereira⁷, as estratégias didáticas abrangem tanto as experiências de aprendizagem quanto as atividades de ensino-aprendizagem. Enquanto a primeira volta-se para as vivências que o aprendiz experimenta nas diversas situações a que é exposto, as atividades de ensino-aprendizagem são definidas pelo professor com o intuito de estabelecer ou promover situações de ensino-aprendizagem.

Cabe ressaltar que as estratégias didáticas são determinadas no intuito de alcançar os objetivos educacionais. Assim, após estabelecidas, faz-se necessário que o professor planeje as experiências de aprendizagem e as atividades de ensino-aprendizagem, baseando-se nas estratégias educacionais pré-fixadas⁷.

Outro aspecto identificado refere-se à inclusão, na Resolução nº 5, de 2014¹⁴, do conceito sobre segurança do paciente como um dos temas a serem abordados nas estratégias educacionais teóricas, teórico-práticas e práticas. Tal fato se justifica com a implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente, em 2013, o qual contribuiu para a qualificação do cuidado ofertado nos serviços de saúde²⁹. Ainda, verifica-se a inclusão de ações de integração, educação, gestão, atenção e participação social nas estratégias educacionais práticas.

Diante do exposto, a análise do contexto histórico dos Praps permite entender as mudanças no modelo e nos objetivos educacionais do Praps. A fim de facilitar a análise, a *figura 3* representa uma linha do tempo que apresenta os documentos oficiais que abordam os objetivos educacionais e os principais marcos históricos sobre as Raps.

Figura 3. Linha do tempo com os principais marcos históricos da Raps



Fonte: elaboração própria.

Evidenciou-se que, nos anos seguintes à instituição do Praps, em 2005, encontros nas diferentes instâncias da federação foram promovidos, a fim de discutir as diretrizes e as propostas de avanços no processo de regulamentação das Raps^{30,31}.

Entre 2005 e 2011, foram promovidos os Seminários Nacionais de Residência Multiprofissional em Saúde, nos quais se discutiam estratégias de construção da multidisciplinaridade e diretrizes para as Raps. Além disso, havia debates sobre a composição da CNRMS e a criação do Sistema Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (SNRMS)^{30,31}.

Em 2006, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges), em parceria com o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e com o Fórum Nacional de Residentes em Saúde, discutia a composição e as atribuições da CNRMS, bem como dava seguimento ao processo de regulamentação das Raps, por meio dos seminários locais e regionais. Ainda em 2006, aconteceu a III Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, na qual houve a legitimação da criação da CNRMS e a publicação da coletânea 'Residência multiprofissional

em saúde: experiências, avanços e desafios', com a finalidade de divulgar as experiências dos Praps em nível nacional^{30,31}.

Nos anos posteriores, as amplas discussões em nível coletivo e nacional, com vistas a refletir sobre a política e a trajetória da Raps no País, foram diminuindo. As atividades promovidas se atinham a discussões pontuais como as relacionadas ao funcionamento das câmaras técnicas; Comissões Descentralizadas Multiprofissionais de Residência (Codemus); Comissão de Residência Multiprofissional (Coremu); bem como aos processos de avaliação, supervisão e regulação dos Praps^{30,31}. Tal movimento pode explicar o caráter técnico que foi assumindo o modelo educacional do Praps.

Concomitantemente, alterações importantes na composição da CNRMS foram acontecendo ao longo dos anos, à medida que as portarias interministeriais eram publicadas^{16-18,32,33}. Ao compará-las, verifica-se a tendência da maior representatividade de membros da alta direção do MEC e MS na CNRMS, em detrimento da redução dos representantes do corpo docente-assistencial e, principalmente, dos residentes. Isso é evidente a partir da publicação da Portaria nº 1.077, de

2009¹⁷, na qual ocorre a retirada dos representantes dos fóruns coletivos e do Fórum Nacional de Residentes em Saúde, chegando a ter, em 2021, apenas um residente compondo a CNRMS¹⁶.

Acredita-se que a mudança na composição da CNRMS e a redução de discussões coletivas sobre os Praps descaracterizaram a representação dos movimentos sociais. Tais fatores podem justificar o distanciamento do modelo educacional dos Praps com relação aos princípios do SUS, em especial, da interdisciplinaridade, intersetorialidade e interprofissionalidade.

Tal análise se coaduna com a reinvidicação do Fórum Nacional dos Residentes em Saúde (FNRS) pela garantia de uma concepção político-pedagógica das residências que contemplem as concepções de educação permanente no SUS, a análise e criticidade junto à realidade social, a formação de/para e com o SUS; bem como um processo de gestão, monitoramento e avaliação dinâmico e integral, que demande a participação de todos os sujeitos no processo de construção das residências³⁴.

Por outro lado, o aumento de representantes do MEC na composição da CNRMS, ao longo das publicações^{16-18,32,33}, pode ter favorecido o avanço no modelo educacional e o alinhamento das estratégias educacionais com os teóricos da educação. Enquanto em 2007¹⁸ havia dois representantes (Diretor do Departamento de Residências e Projetos Especiais da Saúde e um representante das instituições de ensino superior) do MEC compondo a CNRMS, em 2021¹⁶, passou a haver cinco (Diretor da Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde da Secretaria de Educação Superior; Coordenador-Geral de Residências em Saúde da Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde da Secretaria de Educação Superior; Coordenador-Geral de Expansão e Gestão da Educação em Saúde da Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde da Secretaria de Educação Superior; um representante da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares; e um representante da

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior).

Diante do exposto, evidencia-se o sucessivo enxugamento dos princípios, concepções, valores e estratégias educacionais dos Praps, principalmente a partir da publicação da Portaria nº 7, de 2021¹⁶. Esse achado se coaduna com as perspectivas políticas do momento em que essa portaria é editada, revelando nas diretrizes e nos programas de governo a ideologia de desmonte do SUS como direito do cidadão e como espaço de formação.

No contexto da transição de governo presidencial 2022-2023, estudo afirma que o SUS enfrenta uma crise, e, entre as pautas pendentes, há que se dar destaque para a força de trabalho, formação de recursos humanos e educação permanente. Além dos temas relacionados a carreiras, fortalecimento e qualificação dos atores e dos processos de gestão participativa e de controle social³⁵. Subentende-se que a discussão sobre as Raps faz parte dessa agenda.

A contradição entre o distanciamento discursivo dos princípios do SUS e a ampliação dos elementos educacionais nos textos dos Praps tem implicações no modo de organização dos projetos pedagógicos. Nota-se a tendência de priorizar os aspectos técnicos educacionais num contexto em que a discussão sobre as Raps ganhou contornos políticos na área da saúde.

Conclusões

Conclui-se que há uma dissonância entre os objetivos educacionais dos Praps alterados nos períodos mais recentes e os princípios e diretrizes do SUS. A Raps é uma modalidade de formação em serviço que objetiva inserir no mercado de trabalho profissionais de saúde qualificados, prioritariamente nas áreas do SUS, e, portanto, o seu alinhamento conceitual e organizativo com as diretrizes e os princípios do SUS deve ser considerado.

Nota-se o discurso tecnicista como hegemônico nos Praps, o que direciona a maximização

das habilidades técnicas e a promoção de poucos espaços e movimentos que incentivam a prática reflexiva no processo de ensino-aprendizagem nos Praps. Com isso, há uma tendência de formação do residente numa posição pouco ativa. Esse processo não favorece a formação de profissionais críticos e criativos, que refletem em e sobre as ações, que possam dar conta das demandas que a rotina de trabalho lhes impõe.

Como limitação do estudo, reconhecem-se as fontes de dados restritas àquelas localizadas pelos pesquisadores. Pode haver outros documentos que não foram acessados. Desse modo, recomendam-se novas pesquisas que se

aprofundem na temática, bem como permitam integrar os resultados da análise documental com dados provenientes de outras fontes.

Colaboradoras

Paiva ACO (0000-0001-5729-3658)* contribuiu para concepção, delineamento, coleta, análise e interpretação dos dados; redação do artigo; e aprovação final da versão a publicar. Silva KL (0000-0003-3924-2122)* contribuiu para delineamento, análise e interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo; e aprovação final da versão a publicar. ■

Referências

1. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Presidência da República; 1988.
2. 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. 20 Set 1990.
3. Brasil. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1 Jul 2005.
4. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021. [acesso em 2023 set 16]. Disponível em: https://registra-rh.saude.gov.br/images/arquivos/Cartilha_PNFRS.pdf.
5. Brasil. Secretaria de Educação Superior, Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Diário Oficial da União. 16 Abr 2012.
6. Brasil. Ministério da Saúde; Universidade Federal de Goiás. Manuais para o fortalecimento das residências em saúde: Manual 2: Abertura de Programa de Residência em Área Profissional da Saúde modalidades uni e multiprofissional suporte aos apoiadores técnicos loco-regionais. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022. [acesso em 2023 set 16]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/residencias-em-saude/publicacoes/2-abertura-de-programa-de-residencia-em-area-profissional-da-saude-web.pdf/@@download/file>.
7. Bordenave JD, Pereira AM. Estratégias de ensino-aprendizagem. 33. ed. Petrópolis: Vozes; 2014.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

8. Dalglish SL, Khalid H, McMahon SA. Document analysis in health policy research: the READ approach. *Health Policy Plan.* 2020 [acesso em 2023 set 16]; 35(10):1424-31. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7886435/>.
9. Brasil. Serviços e informações do Brasil. Brasília, DF: Governo Federal; 2023. [acesso em 2024 abr 1]. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br>.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde legis. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2023. [acesso em 2024 abr 1]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br>.
11. Fairclough N. Discurso e mudança social. 2. ed. Brasília, DF: Editora UnB; 2016.
12. Silva KL, França BD, Marques RC, et al. Análise dos discursos referentes à educação permanente em saúde no Brasil (1970 A 2005). *Trab. Educ. Saúde.* 2019 [acesso em 2023 set 16]; 17(2):e0019222. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/cj86GSrp8t7JGr-sWbxFZrcf/#>.
13. Brasil. Ministério da Educação, Secretaria de Educação Superior. Resolução nº 7, de 13 de novembro de 2014. Regulamenta os processos de avaliação, supervisão e regulação de programas de Residência em Área Profissional da Saúde. *Diário Oficial da União.* 17 Nov 2014.
14. Brasil. Ministério da Educação, Secretaria de Educação Superior. Resolução nº 5, de 07 de novembro de 2014. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. *Diário Oficial da União.* 10 Nov 2014.
15. Brasil. Ministério da Educação, Secretaria de Educação Superior. Resolução nº 3, de 4 de maio de 2010. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde e de Residência em Área Profissional da Saúde e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. *Diário Oficial da União.* 5 Maio 2010.
16. Brasil. Ministério da Educação; Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 7, de 16 de setembro de 2021. Dispõe sobre a estrutura, a organização e o funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS de que trata o art. 14 da Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde. *Diário Oficial da União.* 17 Set 2021.
17. Brasil. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. *Diário Oficial da União.* 13 Nov 2009.
18. Brasil. Portaria Interministerial nº 45/GM/MS, de 12 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. *Diário Oficial da União.* 15 Jan 2007.
19. Brasil. Secretaria de Educação Superior. Retificação na Resolução CNRMS nº 5, de 7 de novembro de 2014, sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. *Diário Oficial da União.* 10 Nov 2014.
20. Brasil. Portaria Interministerial nº 2.118, de 3 de novembro de 2005. Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. *Diário Oficial da União.* 3 Nov 2005.
21. Fassina V, Mendes R, Pezzato LM. Formação médica na atenção primária à saúde: percepção de estudantes. *Rev. Bras. Educ. Méd.* 2021 [acesso em 2023 set 16]; 45(3):e141. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/yysewGrvyndQh5j58FKrqQv/#>.

22. Nascimento ACB, Omena KVM. A Educação Interprofissional em Programas de Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: uma revisão integrativa. *RSD*. 2021 [acesso em 2023 set 16]; 10(4):e8010413655. Disponível em: <https://www.rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/13655/12441>.
23. Mendonça EM, Lanza FM. Conceito de saúde e intersetorialidade: implicações no cotidiano da atenção primária à saúde. *Rev. Psicol. Saúde*. 2021 [acesso em 2023 set 16]; 13(2):155-64. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&id=S2177093X2021000200012.
24. Silva CA, Dalbello-Araujo M. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: o que mostram as publicações. *Saúde debate*. 2019 [acesso em 2023 set 16]; 43(123):1240-58. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/9MkjpJphRF3RqWmb9bwRQxS/?format=pdf>.
25. Rios DRS, Sousa DAB, Caputo MC. Diálogos interprofissionais e interdisciplinares na prática extensionista: o caminho para a inserção do conceito ampliado de saúde na formação acadêmica. *Interface (Botucatu)*. 2019 [acesso em 2023 set 16]; 23:e180080. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/icse/2019.v23/e180080/pt>.
26. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018. [acesso em 2023 set 16]. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/publicacoes2023/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf.
27. Dombrowsky T, Gustafson K, Cauble D. Service-Learning and Clinical Nursing Education: a Delphi Inquiry. *J Nurs Educ*. 2019 [acesso em 2023 set 16]; 58(7):381-91. Disponível em: <https://journals.healio.com/doi/full/10.3928/01484834-20190614-02>.
28. Mello AL, Arruda GT, Terra MG, et al. Fatores que interferem no ensino e aprendizagem de residentes multiprofissionais em saúde: revisão integrativa. *ABCS Health Sci*. 2019 [acesso em 2023 set 16]; 44(2):138-46. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/10/1022407/44abcs138.pdf>.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). *Diário Oficial da União*. 2 Abr 2013.
30. Silva RMO, Fernandes JD, Cordeiro ALAO. Contexto histórico, instrumentos legais e avanços da residência multiprofissional e em área profissional da saúde. In: Cordeiro ALAO, Oliveira RM, Silva GTR, organizadores. *Residência multiprofissional em saúde: investigações, vivências e possibilidades na formação*. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022 [acesso em 2023 set 16]. p. 12-21. Disponível em: <https://doi.org/10.51234/aben.22.e18.c02>.
31. Silva LB. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. *Rev. Katálysis*. 2018 [acesso em 2023 set 16]; 21(1):200-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/BpFH8tww34qhg9LSW6n84d/#>.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.224, de 3 de outubro de 2012. Altera a Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009, e a Portaria Interministerial nº 1.320, de 11 de novembro de 2010, que dispõem sobre a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS. *Diário Oficial da União*. 4 Out 2012.
33. Brasil. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 16, de 22 de dezembro de 2014. Altera a Portaria Interministerial nº 1.077/MEC/MS, de 12 de novembro de 2009, a Portaria Interministerial nº 1.320/MEC/MS, de 11 de novembro de 2010 e revoga a Portaria Interministerial nº 1.224/MEC/MS, de 3 de outubro de 2012, para atualizar o processo de designação dos membros da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) e para incluir áreas profissionais para a realização de Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde. *Diário Oficial da União*. 23 Dez 2014.

34. Fórum Nacional de Residentes em Saúde. Carta de princípios Fórum Nacional de Residentes em Saúde. [Sem local]: FNRS; 2012. [acesso em 2024 jun 3]. Disponível em: <https://forumresidentes.blogspot.com/p/encontro-nacional-de-residentes.html>. so em 2024 mar 27]; 47(136):5-10. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/VPPq87nQbRCFmJPkrFM438B/?lang=pt>.
-
35. Chioro A, Costa AM. A reconstrução do SUS e a luta por direitos e democracia. Saúde debate. 2023 [aces-

Recebido em 18/09/2023

Aprovado em 04/04/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Ingrid D'avilla Freire Pereira

‘Uma parte de mim sabia que isso aconteceria um dia’: vivências de jovens com HIV/aids

‘A part of me knew this would happen one day’: experiences of young people with HIV/AIDS

Beatriz Sousa da Fonseca¹, Thamires Fernandes Cardoso da Silva Rodrigues¹, Guilherme Malaquias Silva¹, Rosângela Aparecida Pimenta², Marcelo da Silva³, Marcela Demitto Furtado¹, Maria de Fátima Garcia Lopes Merino¹

DOI: 10.1590/2358-289820241418986P

RESUMO O objetivo deste estudo foi compreender as representações sociais de jovens que vivem com o HIV. Estudo qualitativo, ancorado na Teoria das Representações Sociais, realizado com 16 jovens em acompanhamento ambulatorial. Os dados foram coletados entre maio e outubro de 2022, por meio de entrevista semiestruturada. Para o tratamento dos dados, empregou-se a técnica de análise lexical, operacionalizada com o auxílio do software Iramuteq. A representação fortemente associada ao diagnóstico de HIV está relacionada ao desconhecimento, preconceito e aceitação, apresentando, também, elementos positivos como recomeço. Classes: Diagnóstico positivo para o HIV: o ‘eu’ de agora; HIV em face do desconhecimento e do estigma; e Relações interpessoais: diálogo, acolhimento e respeito necessários aos jovens. Compreendeu-se que as representações sociais dos jovens com HIV refletem a sua condição na sociedade. Os dados deste estudo mostram que existem formas distintas de vivenciar o HIV, muitas vezes representadas pela fragilidade, pela resignação, e outras, pelo fortalecimento. A fim de minimizar a vulnerabilidade do jovem à exposição ao HIV e aos riscos de conviver com o estigma e preconceito social, fazem-se necessárias a adoção de estratégias de conscientização da sociedade sobre a doença e a ampliação da divulgação de políticas públicas que abarcam essa temática.

PALAVRAS-CHAVE Representação social. HIV. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. Adulto jovem. Assistência ambulatorial.

ABSTRACT *This study was aimed at understanding the social representations of young people living with HIV. This is a qualitative study, based on the Social Representations Theory, carried out with 16 young people in outpatient follow-up. Data were collected between May and October 2022, through semi-structured interviews. For data processing, the lexical analysis technique was used, operationalized with the aid of the IRAMUTEQ software. The representation strongly associated with the diagnosis of HIV is related to lack of knowledge, prejudice and acceptance, also presenting positive elements such as a new beginning. Classes: Positive diagnosis for HIV: the new ‘me’; HIV in the face of ignorance and stigma; and Interpersonal relationships: dialogue, acceptance and respect necessary for young people. It was understood that the social representations of young people with HIV reflect their condition in society. The data show that there are different ways of experiencing HIV, often represented by fragility, resignation, and other times by strengthening. In order to minimize the vulnerability of young people to exposure to HIV and the risks of living with stigma and social prejudice, it is necessary to adopt strategies to raise awareness about the disease and to expand the dissemination of public policies that cover this topic.*

KEYWORDS Social representation. HIV. Acquired Immunodeficiency Syndrome. Young adult. Ambulatory care.

¹Universidade Estadual de Maringá (UEM) - Maringá (PR), Brasil.
beatriz.sousa.fonseca@hotmail.com

²Universidade Estadual de Londrina (UEL) - Londrina (PR), Brasil.

³Prefeitura do Município de Maringá, Ambulatório Municipal de IST/HIV/AIDS - Maringá (PR), Brasil.

Introdução

A juventude é marcada por diversas transformações biopsicossociais, como o desenvolvimento e a maturação sexual, além da presença de incertezas e inseguranças^{1,2} que, somadas à fragilidade no acesso à educação sexual³, podem contribuir para a manifestação de Comportamentos de Risco à Saúde (CRS)⁴.

Diante disso, os adolescentes e os jovens, com idade entre 15 e 24 anos, caracterizam-se como uma população vulnerabilizada à infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), causador da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids). Apesar da redução nas taxas de infecções, de acordo com as faixas etárias, o mesmo não tem acontecido com essa população⁵. No Brasil, na última década, detectou-se um acréscimo de 74,8% nos números de casos de HIV entre os indivíduos de 20 a 24 anos⁶.

Nesse cenário, acentua-se a preocupação com relação à infecção pelo HIV/aids em jovens, uma vez que, com o diagnóstico positivo, são evidenciados sentimentos, anseios e estigmas que se apresentam na sociedade, seja no meio familiar ou mesmo pelo próprio indivíduo, interferindo em sua percepção de mundo, suas relações interpessoais e em sua sexualidade⁷.

A discriminação e o preconceito que envolvem todo o processo de saúde-doença do HIV/aids podem interferir diretamente na aproximação aos serviços de saúde, no acesso a acompanhamento e tratamento, bem como em oportunidades de trabalho, educação e socialização^{8,9}.

Apesar de o Brasil ter sido um dos países pioneiros na criação de ações e políticas públicas de saúde para o tratamento e a prevenção do HIV/aids, esse cenário tem se modificado, visto que estudos sobre a temática, em especial, com o público jovem entre 20 e 24 anos, ainda são incipientes¹⁰⁻¹². Acredita-se que refletir sobre os conteúdos representacionais oriundos da percepção de jovens vivendo com HIV, aliado às singularidades e repercussões na

vida de pessoas que convivem com a doença, poderá contribuir para a compreensão das vivências inerentes à cronicidade do HIV e aids e proporcionar o avanço para a saúde e qualidade de vida desses sujeitos.

Frente ao contexto, e para maior compreensão do fenômeno de estudo, adotou-se a Teoria das Representações Sociais (TRS), que se baseia na premissa de um fenômeno social, construído a partir da manifestação e comunicação de grupos, de acordo com suas vivências, concepções e princípios originários da vida cotidiana¹³.

A aplicação da TRS em estudos fundamentados na compreensão dos sentidos atribuídos aos sujeitos, principalmente no que se refere às vivências relacionadas ao HIV/aids, possibilita uma reflexão aprofundada das construções simbólicas que permeiam as relações pessoais e interpessoais de jovens, haja vista que integram significados e ressignificados a partir da perspectiva do indivíduo¹⁴. Desse modo, o presente estudo tem como objetivo compreender as representações sociais de jovens que vivem com o HIV.

Material e métodos

Trata-se de um estudo exploratório de abordagem qualitativa fundamentada na Teoria das Representações Sociais, a qual busca abordar a construção significativa de um senso comum a partir da interação individual ou coletiva de sujeitos com características similares¹³. Elaborada com base nos critérios do Consolidated criteria for Reporting Qualitative Research (Coreq)¹⁵.

O estudo foi conduzido no Ambulatório Municipal de IST/HIV/AIDS e Hepatites Virais de um município de médio porte do Sul do Brasil, que atende 30 municípios de uma Regional de Saúde. No ambulatório, são realizadas ações de diagnóstico, acompanhamento, aconselhamento, dispensação de medicamentos e orientações de prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).

Participaram do estudo 16 jovens, de ambos os sexos, com HIV/aids em acompanhamento ambulatorial. A seleção dos participantes se deu por conveniência. Para a elegibilidade dos participantes, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: idade entre 20 e 24 anos, caracterizados como jovens¹, diagnosticados com HIV/aids, e que frequentam o serviço especializado de atendimento a pessoas soropositivas, há pelo menos três meses. A escolha do tempo de acompanhamento do paciente é justificada pelo período de incubação e início dos sintomas, que pode levar de 30 a 60 dias após a infecção¹⁶. Excluíram-se os jovens com alguma deficiência cognitiva, descrita no prontuário, que pudesse dificultar a sua participação.

A coleta de dados foi realizada entre maio e outubro de 2022, seguindo os dias de agendamento dos jovens para as consultas, em um espaço privado, no próprio serviço, livre de ruídos e do trânsito de pessoas, no intuito de possibilitar a reflexão do participante, seu conforto e privacidade.

As recusas em participar da pesquisa tiveram como justificativa principal a dificuldade dos jovens em falar sobre o assunto, em função das suas vivências com a doença e pela discriminação social que enfrentam no seu cotidiano.

Para a investigação, foram utilizados: 1) questionário contendo informações sobre a caracterização sociodemográfica, acompanhamentos de saúde (tempo de diagnóstico, tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento, a periodicidade das consultas e o motivo da testagem) e comportamentos de risco à saúde (parceiro sexual, uso de drogas, práticas sexuais inseguras, exposição a comportamento de risco à saúde); 2) entrevista semiestruturada, para apreender os conteúdos representacionais do HIV; 3) diário de campo, como ferramenta metodológica para registro de experiência e posterior análise da pesquisadora.

Para fazer emergirem as representações sociais, algumas perguntas norteadoras foram

utilizadas, como: O que o HIV/aids significa em sua vida?; Qual foi o seu sentimento quando soube que seu exame foi positivo?; Como é/foi para você conviver com o HIV e compartilhar seu diagnóstico com as pessoas?. Os dados foram coletados até a saturação, ou seja, até se alcançarem os objetivos propostos¹⁷.

As entrevistas foram gravadas por meio de aparelho digital, durando, em média, 40 minutos, e foram transcritas na íntegra no Microsoft Word[®]. Após essa etapa, os áudios foram destruídos. O conteúdo das entrevistas ficou disponível para os participantes, mas não foram solicitados. Os dados de caracterização foram digitados e tabulados em planilha eletrônica do Microsoft Excel[®]. O rigor do estudo foi assegurado por meio dos critérios de avaliação: credibilidade, transferibilidade, confiabilidade e conformidade¹⁸.

A análise lexical foi operacionalizada com o auxílio do *software* Iramuteq (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires) 0.7 ALFA 2.3.3.1. Inicialmente, construiu-se um *corpus* textual a partir dos trechos-chave das entrevistas, que manifestaram as representações sociais atribuídas aos sentidos e significados que abarcaram a vivência de jovens com relação ao HIV.

O processamento do *corpus* textual foi realizado em sete segundos, obtendo 71,16% de aproveitamento dos segmentos de textos (227 de 319 segmentos), revelando bom aproveitamento das informações¹⁹. Empregou-se, então, a Análise de Similitude, com a construção da árvore máxima²⁰, permitindo a observação dos conteúdos representacionais e a sua correlação e hierarquização entre as ligações das narrativas de pessoas que convivem com o HIV/aids.

A análise seguiu em consonância com os preceitos do referencial teórico adotado¹³. Analisaram-se as expressões-chave (trechos selecionados das entrevistas que melhor descrevem o conteúdo); as ideias centrais das falas (são as fórmulas sintéticas que são similares nos diferentes indivíduos) que configuram o núcleo de sentido; a ancoragem (são as fórmulas sintéticas que descrevem os valores e

a crença das respostas). Essa análise permitiu compreender as entrevistas como um discurso representativo de um grupo (jovens com HIV/aids).

O estudo seguiu em consonância com as diretrizes éticas estabelecidas nas Resoluções de nº 466/2012²¹ e nº 510/2016²², do Conselho Nacional de Saúde e Complementares, e foi aprovado em Comitê de Ética em Pesquisa da instituição signatária, sob CAAE nº 48980821.5.0000.0104 e parecer nº 5.202.623/2022. Todos os participantes foram convidados a ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias de igual teor. Para manter a identidade dos participantes preservada, adotou-se a letra J (jovem), seguida pelo algarismo arábico correspondente à ordem das entrevistas realizadas (Exemplo: J 10).

Resultados

A fim de conhecer a vivência dos jovens com o HIV/aids e compreender suas representações sociais, realizou-se a caracterização dos 16 participantes, que tinham entre 20 e 24 anos, com predomínio do sexo masculino

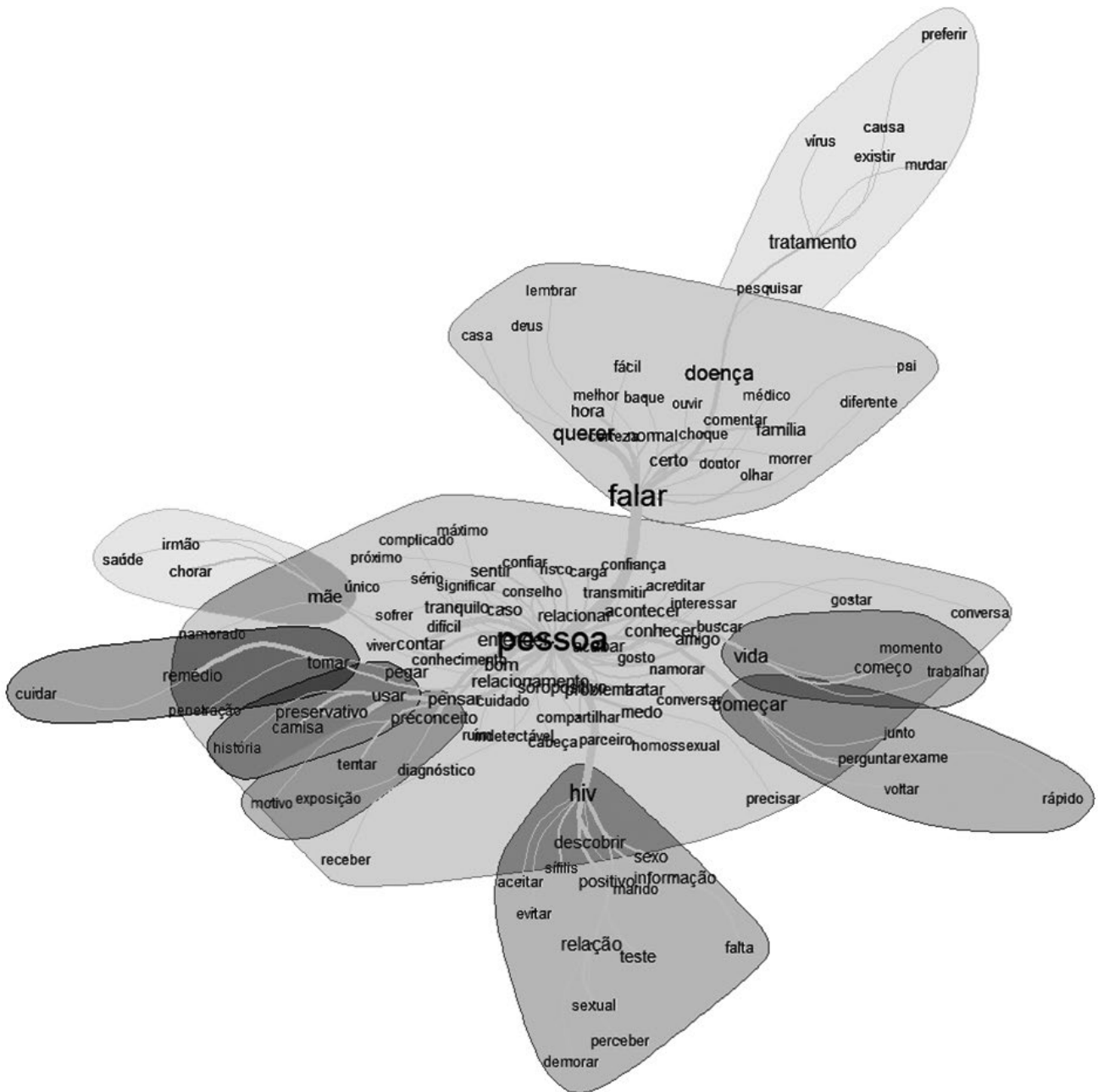
(14); homossexuais (10); solteiros (12); com mais de oito anos de estudo (14); brancos autodeclarados (8). Entre os participantes, seis residiam com os pais.

No que se refere ao acompanhamento clínico, dez jovens relataram que receberam o diagnóstico entre dois e seis anos antes da abordagem; doze iniciaram o tratamento antes de completar o primeiro ano do diagnóstico, e nove realizaram as consultas em período superior a seis meses. Como principal motivo de testagem (diagnóstico positivo), sete realizaram os testes rápidos de rotina. As vias de transmissão do HIV foram: via sexual (10), transmissão vertical (1), desconhecimento da via (5).

Os comportamentos de risco à saúde dos jovens a serem destacados foram: não utilização de preservativos durante o ato sexual (8) e uso de drogas (7).

A seguir, é apresentada a análise de similitude (*figura 1*), que possibilita identificar as ocorrências entre as palavras proferidas pelos participantes e suas dimensões, sendo as palavras que os jovens apresentam um reflexo da sua vivência com o vírus.

Figura 1. Árvore ilustrativa da análise de similitude referente ao corpus textual das entrevistas realizadas com jovens que convivem com o HIV/aids. Maringá, Paraná, Brasil, 2023



Fonte: organizado pelo software Iramuteq®.

Observou-se, por meio dessa representação, que os jovens trouxeram elementos que os colocam como ‘pessoa’, como núcleo central.

A partir da análise de similitude, os jovens trouxeram termos relacionados à organização das classes hipotéticas, partindo dos termos centrais, integrando outros núcleos, pela análise estrutural proposta pela árvore máxima.

A conexão hierárquica entre os termos representacionais originou classes, que conduzem à discussão do conteúdo apreendido: Diagnóstico positivo para o HIV: o novo ‘eu’; HIV em face do desconhecimento e do estigma; e Relações interpessoais: diálogo, acolhimento e respeito necessários aos jovens.

Ao buscar as representações sociais do HIV, é necessário compreender que os jovens anseiam pelo pertencimento na sociedade e aceitação como pessoas, independentemente de sua condição. Os sentidos para os diversos significados, atribuídos à condição de ter HIV/aids, são identificados pelo núcleo central, quando a pessoa, inserida em um determinado contexto social e nas suas relações interpessoais, percebe a dificuldade em conviver com a doença e tudo que cerca a sua condição.

Os sistemas periféricos retratam a presença do HIV, seu enfrentamento e aceitação, o recomeçar apesar da doença, o cuidado preventivo e o cuidado com a doença, a família como suporte, o diálogo e a rede de apoio para o compartilhamento de sua condição, o cuidado com a saúde e a necessidade de mudança de comportamento.

Classe 1: Diagnóstico positivo para o HIV: o novo ‘eu’

O HIV, na vida do jovem, perpassa um longo caminho, que vai desde a revelação do seu diagnóstico até sua realidade atual. Os dados empíricos descritos nas narrativas revelam os sentimentos que permeiam a vida dos sujeitos, com a frustração e a decepção consigo, até a compreensão e a aceitação do seu diagnóstico, possibilitando um despertar para o

autocuidado, considerando a fragilidade do conhecimento sexual associada às situações de vulnerabilidade e infecção do vírus.

A partir dos relatos, foi possível apreender, sob a perspectiva do jovem, a dificuldade que a convivência com o HIV impôs em um primeiro momento, passando por um processo de compreensão da vida apesar do HIV, desencadeando em autoconhecimento e aceitação da sua condição.

A doença em si, para mim, não quer dizer nada e não me desestimula a viver... a querer crescer, conquistar minhas coisas. Muito pelo contrário. (J14).

[...] hoje eu consigo falar abertamente... sobre minha doença. (J7).

Hoje eu me sinto forte, guerreira, é um aprendizado... gosto de contar minha história para as pessoas. Não tenho medo de contar e é uma motivação. (J1).

Aí em relação a aceitar, eu vi que não tinha o que fazer, eu já estava positivo [...]. (J3).

Nos discursos produzidos pelos jovens, que envolveram as relações afetivas, observou-se uma dualidade de sentimentos, que variava entre a confiança e a ausência dela nas relações. Observou-se uma mudança de comportamento em função do autocuidado na maior parte dos participantes, buscando uma maior conexão entre intimidade e segurança, denotando o autocuidado.

[...] eu não tive a sorte do meu parceiro me contar (sobre a doença), e eu acabei sendo infectada, [...] a gente não pode confiar em todo mundo... (J12).

Meu namorado falou que poderia ter sido meu ex que poderia ter me passado (HIV)... e depois que a gente terminou eu descobri que foi ele que tinha me passado. (J3).

Prestar a atenção com quem você anda porque nem todas as pessoas vão te fazer o bem, elas querem te fazer mal. (J2).

Classe 2: HIV em face do desconhecimento e do estigma

A pessoa é colocada como foco central das representações do viver com o HIV. Foram retratados os elementos subjetivos que permearam a experiência de quem vive com o HIV, no momento de descoberta da infecção pelo vírus, cujas emoções foram externadas em forma de medo, insegurança, desesperança e, também, fortalecimento – o que eu senti.

Eu fiquei destruído..., para mim, eu iria morrer na hora, iria morrer em poucos dias... (J2).

Uma parte de mim, no fundo, sabia que isso aconteceria um dia porque eu era muito irresponsável em relação a isso [...] ouvir aquilo [diagnóstico] foi um baque. (J6).

No início, significa morte, desistência de tudo... (J7).

[...] foi um momento de adaptação e valorização da minha vida pessoal. (J14).

Vivenciar o preconceito, para a pessoa com HIV/aids, representa exclusão social. Notou-se uma forte ligação entre os elementos subjetivos associados ao estigma que permeia a vida de pessoas que convivem com a doença.

[...] as pessoas não estão abertas para saber sobre o HIV, para saber como que é viver com uma pessoa indetectável, como é se relacionar... se você fala que é soropositivo, já causa tipo um espanto, um estranhamento. (J3).

A minha maior dificuldade no começo foi o medo da exposição mesmo, do preconceito, de tudo isso que a gente vai carregar para o resto da vida. (J14).

Os discursos apontam a falta de orientação e o desconhecimento sobre a saúde sexual e a adoção de comportamentos saudáveis e preventivos – atribuindo responsabilidades.

Grande parte da minha desinformação, desconhecimento me fez ter atitudes como o sexo sem preservativo, que foi o que gerou a tal doença. (J9).

O HIV leva à ideia da década de 80/90, que quando a pessoa era diagnosticada como soropositiva, era sentença de morte, aí está a falta de informação. (J14).

Pesquisar mais sobre a doença... a maioria das pessoas não tem muito conhecimento sobre como que é transmitido, sobre como que um soropositivo leva a sua vida. Tem muita gente que ainda acha que o diagnóstico de HIV é uma sentença de morte como era antigamente. Eu acho que isso pode ajudar bastante. (J8).

Classe 3: Relações interpessoais: diálogo, acolhimento e respeito necessários aos jovens

A família desponta como acolhimento, apesar de nem sempre ser representada dessa forma. Os discursos dos jovens também estão marcados pela associação entre a vivência da doença e as relações familiares. Observou-se uma forte conexão da pessoa com a mãe e o chorar. A figura materna está relacionada ao cuidado, aceitação e suporte, constantemente presente nos discursos dos jovens – ser aceito como pessoa.

[...] Quando eu voltei para casa... depois de um tempo, eu contei pra minha mãe. (J8).

Eu fico muito triste. Eu quase entrei em depressão. No começo eu não queria aceitar, mas eu tive muito apoio da minha mãe. (J12).

[...] Minha mãe e meu pai da mesma forma, sempre me apoiam no meu tratamento, nunca sequer apontaram o dedo para mim 'olha, você fez isso errado'. Muito pelo contrário, me acolheram muito mais. (J2).

As vulnerabilidades que compõem o momento da juventude podem interferir diretamente em sua saúde. Em geral, os comportamentos de risco estão vinculados aos relacionamentos afetivos, e, portanto, o conhecimento pode ajudar na manutenção de uma vida saudável.

[...] mesmo ele sendo seu namorado... Mesmo você amando, eu acho que a gente deve se cuidar mais [...]. (J12).

[...] vão aproveitar da sua inocência ou porque você está ali naquele momento de felicidade... Então, toma cuidado com as pessoas que você anda e sempre fazer o teste. (J2).

A hesitação em revelar a própria sorologia aos parceiros destaca um conflito entre o medo de arriscar essas relações ao ser transparente e o desejo de proteger esses vínculos do potencial julgamento que o compartilhamento dessa informação poderia provocar.

Quando a pessoa não sabe [HIV], você se sente um pouquinho incomodada, entendeu? Tipo, por mais que você use o preservativo, fica meio que desconfortável. (J4).

Eu pretendo compartilhar [o diagnóstico] quando estiver sério [relacionamento] com uma pessoa. (J8).

Eu procuro compartilhar para parceiros que eu vejo que tenha essa necessidade. Caso contrário, como eu tenho a consciência que eu sou indetectável... (J14).

Os discursos demonstraram a importância de divulgar informações sobre o HIV para a população e, em especial, entre os jovens. Nessa classe, emergiram as representações sociais do conhecimento científico e do senso comum sobre o HIV/aids e suas formas de transmissão, mecanismos de prevenção e formas de tratamento – o que se sabe sobre o HIV.

[...] usar preservativo poderia reduzir, tipo quase chegar a zero, o risco de eu contrair alguma doença. (J8).

Não sei se o problema era eu ser gay... ser gay e não ter acesso... não conversar com outras pessoas sobre sexo, porque é diferente o sexo gay e o sexo hétero. (J9).

Discussão

Os discursos desvelam uma visão complexa e, por vezes, contraditória das estratégias de enfrentamento do HIV/aids vivenciadas pelos jovens do estudo. Existe uma versão fatalista quanto à infecção pelo vírus e, também, a possibilidade de viver com ele sem prejuízos à vida. A busca da autoaceitação e do acolhimento da família e dos parceiros associa-se ao medo da rejeição social, em função da sua condição.

O HIV e a aids, a princípio, foram ancorados pelos jovens como uma doença fatal. Compartilhar sua condição relacionou-se diretamente à discriminação; ter contraído o vírus reconectou-se ao descuido com a saúde; conviver com a doença determinou expor outras pessoas ao risco de adoecer. Também associaram a doença à homossexualidade, à falta de cuidado com o próprio corpo e à imprudência em suas escolhas nos relacionamentos afetivos.

Notou-se que, após o diagnóstico, houve entre os jovens um resgate de responsabilidade com a própria saúde e seus relacionamentos. Alguns identificaram a necessidade de práticas preventivas, porém, em determinados momentos, elas são negligenciadas por limitações externas, relacionadas à capacidade de compreensão do parceiro, o que está em consonância com as suas representações sobre a doença. Muitos ainda têm a percepção de que tais medidas são desnecessárias, em função de considerarem-se indetectáveis.

Ressalta-se que o conhecimento científico sobre a supressão da carga viral na transmissibilidade do HIV, ainda hoje, necessita de maior divulgação entre as pessoas, como um todo. Importante passo nesse sentido foi o Programa de Prevenção Access Campaign, que, em 2016, lançou a campanha U=U (*undetectable equals untransmittable*), ou seja, 'indetectável é igual a intransmissível', a qual afirmava que a pessoa que vive com HIV e tem carga viral indetectável não transmite o HIV aos seus parceiros²³. Essa divulgação é necessária, a fim de estimular a realização de testes e tratamento precoces e, ainda, para combater o estigma e a discriminação que continuam afetando as pessoas que vivem com o HIV.

Nesse sentido, as experiências cotidianas são as de que se vive com maior intensidade e que transmitem impressões que parecem mais reais. Situações que ocorrem no dia a dia são percebidas com maior riqueza de detalhes do que outras vivenciadas esporadicamente. Portanto, quanto maior a importância do objeto social para o grupo, maior será a elaboração do grupo sobre ele²⁴.

Por meio do núcleo central, identificou-se a presença de duas estruturas representacionais no interior do grupo: a primeira tem como núcleo central os conceitos de não aceitação e de resiliência, segundo o falar, após o diagnóstico do HIV, que, apesar de ser uma doença incurável, concebe a condição de uma vida normal e com qualidade. Ao se deparar com o diagnóstico positivo do vírus, os sentimentos repercutidos para os jovens se traduzem como determinantes de sua condição de saúde. As representações apreendidas desde a década de 1980 perpetuam até os dias atuais, salientando as fragilidades no que se refere ao conhecimento sobre o acesso às ações preventivas, norteadoras e diagnósticas para o HIV, aids e outras ISTs^{25,26}.

Ser jovem implica reafirmar um ciclo de descobertas, desenvolvimento e planejamento do futuro. A sexualidade, por sua vez, melhor evidenciada nessa faixa etária, representa um momento de exploração da liberdade e

da autonomia. Na medida em que os jovens adotam comportamentos prejudiciais à sua integridade física, oportunizam a exposição a doenças e riscos que podem ser determinantes por toda a vida²⁷.

Além dos danos físicos provocados pela doença, pessoas com HIV enfrentam o sentimento de culpa, o julgamento e o medo da não aceitação por parte da sociedade e da família²⁸. Ademais, muitos sujeitos que possuem o diagnóstico positivo da doença se deparam com a desestimulação, a perda da perspectiva e de objetivos preestabelecidos por eles²⁹. Ainda, observou-se uma diversidade de comportamentos, em que alguns indivíduos postergam a procura dos serviços de saúde por anteciparem a possibilidade de sofrerem discriminação, principalmente por não aceitarem a doença ou não compreenderem o processo que envolve o HIV/aids.

Nesse cenário, o acompanhamento clínico e o tratamento tardio podem potencializar o avanço da doença, acarretando o aparecimento rápido dos sintomas e a debilitação do indivíduo³⁰. Além do desenvolvimento de depressão em pacientes com HIV, denotando que a patologia pode afetar, também, o âmbito psicológico/mental³¹.

A funcionalidade familiar pode ter relações familiares construtivas ou destrutivas para a pessoa que convive com o HIV³². Em uma comunicação efetiva na relação entre o médico/enfermeiro e o paciente, observa-se uma clareza no processo de saúde e doença, podendo ser expandido para o ambiente familiar, para que haja uma educação coletiva, com a quebra de estigmas gerados durante os anos de HIV³³. Contudo, é imperativo reconhecer que, idealmente, enquanto a quebra de estigmas dentro dos serviços de saúde e no seio familiar representa um avanço, preconceitos e resistências persistem, frequentemente emanados dos próprios profissionais de saúde, que deveriam atuar como pilares de apoio e informação¹⁴.

Deve-se considerar que profissionais da saúde, ao integrarem suas convicções e crenças religiosas às práticas de cuidado,

podem contribuir para a culpabilização de indivíduos infectados pelo HIV³⁴. Para tanto, os serviços de saúde devem buscar maior acessibilidade, abertura, desburocratização e flexibilidade, visando a acolher e atender às necessidades individuais, fomentando um cuidado personalizado³⁴.

Os depoimentos denotam uma visão de que a adoção de medidas preventivas poderia ter privado os jovens do sofrimento vivenciado. Ainda nesse sentido, percebe-se que as relações afetivas e sexuais são intrinsecamente afetadas após o diagnóstico de HIV. Essas posições antagônicas são esperadas, visto que é no universo consensual, nas interações presentes nas práticas do dia a dia, que são construídas as representações sociais, e elas são determinadas a partir das situações vivenciadas no ambiente conhecido e que nos é familiar³⁵. Assim, esses sentimentos podem influenciar significativamente a sexualidade do indivíduo, obtendo a tendência de redução de relações afetivas e sexuais. Além disso, o envolvimento mais profundo entre os sujeitos pode culminar no compartilhamento do diagnóstico, levando à perda do parceiro ou à discriminação³⁶.

No entanto, é importante evidenciar a necessidade do manejo das redes de apoio de relacionamento interpessoal, uma vez que são imprescindíveis para o enfrentamento da doença, promoção de melhores condições de vida e práticas sociais. Além disso, ressalta-se que o suporte social, seja familiar, de amigos ou parceiros, pode ser uma excelente ferramenta para que esses jovens se sintam incluídos, de forma a promover a superação e minimizar os efeitos negativos advindos do diagnóstico³⁷.

Nesse panorama de suporte e acolhimento a pessoas vivendo com HIV, denota-se que grupos de apoio em aplicativos como WhatsApp, Facebook e Telegram, onde os participantes podem evidenciar suas vivências sobre o HIV, são uma zona segura de preconceitos advindos dos indivíduos, destacando-se como uma das redes de apoio para os jovens³⁸.

Desde as primeiras discussões sobre a origem da doença, foram produzidos, marcados e reforçados, de forma irreversível, o

estigma e a discriminação, e, conseqüentemente, o sujeito infectado pelo vírus HIV^{26,27}. No panorama atual, o vírus ainda carrega muitos estigmas perante a sociedade, tornando-se um grande desafio para os indivíduos que vivem com a patologia, e essa alienação da população sobre a temática exacerba o preconceito e a discriminação³⁴.

Tal preconceito, atualmente, deriva das associações com a epidemia na década de 1980, já que, no início, relacionavam o vírus aos homossexuais, hemofílicos, haitianos, usuários de drogas e profissionais do sexo, relacionando-se com grupos marginalizados³⁹. Desse modo, o medo de serem julgados leva os sujeitos infectados, muitas vezes, a ocultar o diagnóstico como estratégia para minimizar o seu impacto social^{34,40}.

A descoberta do HIV constitui um processo difícil, atrelando-se, muitas vezes, ao sentimento de indignação/tristeza, haja vista que a relação social é um complicador para pacientes com a doença, uma vez que a infecção pelo vírus pode ser uma condição de saúde estigmatizante, que envolve sentimentos de discriminação e, conseqüentemente, falta de apoio social e sentimentos de solidão³⁹. Além disso, a quantidade de pacientes jovens vivendo com HIV está crescendo, e isso vem acompanhado de uma alta prevalência de sinais e sintomas depressivos. Nessa perspectiva, apoio social e familiar são fatores de proteção para a qualidade de vida e a saúde mental dos afetados⁴¹.

Sendo assim, jovens que vivem com HIV podem ter sua autoestima alterada, pois um impacto social é causado devido à infecção pelo vírus. A autoestima influencia na forma de o indivíduo pensar, seja positivamente ou negativamente, além dos limites impostos pela doença, como ruptura de laços, discriminação, projetos de vida fragilizados e mudanças de hábitos e estilo de vida⁴².

A fim de interferir positivamente, os serviços de saúde, juntamente com outras redes de apoio, devem intervir no universo vivenciado pelo jovem, trazendo informações do mundo científico, da objetividade e das teorizações

abstratas – o não familiar, como o HIV, para uma significação já conhecida das pessoas. A atuação desses serviços deve buscar a criação de vínculo com os jovens, por meio do diálogo qualificado, transmitindo o conhecimento científico sobre a prevenção, o diagnóstico e o cuidado dos indivíduos com HIV⁴³.

A informação sobre o HIV é um fator fundamental para aumentar a adesão ao tratamento e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida das pessoas infectadas. Compreender as causas, os sintomas e as formas de tratamento da doença é essencial para enfrentar o estigma e o preconceito associados a ela, além de promover a prevenção da transmissão do vírus⁴². Para tanto, a oferta de conhecimentos em saúde em diferentes contextos pode contribuir para a mudança de comportamento, minimizando os impactos sociais do HIV e proporcionando uma melhor qualidade de vida para a população⁴³.

As limitações do estudo estão pautadas na adesão dos participantes. Considerando-se que o tema é permeado pelo estigma, o medo do preconceito e/ou de julgamentos fez com que a maior parte das pessoas abordadas se recusasse a expor suas vivências.

Considerações finais

As representações sociais sobre o HIV elaboradas pelos jovens são uma interpretação da sua realidade, de quem vive com o vírus e a doença, a partir da sua infecção. Nesse contexto, eles buscaram formas de vivenciar sua condição no espaço social em que estão inseridos, muitas vezes, percebendo-se em um grupo singular, como HIV positivo. Os achados desvelam a complexidade do processo de saúde-doença de jovens convivendo com o HIV. Para tanto, ao adquirirem conhecimentos sobre sua condição de saúde, eles passam a perceber a oportunidade de aumentar sua expectativa e melhorar sua qualidade de vida.

Destaca-se que as evidências dessa pesquisa se relacionam com os estigmas e preconceitos

que ainda se tornam presentes na sociedade atual; a aceitação da doença e a importância do tratamento, a partir dos conhecimentos norteados pelo serviço de atenção especializada; as fragilidades inerentes ao processo de educação sexual apreendidas desde a adolescência até a idade jovem, além da rede de apoio como principal mecanismo de enfrentamento da doença.

É imperativo questionar as lacunas no seguimento à saúde da população jovem. Por mais que existam políticas públicas voltadas à prevenção e à promoção da saúde, há falhas significativas em sua execução e atuação profissional, que contribuem para a vulnerabilidade desses indivíduos. Para tanto, é urgente que gestores e governantes assumam seu papel de liderança na resposta à epidemia, adotando medidas eficazes para enfrentar as causas subjacentes à propagação do HIV e garantindo o bem-estar e a dignidade de todas as pessoas afetadas por essa condição.

Colaboradores

Fonseca BS (0000-0002-3469-2231)* e Merino MFGL (0000-0001-6483-7625)* contribuíram igualmente para elaboração do manuscrito, concepção e o desenho do trabalho; coleta, análise e interpretação dos dados; redação do artigo e em sua revisão crítica; aprovação final da versão a ser publicada. Rodrigues TFCS (0000-0001-7942-4989)* contribuiu para coleta, análise e interpretação dos dados; aprovação final da versão a ser publicada. Silva GM (0000-0003-4748-2951)* contribuiu para redação do artigo e sua revisão crítica; aprovação final da versão a ser publicada. Silva M (0000-0002-0376-0430)* contribuiu para concepção e desenho do trabalho; aprovação final da versão a ser publicada. Pimenta RA (0000-0003-0157-7461)* e Furtado MD (0000-0003-1427-4478)* contribuíram igualmente para concepção e desenho do trabalho; redação do artigo e em sua revisão crítica; aprovação final da versão a ser publicada. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. World Health Organization. Older adolescent (15 to 19 years) and young adult (20 to 24 years) mortality. 2022. [acesso em 2022 out 25]. Disponível em: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/levels-and-trends-in-older-adolescent-\(15-to-19-years\)-and-young-adult-\(20-to-24-years\)-mortality](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/levels-and-trends-in-older-adolescent-(15-to-19-years)-and-young-adult-(20-to-24-years)-mortality).
2. Silva CBD, Bellenzani R, Motta MGC. Experience of pregnancy and maternity by adolescents/young people born infected with HIV. *Rev. Bras. Enferm.* 2020 [acesso em 2022 out 24]; 73(supl4):e20190405. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0405>.
3. Guedes DP, Zuppa MA. Propriedades psicométricas da versão brasileira da Adolescent Health Promotion Scale (AHPS). *Ciênc. saúde coletiva.* 2020 [acesso em 2023 out 10]; 25(6):2357-68. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.23252018>.
4. Moura LR, Torres LM, Cadete MMM, et al. Fatores associados aos comportamentos de risco à saúde entre adolescentes brasileiros: uma revisão integrativa. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2018 [acesso em 2022 dez 15]; 52:e03304. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017020403304>.
5. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2021.* Brasília, DF: MS, 2021. [acesso em 2022 out 25]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2021/boletim-epidemiologico-especial-hiv-aids-2021.pdf/view>.
6. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2020.* Brasília, DF: MS; 2020. [acesso em 2022 out 25]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2020/boletim-hiv-aids-2020-internet.pdf>.
7. Lobo AS, Leal MAF. A revelação do diagnóstico de HIV/Aids e seus impactos psicossociais. *Rev. Psicol. Divers Saúde.* 2020 [acesso em 2022 nov 1]; 9(2):174-89. Disponível em: <https://doi.org/10.17267/2317-3394rpds.v9i2.2833>.
8. Ew RAS, Ferreira GS, Moro LM, et al. Estigma e teste rápido na atenção básica: percepção de usuários e profissionais. *Rev. Bras. Promoç. Saúde.* 2018 [acesso em 2022 nov 1]; 31(3):1-9. Disponível: <https://doi.org/10.5020/18061230.2018.7463>.
9. Rossi AM, Souza RKT, Corrêa LFL, et al. Positividade ao HIV e fatores associados em um centro de testagem e aconselhamento. *Ciênc. Cuid. Saúde.* 2021 [acesso em 2022 out 26]; 20:e50495. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v20i0.50495>.
10. Silva DPE, Oliveira DC, Marques SC, et al. Social representations of the quality of life of the young people living with HIV. *Rev. Bras. Enferm.* 2021 [acesso em 2022 nov 1]; 74(2):e20200149. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0149>.
11. Silva RG, Abreu PD, Araújo EC, et al. Vulnerability in the health of young transgender women living with HIV/Aids. *Rev. Bras. Enferm.* 2020 [acesso em 2022 nov 5]; 73(5):e20190046. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0046>.
12. Braga RMO, Lima TP, Gomes AMT, et al. Representações sociais do HIV/Aids para as pessoas que convivem com a síndrome. *Rev. Bras. Enferm.* 2016 [acesso em 2022 nov 5]; 24(2):e15123. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.15123>.
13. Zalfa LMC, Espirito-Santo G, Assis MR. Representação social sobre saúde em uma escola no Rio de Janeiro. *Rev. Bras. Educ. Fís. Esporte.* 2020 [acesso em 2022 nov 5]; 34(4):611-21. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/1807-5509202000040611>.

14. Machado YY, Silva AL, Albuquerque VS, et al. Representações sociais dos profissionais de saúde sobre HIV/Aids: comparação entre homens e mulheres. *Saúde e Pesqui.* 2020 [acesso em 2022 nov 5]; 13(4):861-69. Disponível em: <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2020v13n4p861-869>.
15. Souza VRS, Marziale MHP, Silva GTR, et al. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paul Enferm.* 2021 [acesso em 2022 out 25]; 34:eAPE02631. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>.
16. Neto LFSP, Perini FB, Aragón MG, et al. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: infecção pelo HIV em adolescentes e adultos. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2021 [acesso em 2022 nov 5]; 30(esp1):e2020588. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-4974202100013.espl>.
17. Oliveira DC. Análise de conteúdo temático-categorial: uma técnica maior nas pesquisas qualitativas. In: Lacerda MR, Costenaro RGS, editores. *Metodologia da pesquisa para a Enfermagem e Saúde: da teoria à prática.* Porto Alegre: Moriá; 2016.
18. Guba EG, Lincoln YS. Paradigmas concorrentes em pesquisa qualitativa. In: Denzin NK, Lincoln YS, editores. *O Cenário da Pesquisa Qualitativa.* Thousand Oaks: Sage; 1989.
19. Moura RM, Motokane MT, Oliveira MM. Síntese interativa através da construção de texto colaborativo subsidiado pelo IRAMUTEQ no âmbito da metodologia interativa. *Div. Journ.* 2022 [acesso em 2022 nov 3]; 7(1):476-494. Disponível em: <https://doi.org/10.48017/dj.v7i1.2018>.
20. Marchand P, Ratinaud P. L'analyse de similitude appliquée aux corpus textuels: les primaires socialistes pour l'élection présidentielle française (septembre-octobre 2011). *Actes Des 11èmes Journées Internationales d'Analyse Des Données Textuelles (JADT) 2012.* [acesso em 2022 out 25]. Disponível em: <http://lexicometrica.univ-paris3.fr/jadt/jadt2012/Communications/Marchand,%20Pascal%20et%20al.%20-%20L'analyse%20de%20similitude%20appliquee%20aux%20corpus%20textuels.pdf>.
21. Brasil. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 12 dez 2012.* [acesso em 2022 out 23]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
22. Brasil. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 7 abr 2016.* [acesso em 2022 out 23]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html.
23. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, et al. Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicentre, prospective, observational study. *Lancet.* 2019 [acesso em 2024 mar 27]; 393(10189):2428-2438. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30418-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30418-0).
24. Berger PL, Luckmann T. A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento. 24. ed. Petrópolis: Vozes; 2004.
25. Alves IN, Pires Filho LAS, Salviano ACS, et al. Perfil epidemiológico de adultos jovens (20 a 24 anos) com HIV/Aids em uma cidade do interior paulista. *REAS.* 2020 [acesso em 2023 fev 23]; (57):e4164. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e4164.2020>.
26. Muniz CG, Brito C. O que representa o diagnóstico de HIV/Aids após quatro décadas de epidemia? *Saúde debate.* 2022 [acesso em 2023 fev 25]; 46(135):1093-106. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213510>.

27. Fernandes I, Bruns MAT. Revisão sistematizada da literatura científica nacional acerca da história do HIV/Aids. *Rev. Bras. Sex. Hum.* 2021 [acesso em 2023 fev 25]; 32(1):60-7. Disponível em: <https://doi.org/10.35919/rbsh.v32i1.916>.
28. Vinagre MG, Barros L. Preferências dos adolescentes sobre os cuidados em saúde. *Ciênc. saúde coletiva.* 2019 [acesso em 2023 fev 25]; 24:1627-36. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.04362019>.
29. Cruz MLS, Darmont MQR, Monteiro SS. Estigma relacionado ao HIV entre jovens em transição para a clínica de adultos num hospital público no Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva.* 2021 [acesso em 2023 fev 23]; 26(7):2877-86. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.07422021>.
30. Patrício ACFA, Silva IBN, Ferreira MAM, et al. Depression, self-concept, future expectations and hope of people with HIV. *Rev. Bras. Enferm.* 2019 [acesso em 2023 fev 20]; 72(5):1288-94. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0730>.
31. Souza LS, Santos NP, Lima PV, et al. Evaluation of family functionality in elderly people living with HIV/AIDS. São Paulo: *Rev. Recien.* 2021 [acesso em 2022 out 25]; 11(33):99-106. Disponível em: <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.33.99-106>.
32. Oliveira DC, Stefaisk RLM, Machado YY, et al. Rebuilding oneself with HIV: practices for promoting quality of life revealed by research. *Rev. Saber Digital.* 2022 [acesso em 2023 fev 24]; 15(3):e20221515. Disponível em: <https://doi.org/10.24859/SaberDigital.2022v15n3.1347>.
33. Rocha LF. Teoria das representações sociais: a ruptura de paradigmas das correntes clássicas das teorias psicológicas. *Psico ciênc. prof.* 2014 [acesso em 2023 jan 2]; 34(1):46-65. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932014000100005>.
34. Melo EA, Maksud I, Agostini R. Cuidado, HIV/Aids e atenção primária no Brasil: desafio para a atenção no Sistema Único de Saúde? *Rev. Panam. Salud Publica.* 2018 [acesso 2022 dez 15]; 42:e151. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.151>.
35. Sá AAM, Santos CVM. A vivência da sexualidade de pessoas que vivem com HIV/Aids. *Psico ciênc. prof.* 2018 [acesso em 2023 fev 23]; 38(4):773-86. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703000622017>.
36. Silva RTS, Silva RAR, Rodrigues IDC, et al. Coping strategies of people living with AIDS in face of the disease. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2018 [acesso em 2024 mar 27]; 26:e2985. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2284.2985>.
37. Nunes Junior SS, Ciosak SI. Terapia antirretroviral para hiv/aids: o estado da arte. *Revista de Enfermagem UFPE on line.* 2018 [acesso em 2022 out 25]; 12(4):1103. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/revistaenfermagem/article/view/231267>.
38. Cunha CC, Stochero L, Almeida LA, et al. Na encruzilhada de duas pandemias: a experiência de redes de apoio social de jovens e adultos vivendo com HIV/Aids durante a pandemia de Covid-19. *Physis.* 2022 [acesso em 2024 mar 27]; 32(3):e320301. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320301>.
39. Pimentel GS, Ceccato MGB, Costa JO, et al. Qualidade de vida em indivíduos iniciando a terapia antirretroviral: um estudo de coorte. *Rev. Saúde Pública.* 2020 [acesso em 2023 mar 24]; 54:146. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001920>.
40. Melo DS, Mello R. Representações sociais de pessoas vivendo com HIV: autopercepção da identidade egoecológica. *Saúde debate.* 2021 [acesso em 2023 mar 24]; 45(131):1101-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113112>.
41. Magno L, Silva LAV, Veras MA, et al. Estigma e discriminação relacionados à identidade de gênero e à vulnerabilidade ao HIV/aids entre mulheres transgênero: revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública.*

2019 [acesso em 2024 mar 27]; 35(4):e-00112718.
Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00112718>.

Rev. Saúde Pública. 2019 [acesso em 2024 mar 27];
53:80. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053001174>.

42. Freitas JD, Maciel RHMO. HIV/AIDS: evolução e depressão em pessoas soropositivas: uma revisão narrativa. REAS. 2021 [acesso em 2023 fev 24]; 13(5):e7441. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e7441.2021>.

Recebido em 27/10/2023
Aprovado em 23/04/2024
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (Capes) – Código de Financiamento 001. (Nº do processo: 88887.615811/2021-00)

Editora responsável: Jamilli Silva Santos

43. Taquette SR, Souza LMBM. HIV-AIDS prevention in the conception of HIV-positive young people.

Financiamento da saúde mental pública: estudo do caso do Rio de Janeiro (2019 a 2022)

Financing public mental health: a case study of Rio de Janeiro (2019 to 2022)

Karen Athié^{1,2}, Paulo Amarante¹

DOI: 10.1590/2358-289820241418568P

RESUMO A saúde mental no Sistema Único de Saúde vive uma disputa entre o cuidado centrado na doença e os determinantes socioambientais. O estudo do cofinanciamento estadual da Rede de Atenção Psicossocial no Rio de Janeiro (2019 a 2022) visou observar como elementos teórico-conceituais sobre saúde mental foram relevantes nas decisões de financiamento interfederativo nesse período. Realizou-se revisão de normativas federais e estaduais das Comissões Intergestores (Bipartite e Tripartite), notas técnicas e consultas ao Fala.BR. Os documentos demonstraram a ruptura interfederativa com relação ao cuidado da saúde mental de base territorial e comunitária. Nesse período, enquanto o Ministério da Saúde direcionava sua agenda para o cuidado ambulatorial e especializado, o Rio de Janeiro ampliou o recurso financeiro estadual à saúde mental em R\$ 175 milhões para fortalecer Centros de Atenção Psicossocial e Serviços Residenciais Terapêuticos habilitados ou elegíveis para habilitação. A desinstitucionalização de sobreviventes dos manicômios e a expansão da rede de cuidados de atenção às situações de crise são resultados encontrados. A conclusão do estudo sugere a construção de metodologia de monitoramento interfederativo do financiamento da saúde mental pública para que a entrega do cuidado esteja cada vez mais próxima das necessidades dos municípios e das vulnerabilidades territoriais.

PALAVRAS-CHAVE Saúde mental. Financiamento da assistência à saúde. Política de saúde.

ABSTRACT *Mental health in the Unified Health System has experienced a dispute between disease-centered care and socio-environmental determinants. The study of state co-financing of the Psychosocial Care Network in Rio de Janeiro (2019 to 2022) aimed to explain how theoretical-conceptual elements about mental health were relevant in interfederative financing decisions in this period. A review of federal and state regulations of the Intergovernmental Committees (Bipartite and Tripartite), technical notes and Fala.BR site was carried out. The documents demonstrated the interfederative rupture in relation to territorial and community-based mental health care. During this period, while the Ministry of Health directed its agenda towards outpatient and specialized care, Rio de Janeiro increased the state's financial resource for mental health by R\$ 175 million to strengthen Psychosocial Care Centers and Therapeutic Residential Services qualified or eligible for qualification. The deinstitutionalization of asylum survivors and the expansion of the care network for crisis situations are results found in Rio de Janeiro. The conclusion of the study suggests the construction of an interfederative monitoring methodology for public mental health financing so that the delivery of care is increasingly closer to the needs of citizens and territorial vulnerabilities.*

KEYWORDS *Mental health. Healthcare financing. Health policy.*

¹Fundação 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. karensathie@gmail.com

²Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

O modelo de cuidados em saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS) vive uma disputa entre o centrado na doença e o centrado nos determinantes sociais e ambientais. No Brasil, essa disputa impacta as decisões de gestão e financiamento¹. No âmbito internacional, a Organização Mundial da Saúde (OMS) alerta para a necessidade do investimento na assistência em saúde mental. No atlas de saúde mental, a OMS sugeriu que esse tipo de investimento deveria alcançar o valor de 5% do total dos gastos em saúde². Na atualidade, a discussão sobre o acesso a cuidados em saúde mental tem influência em países com alta, média e baixa renda³. Trata-se de uma preocupação que associa a capacidade produtiva da humanidade (anos ou dias de vida perdidos) à diferença entre a oferta de serviços e a prevalência de doenças mentais.

O alerta mundial baseado em referências epidemiológicas e econômicas vem sendo chamado de lacuna de cuidados em saúde mental ou Mental Health GAP Action Programme (mhGAP)⁴. Em 2006, o movimento internacional ‘nada sobre nós sem nós’⁵, chamado, também, de especialistas por experiência, foi reconhecido pela Organização das Nações Unidas (ONU) quanto aos direitos de pessoas com deficiência a trabalho, lazer, emprego, escola e saúde. A compreensão da inclusão social para o desenvolvimento da humanidade de modo sustentável ganhou espaço na Agenda 2030, induzindo as práticas de financiamento com esse olhar⁶ e contra o estigma.

Em sua história, o Brasil tem registros que trazem para o campo da clínica o sofrimento mental; e, no cenário da saúde mental pública, a presença e a disputa de dois modelos de atenção: o da perspectiva de oferta especializada e hospitalocêntrica e o da oferta de cuidado em liberdade por meio dos serviços de base territorial e comunitária. Essa disputa, que se acirra a depender da compreensão política nos ciclos de gestão, pode ser observada nas decisões sobre a direção dos recursos financeiros

empregados: tanto na perspectiva da saúde coletiva quanto na do complexo médico-industrial^{7,8}. Adicionalmente, a oferta do cuidado em saúde mental explorada neste artigo teve como referências centrais e conceituais as diretrizes do SUS: universalidade, integralidade e equidade, bem como a Reforma Psiquiátrica Brasileira e a luta antimanicomial. A fundamentação dessa escolha foi baseada em evidências relacionadas com diferentes momentos histórico-políticos, aqui divididos cronologicamente e pedagogicamente em três ciclos.

O primeiro ciclo

O marco histórico do nascimento da luta antimanicomial ocorreu em 1987, mediante a Carta de Bauru⁹, quando trabalhadores, familiares e pessoas com questões de saúde mental se organizaram contra o tratamento em manicômios psiquiátricos. Esse movimento fundou a discussão nacional da garantia de direito ao cuidado em saúde mental com dignidade e não excludente, colocando-se em oposição à lógica de cuidado higienista e colonialista¹⁰. Paralelamente, foi criado, pela Constituição Federal de 1988, o SUS.

Nesse contexto, duas importantes leis de 1990 devem ser mencionadas para a compreensão da operacionalização financeira do SUS e que envolvem União, estados e municípios. São elas: a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, no que se refere à organização e ao funcionamento dos serviços¹¹; e a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990¹², que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros¹². A descrição da regulamentação das atribuições comuns e específicas de municípios, estados e União e sua administração orçamentária e financeira anual têm lógica ascendente, isto é, dos municípios à União. Ademais, os conselhos de saúde são definidos como instâncias deliberativas no campo da formulação das políticas de saúde responsáveis pela fiscalização da gestão, inclusive no aspecto econômico-financeiro¹³.

O segundo ciclo

Na primeira década do século XX, nasceu a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), na forma da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001¹⁴, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, garantindo o direito ao cuidado em saúde mental e a substituição dos hospitais psiquiátricos por serviços de base territorial e comunitária, nomeados de Centros de Atenção Psicossocial (Caps). Nos primeiros dez anos da PNSM, observa-se uma expansão importante desses serviços¹⁵, cuja habilitação e financiamento passaram de experimentos locais para a lógica do SUS e da saúde mental pública.

O terceiro ciclo

Na segunda década do século XX, foi criada a Rede de Atenção Psicossocial (Raps), descrita na Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Raps¹⁶ e que normatiza a ampliação do escopo do cuidado em saúde mental em rede. Os serviços da Raps são: atenção básica à saúde, Caps (em suas diferentes modalidades), rede de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar e estratégias de desinstitucionalização. Naquele momento, a norma visou atualizar a discussão sobre o cuidado em saúde mental, considerando, além dos serviços específicos da Raps, também os serviços não específicos de saúde mental. Adicionalmente, é importante mencionar que a portaria apresenta dispositivo fora do escopo do SUS: as comunidades terapêuticas. A inserção desse modelo de atendimento na Raps, e que se pauta no tratamento moral e religioso, também tem sido causadora de disputa política e financeira e, embora não seja assunto central neste estudo, é um elemento considerado como contraditório na construção da garantia de direito ao cuidado em saúde mental com dignidade¹⁷. Além disso, vale dizer que essa inclusão,

em norma técnica pelo Ministério da Saúde (MS), reflete a disputa subjacente ao financiamento público da saúde mental, assim como a disputa política quanto ao modelo de cuidado³⁴.

Ainda nesse ciclo, em meio à crise política e fiscal brasileira, foi promulgada Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016, que altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, dando outras providências, estabelecendo teto de gastos do SUS no período de 2018 até 2036¹⁸. O teto da despesa geral da União impediu novos critérios de transferências fundo a fundo entre governo federal, estados e municípios, agravando o subfinanciamento crônico do SUS¹⁹. Na sequência, e ainda nesse ciclo, foi publicada a Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, que altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Raps²⁰.

Esse é mais um exemplo desse conflito no âmbito da gestão federal e das suas alianças políticas. Criada em plena crise do ciclo de gestão presidencial, a Raps retoma a lógica da centralização, hospitalização e ambulatorização do cuidado em saúde mental. O ato afasta a lógica da atenção psicossocial, apenas iniciada pelos Caps na década anterior, e reinsere nas suas orientações o fortalecimento do modelo hospitalocêntrico e especializado. Outrossim, por meio das decisões político-financeiras em âmbito federal, observou-se a intensificação da desqualificação sistemática dos serviços públicos de saúde mental implantados, em especial, os Caps, que substituem os manicômios pelo cuidado em meio comunitário e aberto²⁰.

Esses três ciclos demonstram brevemente os tensionamentos das diferentes vertentes políticas relativas ao SUS e à saúde mental pública.

Diante da história de disputa e da experiência de interlocução interfederativa de natureza divergente com relação ao modelo de cuidado em saúde mental, este estudo visa observar como elementos teórico-conceituais

foram relevantes nas decisões do financiamento interfederativo com a intenção de favorecer construção de metodologias de acompanhamento da questão do financiamento em sistemas de saúde mental de modo mais transparente. Seus objetivos específicos são: 1) estudar o cofinanciamento da Raps do Estado do Rio de Janeiro (ERJ) no período de 2019 a 2022, com apoio financeiro destinado pelo estado aos serviços municipais de saúde de base territorial e comunitária; 2) e observar os aspectos dessa experiência interfederativa envolvendo União, estado e municípios no âmbito do SUS, da Reforma Psiquiátrica e na defesa do direito ao cuidado com dignidade, inclusivo e com escuta às necessidades atuais.

Material e métodos

Este estudo de caso do Rio de Janeiro sobre o financiamento da saúde mental pública, no período entre 2019 e 2022, teve objeto de interesse no contexto real e de um passado recente. Por isso, as leituras realizadas estiveram abertas aos novos elementos que surgiram durante o estudo, que é exploratório, qualitativo, descritivo e que se utiliza de pesquisa bibliográfica, documental e de dados secundários.

Foi feita triangulação de dados por meio de: revisão bibliográfica, normativas publicadas pelo MS, Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no período de 2019 a 2022, e informações coletadas sobre o Cofinanciamento, Fomento e Inovação da Rede de Atenção Psicossocial (Cofi-Raps) nesse mesmo período. A análise das informações quanto ao financiamento dos sistemas de saúde mental públicos considerou as bases normativas do SUS e o pacto interfederativo com interdependência financeira entre governo federal, estados e municípios, a Reforma Psiquiátrica Brasileira e a Luta Antimanicomial. Por isso, foram observados os efeitos da redução ou aumento das transferências fundo a fundo por meio do

fechamento parcial das novas habilitações no Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (Saips) de alguns serviços de saúde mental, especialmente dos Caps e dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).

As questões utilizadas na comparação entre os entes federativos e autônomos do mesmo sistema de saúde mental pública foram: a ação ou a normativa estadual ou federal teve impacto financeiro no sistema público de saúde mental? Qual é a relação da tomada de decisão sobre o financiamento de serviços de saúde mental pública do SUS e a CIB e a CIT? A ação normativa estadual ou federal fortalece a garantia do cuidado em liberdade na lógica substitutiva dos serviços hospitalocêntricos pelos dispositivos de base territorial e comunitária conforme a PNSM?

A revisão bibliográfica de artigos internacionais foi realizada no PubMed, utilizando as palavras-chave: “*mental health*”, “*health care financing*” e “*health policy*” no período entre 2020 e 2023. Foram encontrados 84 artigos integrais e de livre acesso, sendo selecionados 13, dos quais apenas 2 são sobre países latino-americanos^{21,22} e 1 sobre a África do Sul²³. Entre os outros artigos selecionados, 2^{24,25} são sobre os recursos de saúde mental em países pobres e em desenvolvimento. Os 8 artigos restantes são sobre como os países mais desenvolvidos lidam com as questões sociais e culturais no cuidado em saúde mental para a adaptação social das pessoas com sofrimento por questões relacionadas com imigração²⁶, cultura indígena²⁷, desemprego²⁸ ou outras situações de vulnerabilidade²⁹⁻³³. A busca de artigos nacionais foi realizada no *site* da Bireme, considerando os mesmos parâmetros e incluindo a palavra-chave “Sistema Único de Saúde”. Foram encontradas 24 referências, das quais 8 textos tratavam do assunto sobre a construção do modelo de saúde mental brasileiro. As teses foram excluídas, e os artigos escritos em 2017 e 2018 foram mantidos pela sua relevância sobre o assunto e que se relacionam com: ética em saúde mental³⁴, desinstitucionalização³⁵, precarização da força de

trabalho em saúde mental^{36,37}, álcool e outras drogas³⁸, covid-19³⁹, gastos em saúde e análise do financiamento^{40,41}.

Na revisão de documentos técnicos sobre financiamento em saúde e saúde mental no âmbito do SUS, fizeram-se buscas: 1) no âmbito federal, nos *sites* do MS⁴², do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass)⁴³ e da CIT⁴⁴; e 2) no âmbito estadual, nos *sites* da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ)⁴⁵, do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (Cosems RJ)⁴⁶ e da CIB⁴⁷. As lacunas de informação identificadas foram solicitadas, com base na lei de acesso à informação, via *e-mail* e/ou pelo *site* do Fala.BR⁴⁸.

A pesquisa se utilizou de fontes com acesso público e nos termos da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Por essa razão, não foi registrada nem avaliada por comitê de ética, conforme orienta a Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016.

Resultados e discussão

Os resultados estão divididos nos âmbitos federal, estadual e interfederativo: nível

federal, quando os dados se relacionam com MS, Conass e CIT; nível estadual, quando os dados publicados e compartilhados foram feitos pela Coordenação de Atenção Psicossocial da SES-RJ, Cosems RJ e CIB; e nível interfederativo, quando comparam as respostas nos âmbitos federal e estadual quanto às questões-chave do estudo. A observação desses três níveis é importante para a compreensão da construção do financiamento interfederativo da saúde mental pública no âmbito do SUS e da PNSM, mas também considera a autonomia entre os entes federativos.

Nível federal

No âmbito federal, foram realizadas duas consultas ao MS por intermédio do *site* Fala.BR (protocolos: 25072.021262/2023-90 e 25072.026866/2023-22)⁴⁸; uma consulta via *e-mail* ao Conass e visita ao *site* da CIT para verificação das pautas pactuadas ou informadas no período do estudo. Como resultado, obtiveram-se 11 normativas em forma de leis, decretos e portarias que mencionam a Raps no período de 1º de janeiro de 2019 a 31 de dezembro de 2022 (*quadro 1*):

Quadro 1. Normativas nacionais relacionadas com a saúde mental e a atenção psicossocial (2019 a 2022)

1. Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019, que 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.
2. Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas.
3. Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019, que aprova a Política Nacional sobre Drogas.
4. Decreto nº 10.225, de 5 de fevereiro de 2020, que institui o Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, regulamenta a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio e estabelece normas relativas à notificação compulsória de violência autoprovocada.
5. Portaria nº 37, de 18 de janeiro de 2021, que redefine registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).
6. Portaria nº 1.108, de 31 de maio de 2021 que reajusta o valor do auxílio-reabilitação psicossocial, instituído pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003.
7. Portaria GM/MS nº 1.684, de 23 de julho de 2021 que revoga a Seção X do Capítulo III do Título VII, o art. 1.040 e o Anexo XCI da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6 de 28 de setembro de 2017.

Quadro 1. Normativas nacionais relacionadas com a saúde mental e a atenção psicossocial (2019 a 2022)

8. Portaria nº 1.836, de 24 de junho de 2022, que institui, em caráter excepcional e temporário, incentivos financeiros federais de custeio e de investimento para a ampliação do acesso aos cuidados à ansiedade e depressão (transtornos do humor) pelo público infanto-juvenil para enfrentamento dos impactos advindos da pandemia de Covid-19, e dá outras providências.

9. Portaria nº 4.596, de 26 de dezembro de 2022, que suspende o repasse do incentivo financeiro de custeio mensal das Unidades de Referência Especializada em Hospitais Gerais, integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), por baixa taxa de ocupação dos leitos de saúde mental em hospitais gerais.

10. Portaria nº 375, de 05 de agosto de 2022, que atualiza, no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o serviço especializado de Atenção Psicossocial, incluindo o Tratamento em Regime de Internação para Transtornos Mentais e Dependência Química.

11. Portaria nº 596, de 22 de março de 2022, que revoga a Seção XII do Capítulo III do Título VIII, art. 1049 até art. 1062, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, e a Seção II do Capítulo III, art. 64 até art. 74, e os anexos XXXVI, XXXVII, XXXVIII, XXXIX, XL, XLI e XLII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017.

Fonte: Fala.BR⁴⁸.

Em complementação à informação e considerando a questão-chave sobre o seu impacto financeiro, o MS informou que o Saips foi fechado para o cadastro de proposta de habilitação/incentivo de todos os componentes em 31 de dezembro de 2019 e reaberto em 18 de janeiro de 2021 para habilitação e incentivo de Caps. Em 10 de março de 2021, o sistema foi fechado para todos os incentivos e aberto para habilitação de Caps, Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral e Equipe Multiprofissional de Saúde Mental. Em 27 de janeiro de 2022, foi feita nova interrupção para o cadastro de novas propostas de incentivo e habilitação de todos os componentes. A abertura e o fechamento do Saips foram justificados em razão do passivo de propostas cadastradas, que já superava a capacidade de absorção do impacto financeiro de custeio da Média e Alta Complexidade (MAC) previsto. Nesse período, não foram publicadas orientações de apoio aos gestores e profissionais de saúde⁴⁸.

Na consulta ao Conass sobre a atenção à saúde mental no período 2019-2022 e as relações interfederativas, este aponta: o contexto do distanciamento social e a covid-19; e o formato técnico utilizado no âmbito do MS para as tomadas de decisão no âmbito federal. Em 2020, por intermédio de reuniões realizadas na Secretaria da Gestão do Trabalho e Educação em Saúde do Ministério da Saúde (SGTES/MS), foi iniciada a revisão

e/ou revogação de diversas portarias publicadas ao longo da instituição da Raps, com questionamentos direcionados ao modelo de base comunitária. Nesse âmbito, o grupo conduzido pela SGETS considerava o fechamento do Saips na sua relação para habilitação de serviços segundo as prioridades eleitas pela área técnica do MS e sem a participação dos gestores dos estados.

O período foi marcado essencialmente pela defesa da psiquiatria e dos hospitais psiquiátricos³⁵. Já as discussões sobre as publicações realizadas não foram levadas a fóruns de pactuação intergestores, como prevê a organização do SUS, incluindo a Portaria GM/MS nº 4.596/2022⁴⁹, que suspendeu o repasse do incentivo financeiro de custeio mensal das Unidades de Referência Especializada em Hospitais Gerais, integrantes da Raps, por baixa taxa de ocupação dos leitos de saúde mental em hospitais gerais, desconsiderando as justificativas e as correções dos registros de ocupação dos leitos apresentadas por gestores municipais/estaduais.

Segundo as informações obtidas em consulta ao Conass, por meio do *site* e de consulta por *e-mail*, bem como leitura da norma, os efeitos da portaria, sem pactuação em CIT, atingiram 118 hospitais gerais, com total de 633 leitos de saúde mental⁴⁹, penalizando gestores e causando desassistência aos usuários do SUS nos territórios onde estavam localizados os leitos para o cuidado de atenção à crise. Essa

portaria é um desdobramento da Portaria nº 3.588/2017, que estabeleceu a taxa de ocupação mínima dos leitos de 80% e a condicionou ao repasse financeiro de custeio. Na análise, a ampliação de leitos de internação induzidos caracterizou mais um passo na retomada do hospitalocentrismo, o que se opõe às diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira e à PNSM. A Portaria nº 4.596 foi revogada na terceira reunião da CIT, de março de 2023⁵⁰.

A terceira fonte de informação no âmbito federal é o *site* da CIT⁴⁴. Neste, verificaram-se dois informes de ações de saúde mental no período: o primeiro, em agosto de 2020 (Programa Mentalize); e o segundo, em agosto de 2021 (Curso de Formação de Multiplicadores em Urgência e Emergência em Saúde Mental), ambos pautados como informes e pela SGTES/MS, conforme consta nas sínteses das pautas realizadas.

No nível federal, após leitura das normas e comparação entre as respostas do MS, do Conass e *site* da CIT, observam-se:

1. Nenhuma das publicações teve pactuação tripartite ou discussão com os gestores do território nacional;
2. Nas portarias de incentivos financeiros, é possível observar a tendência específica de ampliação de serviços especializados, por exemplo: os ambulatórios e hospitais psiquiátricos e que usam como referência conceitual central a psiquiatria baseada em evidências centradas exclusivamente no cuidado médico a partir de um diagnóstico psiquiátrico;
3. Revogações foram direcionadas às portarias que dão estrutura para a descontinuidade da lógica substitutiva do modelo hospitalocêntrico pelo modelo de base comunitária e territorial, contrariando a PNSM e o fortalecimento dos serviços da atenção psicossocial de característica multidisciplinar;
4. Nessas revogações, é possível notar a intenção de desfinanciamento dos SRT e dos

leitos em hospital geral, serviços estruturantes para os movimentos de desinstitucionalização em manicômios psiquiátricos e de longas internações;

5. No decreto que aprova a Política Nacional sobre Drogas, embora a competência na descrição da sua execução seja da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas, do Ministério da Cidadania, e da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do, Ministério da Justiça e Segurança Pública, é possível perceber que, contraditoriamente à decisão de retirar essa agenda do MS, a portaria tem como aspecto central as intervenções em saúde, tendo como referência sempre os serviços de saúde especializados e psiquiátricos;

6. A publicação dessas normas sugere que as decisões tomadas no âmbito federal desconsideravam sistematicamente qualquer tipo de participação social e dos gestores do território, conforme recomenda a gestão interfederativa do SUS, e induziram, por meio da tomada de decisões sobre o financiamento pelo tipo de serviço e contrariamente à Lei nº 10.216¹⁴, o retorno ao cuidado em saúde mental na lógica da hospitalização e do atendimento ambulatorial especializado;

7. A estratégia de gestão do período deslocou a agenda da saúde mental do campo técnico para o setor de gestão do trabalho localizado no SGTES/MS. Nesse espaço de interlocução, apenas gestores do MS e especialistas teriam o poder de voto nas soluções encontradas, sendo os representantes da discussão tripartite convidados da agenda. A forma de discussão eleita pela Comissão da SGTES induz à percepção de que os convidados eram recebidos para serem informados das decisões internas do MS e desmonta a gestão da atenção psicossocial no nível nacional, dando continuidade a ações de desfinanciamento que precederam esse momento⁴⁰.

Nível estadual

No âmbito estadual, foram realizadas consultas aos *sites* da SES-RJ, da CIB, dos órgãos de controle e da Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (Alerj), sempre

considerando as questões-chave do estudo. Para o período, foram identificadas as publicações relacionadas com o financiamento da Raps, tais como suas resoluções⁵¹⁻⁵⁴ e notas técnicas⁵⁵⁻⁵⁷ (*quadro 2*).

Quadro 2. Normativas estaduais sobre saúde mental e atenção psicossocial (2019 a 2022)

1. Resolução SES nº 1.911, de 23 de setembro de 2019, que cria o Cofinanciamento estadual de fomento e inovação à Rede de Atenção Psicossocial, chamado de Cofi-Raps, e com valor de R\$ 28.953.995,53.
2. Resolução SES nº 2.129, de 16 de setembro de 2020, da continuidade do Cofi-Raps no valor de R\$ 47.010.079,50.
3. Resolução SES nº 2.429, de 9 de setembro de 2021, e da continuidade ao Cofi-Raps com o valor de R\$ 44.990.528,50.
4. Nota instrutiva aos 92 municípios sobre equidade e atenção psicossocial.
5. Nota técnica sobre a supervisão em saúde mental (indicador do Cofi-Raps).
6. Nota técnica sobre matriciamento (indicador do Cofi-Raps).
7. Resolução SES nº 2.712, de 6 de maio de 2022, e da continuidade do Cofi-Raps com o valor de R\$ 55.000.000,00.

Fonte: elaboração própria com base em legislações do estado do Rio de Janeiro⁵¹⁻⁵⁷.

As quatro resoluções pactuadas em CIB pelo Cofi-Raps no ERJ somaram, no período de quatro anos (2019 a 2022), o valor total de R\$ 175.954.603,53. A primeira resolução SES nº 1.911, de 23 de setembro de 2019⁵¹, criou as modalidades iniciais; os critérios para os serviços no modo tripartite para os serviços já habilitados; e bipartite para os que aguardavam a publicação ou aprovação suspensa pelo MS, e já com os seus projetos técnicos aprovados em nível estadual. Conforme consta na resolução, os alvos do financiamento estadual foram os serviços de base territorial e comunitária: os Caps I, II, III, Caps Infantojuvenil (Capsi) e Caps Álcool e Drogas (Caps AD II e III); Serviço Hospitalar de Referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental (leitos em hospitais gerais); SRT; Unidades de Acolhimento Adulto e Infantojuvenil (UA)⁵¹.

Ressaltam-se alguns aspectos, como: o financiamento dos leitos de saúde mental em hospital geral para os municípios menores, que não receberam recursos federais em razão das limitações de número mínimo e máximo de

leitos por estabelecimento de saúde segundo a normativa federal vigente à época; em 2020, a resolução do Cofi-Raps incluiu a Lei nº 141, de 2012⁵⁸, nos considerandos; em 2021, no terceiro ano do Cofi-Raps, destaca-se a criação de notas técnicas sobre planejamento e os indicadores do recurso pelo ERJ (supervisão⁵⁶ e matriciamento⁵⁷). Além disso, a partir de 2021, os municípios puderam credenciar os projetos técnicos dos serviços que aguardavam sua aprovação pelo Saips/MS; no quarto ano do Cofi-Raps, em 2022, o alcance do cofinanciamento foi de 100% dos municípios elegíveis, e os Centros de Convivência (Ceco) foram incluídos no financiamento estadual⁵⁴.

Na consulta ao *site* da CIB-RJ⁴⁷, é possível verificar o aumento das pautas de saúde mental na CIB com informações técnicas, apresentações, pactuações e credenciamento de serviços. Em 2019, foram identificados 14 itens; em 2020, foram 20 itens; em 2021, 42; e em 2022, 76 itens. Além disso, a Coordenação de Atenção Psicossocial informou que todos os documentos e pactuações levados à CIB foram discutidos nos grupos condutores da

Raps com os gestores das 9 regiões do ERJ e no âmbito estadual.

Além das normas em saúde mental, publicadas pela gestão estadual, outras publicações realizadas pela Alerj e pelo Ministério Público foram observadas:

1. Resolução GPGJ nº 2.464, de 2022, por meio da qual o Ministério Público do ERJ criou Força-Tarefa para atuar no processo de desinstitucionalização de pacientes psiquiátricos e adultos com deficiência⁵⁹;
2. Lei Estadual nº 9.557, de 12 de janeiro de 2022, que altera a Lei nº 8.154, de 5 de novembro de 2018⁶⁰;
3. Lei Estadual nº 9.323, de 14 de junho de 2021, que cria a política estadual dos Ceco da Raps no ERJ⁶¹.

Além das leis supracitadas, vale dizer que a Frente Parlamentar em defesa da Reforma Psiquiátrica, com os movimentos de trabalhadores, profissionais de gestão, instruiu a criação, em 2018, da Lei estadual nº 8.154⁶² e da Lei Complementar nº 183⁶³, que estabelecem garantia da fonte de financiamento determinando que o Estado empregue 0,25% do Fundo Estadual de Combate à Pobreza e às Desigualdades Sociais na Raps, sendo uma das bases do cofinanciamento estadual. Em 2023, esse parâmetro foi revisto por meio da Lei Complementar nº 210, de 21 de julho de 2023⁶⁴.

No nível estadual, mediante leitura das publicações e normas relacionadas com o campo da atenção psicossocial no período, observa-se que:

1. O Cofi-Raps foi modalidade de financiamento estadual estruturada no âmbito do SUS e a partir dos preceitos da reforma psiquiátrica, da luta antimanicomial e do cuidado em âmbito comunitário;
2. A inclusão, como considerado em 2020, da Lei nº 141 na normativa estadual foi elemento importante no alinhamento da política de

saúde mental pública e interfederativa, pois ajusta a compreensão da utilização do recurso com relação à questão da temporalidade da sua utilização e forma de prestação de contas. A base técnica fortaleceu a relação com as leis do SUS de prestação de informações sobre os gastos em saúde. A partir dessa solução jurídica para garantir a continuidade do Cofi-Raps, as formas de responder municipalmente sobre como o recurso foi utilizado passavam a ser: os Relatórios Anuais de Gestão (RAG), o acompanhamento do Sistema de Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (Raas) e o Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do SUS, além da interlocução técnica forte realizada pelo apoio técnico institucional nos grupos condutores da Raps nas nove regiões do ERJ. O ato passou a alinhar o seu cronograma ao do financiamento federal dos serviços já implantados, em lógica financiada pelos três entes e respeitando a unicidade do sistema de saúde brasileiro⁵⁸;

3. A lei estadual de financiamento da Raps e o apoio dos órgãos de controle e de garantia de direito quanto ao cuidado comunitário e no território;
4. O Cofi-Raps inova com a inclusão de recursos bipartite para: os leitos de saúde mental em hospital geral, contemplando a lógica do cuidado à crise no território, em especial, para os municípios com menos de 150 mil habitantes e os Cecos, que passam a compor os serviços cofinanciados em 2022;
5. O número de serviços municipais, que já vinham sofrendo nos últimos anos pelo congelamento dos recursos, foi mantido ou expandido (*tabela 1*). Destaca-se a criação de 44 unidades de SRT e de 18 serviços de base comunitária, itens fundamentais nos processos de desinstitucionalização e gestão de crise em liberdade;
6. Os municípios de Tanguá, Rio de Janeiro, Volta Redonda, São Gonçalo, Nova Friburgo,

Três Rios, Petrópolis e Campos tiveram, ao todos, 10 asilos psiquiátricos fechados, e os valores financeiros destinados aos manicômios de natureza privada foram, por meio de pactuação CIB, redirecionados aos municípios que acolheram os sobreviventes da longa internação psiquiátrica, para o fortalecimento do cuidado em saúde mental inclusivo. O número total de pacientes de longa permanência em manicômios psiquiátricos foi reduzido de 822 para 0 (exceto nos Hospitais Psiquiátricos de Tratamento e de Custódia da Secretaria de Administração Penitenciária – Seap, que foram as únicas instituições que ampliaram o número de pessoas internadas) (tabela 2);

7. Os resultados demonstram, nessa avaliação do Cofi-Raps, a importância das parcerias intersetoriais realizadas no âmbito estadual para a garantia do recurso financeiro, atingindo suas 9 regiões e quase 100% dos 92 municípios do ERJ, que hoje têm uma população estimada em 17.463.349 pessoas;

8. Considerando a população, a Raps do ERJ recebeu do governo estadual, anualmente, uma média de R\$ 2,51 por habitante do estado para os serviços da Raps existentes com Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde.

Tabela 1. Serviços municipais de saúde mental pública financiados ou cofinanciados estadualmente no âmbito da rede de atenção psicossocial específica e do Sistema Único de Saúde

Tipo de Serviço financiado/Cofi-Raps	Ano			Ampliação dos serviços a partir de 2020
	2020	2021	2022	
Caps I	47	48	47	0
Caps II	52	52	52	0
Caps III	5	5	7	+2
Capsi	31	32	34	+3
Caps AD II	22	22	23	+1
Caps AD III	6	7	7	+1
SRT	168	185	202	+44
UA Adulto e Infantojuvenil	0	0	3	+3
Ceco*	NSA	NSA	8	+8
Leitos de saúde mental**	229	253	251	+22

Fonte: elaboração própria baseada em Coordenação de Atenção Psicossocial/SES (maio de 2023).

NSA = não se aplica, pois, à época, ainda não eram contemplados pelo Cofi-Raps; * Não é financiado pelo Ministério da Saúde; ** Nos locais onde há menos do que 8 leitos, o financiamento é bipartite (município e estado); No ano de 2019, a cobertura do Cofi-Raps foi de 6 meses, por isso não aparece na tabela. Nos anos de 2020, 2021 e 2022, a cobertura foi anual.

Tabela 2. Evolução do processo de desinstitucionalização dos pacientes de longa permanência e do fechamento dos manicômios psiquiátricos do estado do Rio de Janeiro (2019 a 2024)

Município	Instituição	Pacientes por ano	
		2019	2024
Campos dos Goytacazes	Abrigo João Vianna	14	Fechado
Niterói	Hospital Psiquiátrico Jurujuba	33	0 LP
Niterói	Hospital de Tratamento Psiquiátrico e de Custódia Henrique Roxo (SEAP)	74	50 pessoas em conflito com a lei

Tabela 2. Evolução do processo de desinstitucionalização dos pacientes de longa permanência e do fechamento dos manicômios psiquiátricos do estado do Rio de Janeiro (2019 a 2024)

Município	Instituição	Pacientes por ano	
		2019	2024
Nova Friburgo	Clínica Santa Lúcia	107	Fechado
Petrópolis	Clínica Santa Mônica	123	Fechado
Rio de Janeiro	Hospital de Tratamento Psiquiátrico e de Custódia Roberto de Medeiros (SEAP)	39	125 pessoas em conflito com a lei
Rio de Janeiro	IMAS Juliano Moreira	131	Fechado
Rio de Janeiro	IMAS Nise da Silveira	35	Fechado
Rio de Janeiro	IMAS Philipe Pinel	8	0 LP
Rio de Janeiro	Instituto de Psiquiatria da Universidade de Brasil	7	0 LP
Rio de Janeiro	Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro	Sem informação	0 LP
Rio de Janeiro	Hospital Municipal Jurandyr Manfredini	4	Fechado
São Gonçalo	Clínica Nossa Sra. das Vitórias	188	Fechado
Tanguá	Clínica Ego	29	Fechado
Três Rios	Clínica Psiquiátrica Boa União	103	Fechado
Vassouras	Casa de Saúde Cananéia	40	Fechado
* Total de pacientes de Longa Permanência (LP), incluindo os pacientes em conflito com a lei		935	175
Total de pacientes de longa permanência (LP)		822	0 LP

Fonte: elaboração própria baseada em Coordenação de Atenção Psicossocial/SES e Seap (maio de 2024).

*A Resolução 487, do Conselho Nacional de Justiça, de fevereiro de 2023, determina o fechamento dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico da Secretaria de Administração Penitenciária (Seap). A previsão é que estes sejam extintos e que pessoas em conflito com a lei, sofrimentos mentais e inimputáveis sejam acompanhados pelo SUS.

Nível interfederativo

Na comparação entre as ações propostas nos dois níveis de gestão, a análise evidencia diferenças com relação à compreensão do modelo de cuidado em saúde mental. Embora os dois níveis de gestão mencionassem a escassez de recursos e a lacuna de cuidados, conforme a indução feita pelo mhGAP, pode-se dizer que, para um mesmo SUS, foram articulados dois modelos de gestão do cuidado radicalmente diferentes em sua iniciativa e mérito. No âmbito federal, houve uma indução forte à valorização do modelo de cuidado baseado em diagnósticos exclusivamente e por meio de oferta ambulatorial especializada. Por exemplo, o estudo que menciona a discussão das lacunas de saúde mental tendo como referência central a prevalência de transtornos mentais

comuns em jovens e adolescentes⁴¹, sem necessariamente considerar os recursos das redes de atenção à saúde no modelo brasileiro de base territorial e comunitária⁴⁰, mas as referências de cuidado internacionais dirigidas aos países pobres e em desenvolvimento.

Na leitura da ausência de pactuações na CIT, essa percepção se acentuou. Na revisão de literatura internacional, pode-se perceber a mesma tendência observada em países de primeiro mundo³⁰ no desenvolvimento de políticas governamentais para os sistemas de saúde mental³¹, mas que encontram desafios em relação às populações mais vulneráveis, tais como: as residentes em áreas rurais, desempregados, indígenas e imigrantes pela sua dificuldade de adaptação ao sistema verificado nas barreiras de acesso à saúde²⁸.

Do ponto de vista estadual, o exato oposto é observado em relação aos conceitos que pautam a lógica do seu modelo de financiamento. A partir dos documentos encontrados^{51,59,62}, ficou evidente a parceria técnica da SES-RJ com a Alerj, o Ministério Público e a Defensoria como determinantes governamentais para a construção desse processo de financiamento e com base construída pelas lacunas de cuidado observadas no território do ERJ. Além disso, a área técnica da SES-RJ atuou no fortalecimento dos serviços descentralizados em articulação nos territórios, nas regiões, nos grupos condutores da Raps, na CIB e no Cosems RJ, em defesa de ordenamento de recursos da Raps e de acordo com o modelo da atenção psicossocial de base territorial e comunitária⁵⁴⁻⁵⁶, conforme orienta a PNSM. Também foi observado que essa realização teve como prioridade: a continuidade dos processos de desinstitucionalização, a tentativa de qualificação da atenção à crise no território e o apoio aos serviços municipais existentes, que aguardavam o financiamento nacional para expandir o número de serviços do SUS e reduzir as lacunas humanitárias no campo da atenção psicossocial, já observada em estudos que avaliam os modelos de atenção à saúde mental no Brasil^{1,40} – em um estado cujo passado escravocrata⁶⁵, cujas diferenças sociais atuais e o território marcado pela violência cotidiana são elementos que colaboraram para o sofrimento mental da população fluminense.

Essas situações permitem observar uma experiência radical no âmbito do SUS e da sua operacionalidade federativa, vivida a partir da defesa de dois modelos de cuidado e que disputam financiamento e poder. Estes, na prática, opõem-se pela indução que realizam: uma que se pauta na garantia do direito ao cuidado em liberdade e de acordo com os princípios da reforma psiquiátrica brasileira, luta antimanicomial e as convenções internacionais de direitos humanos; e outra de natureza relacionada com o raciocínio diagnóstico medicocentrado e hospitalocêntrico e que oferece cuidado em

saúde mental a partir de protocolos universalizados e serviços centralizados, sem envolver o território ou reconhecer suas necessidades³⁶.

Em outras palavras, a oposição que se evidencia imediatamente no embate de disputa de modelo de cuidado, isto é: o especialismo *versus* atenção comunitária não se resolve, pois se restringe, muitas vezes, à ideia de ‘melhor tratamento em saúde mental’. Adicionalmente, a construção dessa agenda de financiamento coloca em prática outras questões, como o endereçamento do que é viver em sociedade observando as diferenças e as respeitando, para incluí-las, garantindo o direito à cidadania e à vida em liberdade.

Essa experiência parece que é latino-americana, e brasileira, com localização geográfica específica abaixo do Trópico de Câncer; é também trazida por artigos de países como Chile²² e África do Sul²³, onde a discussão sobre o modelo de cuidado em saúde mental se associa a reparações históricas. Talvez a resposta para o início do fim dessa disputa deva estar na longa história da imigração forçada e na constituição da população que forma hoje o Brasil e traz consigo marcas e traumas coletivos do colonialismo. Nesse sentido, o impasse entre o especialismo e a atenção comunitária não se reduz apenas ao tratamento, mas às tomadas de decisão para a redução das lacunas financeiras quanto ao cuidado em saúde mental e que conversa com o sofrimento mental como uma construção marcada pela história das relações humanas. Nessa perspectiva, nenhuma escolha de gestão em saúde e de financiamento que exclua essa percepção poderá, de fato, enfrentar a redução das lacunas de cuidado em saúde mental brasileiras.

Conclusões

Este estudo consistiu em uma avaliação dos pontos de vista histórico e político do financiamento em saúde mental no âmbito do SUS, a partir da experiência de cofinanciamento

estadual, em período de dificuldade de diálogo com o MS marcada por diferenças conceituais sobre o modelo de cuidado em saúde mental em terras brasileiras. A revisão das normativas e a experiência do Cofi-Raps alertam para os desafios do financiamento em saúde, indicando que a disputa do financiamento e do modelo de cuidado está cada vez mais presente nos espaços de gestão³³⁻³⁵, sendo urgente a necessidade de qualificação dos gestores para a agenda de financiamento em saúde mental, reconhecendo os paradoxos que hoje o SUS enfrenta ao reconhecer que, efetivamente, há uma lacuna, mas que não se traduz apenas por oferta de atendimento individual e médico. Além disso, por meio do estudo do Cofi-Raps, observa-se que a sua existência envolveu diferentes setores da governança estadual e que a intersectorialidade e a relação com os gestores dos municípios foram fundamentais para a sua construção. Isto é, o SUS considera questões macropolíticas e, ao mesmo tempo, é capilar, chegando a todos os municípios do ERJ.

O desenvolvimento deste estudo é a oportunidade de refletir sobre boas práticas de financiamento da Raps, mas precisa nomear com maior clareza as necessidades da população fluminense hoje. A pesquisa demonstrou que o Cofi-Raps é um marcador de resistência ao desmonte da atenção psicossocial e ao seu desfinanciamento pelo nível federal, mas que pode ocorrer nos âmbitos estadual e municipal segundo o modelo de cuidado eleito. Além

disso, os dados observados são um alerta importante da necessidade de colocar a saúde mental em debate na prática, considerando a vivência e as necessidades da população com relação aos assuntos atuais que tangenciam a sociedade cotidianamente. Por exemplo: a vida pós-covid-19³⁹; a infância e a adolescência⁴¹; as populações em situação de vulnerabilidade²¹ e as catástrofes naturais e sanitárias ou com situações de violência crônica³⁸; e os traumas vivenciados de modo cada vez mais comum em diferentes territórios²².

Como limitação, este estudo não comenta a utilização dos recursos da saúde no pacote dos Programas Pactuados Integrados (PPI) do teto da MAC do SUS. Nesse sentido, ele aponta para estudos futuros visando ao desenvolvimento de metodologia de apoio aos gestores acerca da composição orçamentária, segundo as normas do SUS e envolvendo os três níveis de atenção, para que estes possam tomar decisões mais transparentes, integradas e conscientes na utilização dos recursos para o cuidado em saúde mental.

Colaboradores

Athié K (0000-0003-3936-7881)* contribuiu para redação, levantamento de dados e análise do manuscrito. Amarante P (0000-0001-6778-2834)* contribuiu para análise e revisão do manuscrito. ■

Referências

1. Trapé TL, Campos RO. Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação. *Rev. Saúde Pública*. 2017 [acesso em 2023 maio 7]; 51:19. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006059>.
2. World Health Organization. *Mental health Atlas 2014*. WHO: Geneva; 2015. [acesso em 2023 maio 7]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/mental-health-atlas-2014>.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

3. Keynejad RC, Dua T, Barbui C, et al. WHO Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) Intervention Guide: a systematic review of evidence from low and middle-income countries. *Evid. Based. Ment. Heal.* 2018 [acesso em 2023 maio 7]; 21(1):30-34. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1136/eb-2017-102750>.
4. Lancet Global Mental Health Group, Chisholm D, Flisher AJ, et al. Scale up services for mental disorders: a call for action. *Lancet.* 2007; 370(9594):1241-1252. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61242-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61242-2).
5. Alberto A, Islam S, Haklay M, et al. Nada sobre nós sem nós: uma estratégia de coprodução para comunidades, pesquisadores e partes interessadas identificarão formas de melhorar a saúde e reduzir as desigualdades. *Expectativa de saúde.* 2023; 26(2):836-846.
6. Vieira FS. O financiamento da saúde no Brasil e as metas da Agenda 2030: alto risco de insucesso. *Rev. Saúde Pública.* 2020 [acesso em 2023 maio 7]; 54:127. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102020000100304.
7. Felipe MSS, Rezende KS, Rosa MFF, et al. Um olhar sobre o Complexo Econômico Industrial da Saúde e a Pesquisa Translacional. *Saúde debate.* 2019 [acesso em 2023 maio 7]; 43(123):1181-1193. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912316>.
8. Mendonça ALO, Camargo KR. Complexo médico-industrial/financeiro: Os lados epistemológico e axiológico da balança. *Physis.* 2012; 22(1):215-238.
9. Anais do 2. Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde. Manifesto de Bauru. Bauru; 1987.
10. Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fio-cruz; 1998.
11. 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.* 20 Set 1990.
12. Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 31 Dez 1990.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de orçamento e finanças públicas para Conselheiros e Conselheiras de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016. [acesso em 2023 maio 7]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/manual_do_Orçamento.pdf.
14. 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.* 9 Abr 2001.
15. Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. *Saúde Mental em Dados – 12.* 2015 [acesso em 2023 maio 7]; 10(12):1-48. Disponível em: www.saude.gov.br/bvs/saudemental.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União.* 26 Dez 2011.
17. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Recomendação número 001, de 26 de janeiro de 2023. Recomenda medida contrária à criação do Departamento de Apoio a Comunidades Terapêuticas no âmbito do Ministério do Desenvolvimento, Assistência Social, Família e Combate à Fome, entre outras providências. Brasília, DF: CNS; 2013. [acesso em 2023 maio 7]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/2857-recomendacao-n-001-de-26-de-janeiro-de-2023>.

18. Brasil. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 16 Dez 2016.
19. Ocké-Reis CO, Marinho A, Funcia FR, et al., organizadores. SUS: avaliação da eficiência do gasto público em saúde. Brasília, DF: Ipea, Conass, Opas, 2023. [acesso em 2023 maio 7]. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/12029/1/SUS_avaliao%20da%20eficiencia.pdf.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 22 Dez 2017.
21. Razzouk D, Cheli Caparrocce D, Sousa A. Community-based mental health services in Brazil. *Consort. Psychiatr.* 2020; 1(1):60-70.
22. Montenegro C, Irrarrázaval M, González J, et al. Moving psychiatric deinstitutionalization forward: A scoping review of barriers and facilitators. *Glob. Ment. Health (Camb)*. 2023; 10:e29.
23. Edeh NC, Eseadi C. Mental health implications of suicide rates in South Africa. *World J. Clin. Cases.* 2023; 11(34):8099-8105.
24. Greene MC, Huang TTK, Giusto A, et al. Leveraging systems science to promote the implementation and sustainability of mental health and psychosocial interventions in low- and middle-income countries. *Harv. Rev. Psychiatry.* 2021; 29(4):262-277.
25. Malhotra A, Thompson RR, Kagoya F, et al. Economic evaluation of implementation science outcomes in low- and middle-income countries: a scoping review. *Implement. Sci.* 2022; 17(1):76.
26. McDaid D, Park AL. Making an economic argument for investment in global mental health: The case of conflict-affected refugees and displaced people. *Glob. Ment. Health (Camb)*. 2023; 10:e10.
27. Marchildon GP, Allin S, Merkur S. Canada: health system review. *Health Syst. Transit.* 2020; 22(3):1-194.
28. Barnett P, Steare T, Dedat Z, et al. Interventions to improve social circumstances of people with mental health conditions: a rapid evidence synthesis. *BMC Psychiatry.* 2022; 22(1):302.
29. Gerkens S, Merkur S. Belgium: health system review. *Health Syst. Transit.* 2020; 22(5):1-237.
30. Anderson K, Goldsmith LP, Lomani J, et al. Short-stay crisis units for mental health patients on crisis care pathways: systematic review and meta-analysis. *BJPsych Open.* 2022; 8(4):e144.
31. Arundell LL, Greenwood H, Baldwin H, et al. Advancing mental health equality: a mapping review of interventions, economic evaluations and barriers and facilitators. *Syst. Rev.* 2020; 9(1):115.
32. Humensky JL, Freed MC, Azrin ST, et al. PERSPECTIVE: Economic and Policy Research Interests Highlighted in the 25th NIMH-Sponsored Mental Health Services Research Conference. *J. Ment. Health Policy Econ.* 2023; 26(3):109-114.
33. Bowser DM, Henry BF, McCollister KE. Cost analysis in implementation studies of evidence-based practices for mental health and substance use disorders: a systematic review. *Implement. Sci.* 2021; 16(1):26.
34. Bastos ADA, Alberti S. Do paradigma psicossocial à moral religiosa: questões éticas em saúde mental. *Ciênc. saúde coletiva.* 2021; 26(1):285-295.
35. Sampaio ML, Bispo Júnior JP. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. *Trab. Educ. Saúde.* 2021; 19:e00313145.
36. Lima I, Sampaio JJC, Ferreira Júnior AR. Trabalho e riscos de adoecimento na Atenção Psicossocial Terri-

- torial: implicações para a gestão do cuidado em saúde mental. *Saúde debate*. 2023; 47(139):878-892.
37. Sanine PR, Silva LIF. Saúde mental e a qualidade organizacional dos serviços de atenção primária no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2021; 37(7):e00267720.
 38. Sanches LR, Vecchia MD. Reabilitação psicossocial e inclusão social de pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: impasses e desafios. *Interface (Botucatu)*. 2020; 24:e200239.
 39. Kabad J, Noal DS, Passos MFD, et al. A experiência do trabalho voluntário e colaborativo em saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19. *Cad. Saúde Pública*. 2020; 36(9):e00132120.
 40. Cruz N, Gonçalves RW, Delgado PGG. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trab. Educ. Saúde*. 2020; 18(3):e00285117.
 41. Ribeiro M, Gianini RJ, Goldbaum M, et al. Equidade na cobertura dos gastos com saúde pelo Sistema Único de Saúde de pessoas com indicativos de transtornos mentais comuns no município de São Paulo. *Rev. Bras. Epidemiol*. 2018; 21:e180011.
 42. Brasil. Ministério da Saúde. Portal. [Brasília, DF]: Gov.br; [data desconhecida]. [acesso em 2024 maio 30]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br>.
 43. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. Portal. [Brasília, DF]: Conass; [data desconhecida]. [acesso em 2024 maio 30]. Disponível em : <https://www.conass.org.br/>.
 44. Brasil. Ministério da Saúde, Comissão Intergestores Tripartite. [Brasília, DF]: Gov.br; [data desconhecida]. [acesso em 2024 maio 30]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit>.
 45. Rio de Janeiro. Governo do Estado, Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. Portal [Internet]. Rio de Janeiro: SES; [data desconhecida]. [acesso em 2024 maio 30]. Disponível em: <http://www.saude.rj.gov.br>.
 46. Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. Portal. Rio de Janeiro: Cosems; [data desconhecida]. [acesso em 2024 maio 30]. Disponível em: <http://www.cosemsrj.org.br/>.
 47. Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Rio de Janeiro. Síntese das Reuniões. Rio de Janeiro: CIB; 2024. [acesso em 2024 maio 30]. Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/sintese-das-reunioes.html>.
 48. Controladoria-Geral da União. Fala.BR. Plataforma Integrada de Ouvidoria e Acesso à Informação. [Brasília, DF]: Gov.br; [data desconhecida]. [acesso em 2024 maio 30]. Disponível em: <https://falabr.cgu.gov.br/web/home>.
 49. Brasil. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 4.596, de 26 de dezembro de 2022. Suspende o repasse do incentivo financeiro de custeio mensal das Unidades de Referência Especializada em Hospitais Geral, integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por baixa taxa de ocupação dos leitos de saúde mental em hospitais gerais. *Diário Oficial da União*. 27 Dez 2022.
 50. Brasil. Ministério da Saúde, Comissão Intergestores Tripartite. Informe – Revogação da Portaria GM/MS nº 4.596/2022, que suspende o repasse do incentivo financeiro de custeio mensal das Unidades de Referência Especializada em Hospitais Geral, integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Gov.br. 2023 mar 30. [acesso em 2024 maio 30]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2023/marco/informe-2013-revogacao-da-portaria-gm-ms-no-4-596-2022-que-suspende-o-repasse-do-incentivo-financieiro-de-custeio-mensal-das-unidades-de-referencia-especializada-em-hospitais-geral-integrantes-da-rede-de-atencao-psicossocial-raps/view>.
 51. Rio de Janeiro. Governo do Estado, Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES nº 1.911, de 23 de setembro de 2019. Institui o programa de cofinanciamento, fomento e Inovação da Rede de Atenção Psicossocial do Estado do Rio de Janeiro (COFI-RAPS). *Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro*. 24 Set 2019.

52. Rio de Janeiro. Governo do Estado do Rio de Janeiro, Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES nº 2.129, de 16 de setembro de 2020. Estabelece critérios e valores para o Programa de Cofinanciamento, Fomento e Inovação da Rede de Atenção Psicossocial do Estado do Rio de Janeiro (COFI-RAPS) para o ano de 2020, com parâmetros na Resolução nº 1.911, de 23 de setembro de 2019. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro. 30 Set 2020.
53. Rio de Janeiro. Governo do Estado, Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES nº 2.429, de 09 de setembro de 2021. Estabelece critérios e valores para o Programa de Cofinanciamento, Fomento e Inovação da Rede de Atenção Psicossocial do Estado do Rio de Janeiro (COFI-RAPS) para o ano de 2021. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro. 14 Set 2021.
54. Rio de Janeiro. Governo do Estado, Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES nº 2.712, de 6 de maio de 2022. Estabelece critérios e valores para o Programa de Cofinanciamento, Fomento e Inovação da Rede de Atenção Psicossocial do Estado do Rio de Janeiro (COFI-RAPS) para o ano de 2022. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro. 9 Maio 2022.
55. Rio de Janeiro. Governo do Estado, Secretaria de Estado de Saúde, Superintendência de Atenção Psicossocial e Populações em situação de Vulnerabilidade. Nota instrutiva aos 92 municípios sobre equidade e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: SES; 2021. [acesso em 2024 maio 30]. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/atencao-psicossocial/novidades/2021/07/nota-instrutiva-aos-92-municipios-sobre-politicas-publicas-de-equidade-e-atencao-psicossocial-no-erj>.
56. Rio de Janeiro. Governo do Estado, Secretaria de Estado de Saúde, Superintendência de Atenção Psicossocial e Populações em situação de Vulnerabilidade. Nota técnica sobre o indicador do Cofi-Raps “supervisão clínico-institucional-territorial”. Rio de Janeiro: SES; 2021. [acesso em 2024 maio 30]. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/atencao-psicossocial/novidades/2021/08/nota-tecnica-sobre-o-indicador-do-cofi-raps-supervisao-clinico-institucional-territorial>.
57. Rio de Janeiro. Governo do Estado, Secretaria de Estado de Saúde, Superintendência de Atenção Psicossocial e Populações em situação de Vulnerabilidade. Nota técnica sobre indicador do Cofi-Raps “matriciamento”. Rio de Janeiro: SES; 2021. [acesso em 2024 maio 30]. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/atencao-psicossocial/novidades/2021/08/nota-tecnica-sobre-o-indicador-do-cofi-raps-matriciamto>.
58. Brasil. Lei Complementar nº 141, de 13 de Janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Diário Oficial da União. 16 Jan 2012.
59. Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro. Resolução GPGJ nº 2.464, de 31 de março de 2022. Institui, no âmbito do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, Força-Tarefa para atuar no processo de desinstitucionalização de pacientes psiquiátricos e adultos com deficiência. Diário Oficial Eletrônico do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro. 6 Abr 2022. [acesso em 2023 maio 7]. Disponível em: https://www.mprj.mp.br/documents/20184/540394/resolucao_gpgj_n_2464_de_31_de_marco_de_2022.pdf.
60. Rio de Janeiro. Assembleia Legislativa. Lei nº 9.557, de 12 de janeiro de 2022. Altera a Lei nº 8.154, de 5 de novembro de 2018 para incluir os Centros de Convivência e Hospitais Gerais na política de participação do estado do Rio de Janeiro na rede de atenção psicossocial. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro. 13 Jan 2022.
61. Rio de Janeiro. Assembleia Legislativa. Lei Estadual nº 9.323, de 14 de junho de 2021. Cria a política estadual dos Centros de Convivência da Rede de Atenção Psicossocial do Estado do Rio de Janeiro. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro. 15 Jun 2021.

62. Rio de Janeiro. Assembleia Legislativa. Lei Estadual nº 8.154, 5 de novembro de 2018. Estabelece parâmetros de participação do estado do Rio de Janeiro na rede de atenção psicossocial. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro. 11 Dez 2018.
63. Rio de Janeiro. Assembleia Legislativa. Lei Complementar nº 183, 26 de dezembro de 2018. Altera a redação do artigo 6º da Lei Complementar nº 151, de 09 de outubro de 2013, e dá outras providências. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro. 27 Dez 2018.
64. Rio de Janeiro. Assembleia Legislativa. Lei Complementar nº 210 de 21 de julho de 2023. Derrubada de veto que dispõe sobre o Fundo Estadual de Combate à Pobreza e às Desigualdades Sociais (FECP). Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro. 24 Jul 2023.
65. Passos RG. Mulheres negras, sofrimento e cuidado colonial. Em Pauta. 2020 [acesso em 2024 maio 30]; 18(45):116-129. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/rep.2020.47219>.

Recebido em 14/05/2023

Aprovado em 17/01/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: o financiamento teve como fonte pagadora o Fundo de Inovação da Fiocruz e do Ministério da Saúde no período de julho de 2022 a junho de 2023 e aprovado nos editais do Programa Fiocruz de Fomento à Inovação/Pós-Doutorado Júnior (inscrição: 31086231346788) para o projeto 'Avaliação de implementação de políticas públicas para o financiamento da rede de atenção psicossocial de base territorial e comunitária no âmbito do SUS: o caso do cofinanciamento estadual do Rio de Janeiro no período de 2019 a 2022'

Editora responsável: Maria Lucia Frizon Rizzotto

Associação entre avaliação elevada da Atenção Primária à Saúde, estado de saúde e uso dos serviços de saúde no Brasil

Association between high assessment of Primary Health Care and health state and use of health services in Brazil

Fernanda Cunha de Carvalho¹, Crizian Saar Gomes¹, Regina Tomie Ivata Bernal¹, Hêider Aurélio Pinto², Cimar Azeredo Pereira³, Deborah Carvalho Malta¹

DOI: 10.1590/2358-289820241418666P

RESUMO O estudo descreveu as características dos indivíduos que utilizam os serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) e avaliou a associação entre a avaliação elevada dos atributos da APS, sob a ótica dos usuários, com o estado de saúde e o uso dos serviços de saúde no Brasil. Trata-se de um estudo transversal que analisou dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019, com amostra de 9.562 adultos que responderam ao Primary Care Assessment Tool (PCATool). Foi testada a associação entre avaliação elevada da APS (escore geral $\geq 6,6$) e estado de saúde e uso dos serviços. Verificou-se que os usuários adultos que mais utilizam a APS pública têm entre 40 e 59 anos, são mulheres, de baixa escolaridade e pardos. Os que melhor avaliaram a APS foram indivíduos que utilizaram o mesmo serviço, procuraram serviços nas últimas duas semanas e se internaram. Maior uso dos serviços aponta para melhor avaliação da APS.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Pesquisa sobre serviços de saúde. Inquéritos epidemiológicos. Serviços de saúde.

ABSTRACT *The present study described the characteristics of individuals who use Primary Health Care (PHC) services and evaluated the association between the high assessment of PHC attributes, from the perspective of users, with health conditions and the use of health services in Brazil. This work is a cross-sectional study that analyzed data from the 2019 National Health Survey, in which 9,562 adults responded to the Primary Care Assessment Tool (PCATool). The association between high PHC assessment (general score ≥ 6.6) and health conditions and the use of services was tested, and it was found that the adult users who most use public PHC are between 40 and 59 years of age, women, with a low level of education, and brown. Those who best evaluated PHC were individuals who used the same service, who sought out services in the last 2 weeks, and who had been hospitalized. The greater use of health services points to a better assessment of PHC.*

KEYWORDS *Primary Health Care. Health services research. Health surveys. Health services.*

¹ Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil.
fernandacarvalho0312@gmail.com

² Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil.

³ Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Diretoria de Pesquisas – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS), constituída como a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), configura-se como um espaço de práticas de cuidado realizado por equipe multiprofissional¹. A APS tem como principais atributos o acesso do primeiro contato, a integralidade, a longitudinalidade, a coordenação do cuidado e o enfoque na família e na comunidade, além da competência cultural².

A capacidade de organizar o sistema de saúde baseado em serviços de atenção primária deve ser acompanhada da capacidade de medir o grau de orientação dos atributos à APS desse mesmo sistema de saúde³, uma vez que a presença e a melhor pontuação dos seus atributos promovem melhores indicadores de saúde, maior satisfação dos usuários, menores custos e maior equidade, e, conseqüentemente, provocam impacto positivo sobre o estado de saúde das populações e das pessoas².

Embora o Brasil tenha ampliado em muito os estudos avaliativos da APS, sobretudo com a implantação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) na APS, que possibilitou estudos nacionais e locais sobre a prática^{4,5}, ainda faltam estudos nacionais utilizando instrumentos como o Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil), sob a perspectiva do usuário. O PCATool pode contribuir para a medição da implantação dos atributos da APS, realizando um diagnóstico rápido sobre a organização e o desempenho dos serviços, revelando diferenças relevantes entre avaliações realizadas por gestores, profissionais e usuários, ou entre distintos modelos de atenção. Esse instrumento permite avaliar a estrutura e o processo dos serviços³ e foi baseado no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian⁶.

Em 2019, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), maior inquérito nacional de saúde, inovou ao inserir o módulo PCATool, permitindo explorar em escala nacional, na perspectiva do usuário, a avaliação da APS, bem como características associadas a essa avaliação^{7,8}.

Embora existam estudos locais de avaliação da APS^{3,9}, estudos nacionais utilizando o PCATool e comparando com o uso de serviços de saúde ainda não foram publicados. Assim, o estudo atual visa descrever as características dos indivíduos que utilizam os serviços da APS e avaliar a associação entre avaliação elevada dos atributos da APS pelos usuários com o estado de saúde, a procura e o uso dos serviços de saúde no Brasil.

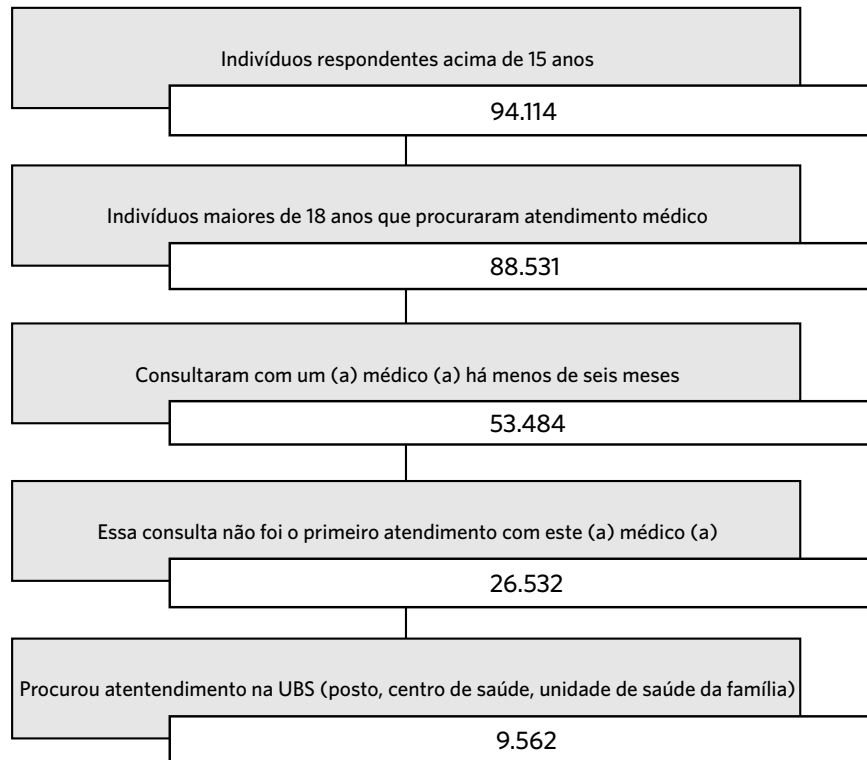
Material e métodos

Trata-se de um estudo transversal com dados da PNS 2019, um inquérito de saúde de base populacional, representativo do Brasil e da população residente em domicílios particulares. A PNS 2019 foi realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) entre os meses de agosto de 2019 e março de 2020, em parceria com o Ministério da Saúde¹⁰.

Amostra

O plano amostral da PNS 2019 foi desenhado por conglomerados em três estágios de seleção: no primeiro, a amostra foi selecionada por setores censitários ou conjuntos de setores censitários; no segundo, foi selecionado um número fixo de domicílios; e no terceiro, em cada domicílio, o morador foi selecionado dentre aqueles com 15 anos ou mais de idade, com base na lista de moradores obtida no momento da entrevista. Em todos os estágios, utilizou-se amostragem aleatória simples. A amostra foi calculada em 108.525 domicílios, no entanto, os dados foram coletados em 94.111 domicílios, com taxa de resposta de 93,6%¹¹. Para o presente estudo, analisaram-se as informações de indivíduos com 18 anos ou mais que realizaram consulta médica nos seis últimos meses na Unidade Básica de Saúde (UBS) ou APS e que haviam se consultado pelo menos duas vezes com o mesmo médico, conforme *figura 1*. Assim, a amostra final foi de 9.562 indivíduos⁸.

Figura 1. Fluxograma da seleção dos respondentes para o módulo H, Atenção Primária a Saúde, da PNS 2019



Fonte: elaboração própria.

Variáveis analisadas

DESFECHO

A avaliação dos atributos da APS foi realizada por meio da versão adaptada e reduzida para pacientes adultos de avaliação da APS: PCATool-Brasil (módulo H da PNS)^{8,11-13}.

O PCATool foi composto por 26 perguntas distribuídas em 10 componentes, para avaliar os atributos da APS e o grau de afiliação^{8,10}, conforme *quadro 1*. Alguns atributos foram avaliados por dois componentes, que, agrupados em itens, aferiram a estrutura e o processo

dos serviços de APS. Dessa forma, foram avaliados os seguintes atributos e componentes: acesso de primeiro contato (utilização e acessibilidade); longitudinalidade; coordenação (integração de cuidados e sistemas de informação); integralidade (serviços disponíveis e serviços prestados); orientação familiar e orientação comunitária e afiliação. O grau de afiliação neste estudo visa identificar o serviço e/ou o médico que são referência para o entrevistado. Vale destacar que foram alteradas as perguntas do instrumento PCATool original, substituindo os termos profissional ou médico(a)/enfermeiro(a) por médico(a)^{8,10,12}.

Quadro 1. Atributos, componentes e perguntas do questionário do PCAToll-Brasil avaliados no módulo H da PNS 2019

Atributo da APS	Componente da	
	APS	Perguntas do questionário
Afiliação	Afiliação	H5. Você geralmente procura “esse(a) médico(a)” quando adoecer ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?
Afiliação	Afiliação	H6. “Esse(a)” é o médico(a) que melhor conhece você como pessoa?
Afiliação	Afiliação	H7. “Esse(a)” é o médico(a) mais responsável por seu atendimento de saúde?
Acesso de Primeiro Contato	Utilização	H8. Quando você tem um novo problema de saúde, você vai a “esse(a) médico(a)” antes de ir a outro serviço de saúde?
Acesso de Primeiro Contato	Acessibilidade	H9. Quando o(a) “serviço de saúde” está aberto(a), você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?
Acesso de Primeiro Contato	Acessibilidade	H10. É difícil para você conseguir atendimento médico no(a) “serviço de saúde” quando pensa que é necessário?
Longitudinalidade	Longitudinalidade	H11. Quando você vai ao(à) “serviço de saúde”, é o(a) mesmo(a) médico(a) que atende você todas as vezes?
Longitudinalidade	Longitudinalidade	H12. Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas a “esse(a) médico(a)”?
Longitudinalidade	Longitudinalidade	H13. “Esse(a) médico(a)” sabe quais problemas são mais importantes para você?
Longitudinalidade	Longitudinalidade	H14. Se fosse muito fácil, você mudaria do(a) “serviço de saúde” para outro serviço de saúde?
Coordenação	Integração de cuidados	H15. Você foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você está em acompanhamento com “esse(a) médico(a)” (Entrevistador(a) Leia todas as alternativas)
Coordenação	Integração de cuidados	H16. “Esse(a) médico(a)” sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com esse(a) especialista ou serviço especialista?
Coordenação	Integração de cuidados	H17. “Esse(a) médico(a)” escreveu alguma informação para o(a) especialista sobre o motivo dessa consulta?
Coordenação	Integração de cuidados	H18. “Esse(a) médico(a)” sabe quais foram os resultados dessa consulta (com especialista ou no serviço especializado)?
Coordenação	Integração de cuidados	H19. “Esse(a) médico(a)” pareceu interessado(a) na qualidade do cuidado que você recebeu no(a) especialista ou serviço especializado (perguntou se você foi bem ou mal atendido(a))?
Coordenação	Sistemas de Informações	H20. Se quisesse, você poderia ler (consultar) o seu prontuário médico no(a) “serviço de saúde”?
Integralidade	Serviços Disponíveis	H21. Aconselhamento para problemas de saúde mental (Ex: ansiedade, depressão)?
Integralidade	Serviços Disponíveis	H22. Aconselhamento sobre como parar de fumar?
Integralidade	Serviços Disponíveis	H23. Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (Ex: diminuição da memória, risco de cair)?
Integralidade	Serviços Prestados	H24. Orientações sobre alimentação saudável, boa higiene e sono adequado (dormir suficientemente)?
Integralidade	Serviços Prestados	H25. Orientações sobre exercícios físicos apropriados para você?
Integralidade	Serviços Prestados	H26. Verificar e discutir os medicamentos que você está usando?
Integralidade	Serviços Prestados	H27. Como prevenir quedas?
Orientação Familiar	Orientação Familiar	H28. “Esse(a) médico(a)” pergunta as suas ideias e opiniões (o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família?

Quadro 1. Atributos, componentes e perguntas do questionário do PCAToll-Brasil avaliados no módulo H da PNS 2019

Atributo da APS	Componente da	
	APS	Perguntas do questionário
Orientação Familiar	Orientação Familiar	H29. "Esse(a) médico(a)" se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?
Orientação Comunitária	Orientação Comunitária	H30. No(a) "serviço de saúde" é(são) realizada(s) pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?

Fonte: elaboração própria.

O instrumento usou respostas do tipo Likert, atribuindo escores no intervalo de 1-4 para cada atributo (1 = 'com certeza não', 2 = 'provavelmente não', 3 = 'provavelmente sim' e 4 = 'com certeza sim') e 'não sei/não lembro' (valor = 9). Para o cálculo do escore do grau de afiliação, foi utilizado um algoritmo específico, também com valores de 1 a 4^{8,12,14}.

Para o cálculo do escore geral de avaliação da APS, foi realizada a soma de todas as respostas e obtida a média entre os componentes dos atributos e do grau de afiliação do usuário com o serviço. Os valores dos escores foram padronizados para uma escala variando de 0 a 10, sendo classificado como de avaliação elevada da APS o escore geral $\geq 6,6$, ou seja, serviços com características de forte orientação para os atributos da APS^{8,12,14,15}.

A avaliação da APS foi estratificada segundo as seguintes informações socio-demográficas: sexo (masculino, feminino); faixa etária (18-24, 25-39, 40-59, 60 ou mais anos), escolaridade (sem instrução e fundamental incompleto, fundamental completo e médio incompleto, médio completo e superior incompleto e superior completo), raça/cor (branca, preta, parda).

Variáveis explicativas

Neste estudo, utilizaram-se as variáveis relacionadas com a utilização dos serviços de saúde e a autopercepção do estado de saúde, derivados do Módulo J da PNS 2019, conforme descrito a seguir^{10,16}:

a) Estado de saúde:

a1) Autoavaliação da saúde: (J1a) 'Considerando saúde como estado de bem-estar físico e mental, e não somente a ausência de doenças, como é o estado de saúde de ___?' (muito bom, bom e regular e, muito ruim e ruim);

a2) Limitação das atividades por motivo de saúde: (J2) 'Nas duas últimas semanas, ___ deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais (trabalhar, ir à escola, brincar, afazeres domésticos etc.) por motivo da própria saúde?' (não e sim).

b) Utilização dos serviços de saúde:

b1) Utilização do mesmo serviço de saúde: (J9) 'Costuma procurar o mesmo lugar, mesmo médico ou mesmo serviço de saúde quando precisa de atendimento de saúde?' (não e sim);

b2) Tipo de serviço utilizado: (J10a) 'Quando está doente ou precisando de atendimento de saúde ___ costuma procurar: [(UBS e outros serviços (farmácia, policlínica, centro de especialidades, Unidade de Pronto Atendimento, ambulatório de hospitais público e privado, consultório ou clínica privada, atendimento domiciliar e outros)]';

b3) Procura por atendimento: (J14) 'Nas duas últimas semanas, ___ procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde?' (não e sim);

b4) Internação nos últimos doze meses: (J37) 'Nos últimos doze meses, ___ ficou internado(a) em hospital por 24 horas ou mais?' (não e sim).

Análise estatística

Inicialmente, foram descritos os escores de avaliação da APS e os respectivos Intervalos de Confiança de 95% (IC95%) segundo as variáveis sociodemográficas (sexo, faixa etária, escolaridade, raça/cor), sendo as diferenças avaliadas pela não sobreposição dos IC95%. Para verificar a associação entre a avaliação elevada da APS (escore geral APS > 6,6) e o estado de saúde e utilização dos serviços de saúde, foram utilizados modelos de regressão de Poisson com variância robusta, sendo calculados a Razão de Prevalência (RP) bruta e ajustada por sexo e faixa etária. Todas as análises foram realizadas utilizando-se o módulo *Survey* disponível no Data Analysis and Statistical Softwares (Stata), versão 14, empregando os pesos de ponderação da PNS, de maneira que os dados possam ser representativos da população da qual se pretende obter estimativas.

Aspectos éticos

A PNS 2019 foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde, Certificado de Apresentação de Apreciação Ética – CAAE 11713319.7.0000.0008, sob parecer número 3.529.376. A participação do adulto na pesquisa foi voluntária, e a confidencialidade das informações, garantida.

Resultados

Este estudo analisou a resposta de 9.562 indivíduos com 18 anos ou mais que avaliaram a APS nacional. Dos entrevistados, 69,8% (IC95% 68,2 – 71,4) eram do sexo feminino, 35,7% (IC95% 34,0 – 37,5) tinham entre 40 e 49 anos, e outros 31,6% (IC95% 29,9 – 33,3) tinham 60 anos ou mais. Em relação ao grau de escolaridade, 51,8% (IC95% 50,0 – 53,6) dos participantes da pesquisa eram sem instrução ou com o ensino fundamental incompleto e 47,7% (IC95% 45,9 – 49,5) dos entrevistados eram da raça/cor parda (*tabela 1*). Verificou-se que 38% (IC95% 36,2 – 39,9) dos brasileiros classificaram a APS como orientada aos seus atributos (escore \geq 6,6). A avaliação elevada no sexo feminino foi de 38,9% (IC95% 36,7 – 41,1), sem diferenças com sexo masculino; a população acima de 60 anos melhor avaliou a APS [41,6% (IC95% 38,7 – 44,6)] quando comparada com a de 25 a 39 anos. Considerando o grau de escolaridade, pessoas sem instrução ou com o ensino fundamental incompleto atribuíram um melhor escore à APS [40,6% (IC95% 38,1 – 43,2)] em comparação com médio completo e superior incompleto [34,2% (IC95% 31,1 – 37,5)], sem diferenças entre os demais. Não ocorreram diferenças na avaliação segundo raça/cor (*tabela 1*).

Tabela 1. Avaliação da APS entre os adultos que utilizaram a APS, segundo variáveis sociodemográficas, PNS 2019

Variáveis	N = 9.562		Escore \geq 6,6 N = 3.640		Escore < 6,6 N = 5.922	
	%(*)	IC(95%)	%(*)	IC(95%)	%(*)	IC(95%)
Total			38	36,2-39,9	62	60,0-63,7
Sexo						
Masculino	30,1	28,6-31,7	36,0	33,1-39,0	63,9	61,0-66,8
Feminino	69,8	68,2-71,4	38,9	36,7-41,1	61,0	58,8-63,2

Tabela 1. Avaliação da APS entre os adultos que utilizaram a APS, segundo variáveis sociodemográficas, PNS 2019

Variáveis	N = 9.562		Escore \geq 6,6 N = 3.640		Escore < 6,6 N = 5.922	
	%(*)	IC(95%)	%(*)	IC(95%)	%(*)	IC(95%)
Total			38	36,2-39,9	62	60,0-63,7
Faixa Etária						
18a24	10,0	08,9-11,2	34,5	28,8-40,7	65,4	59,2-71,1
25a39	22,5	21,0-24,0	33,6	30,1-37,3	66,3	62,6-69,8
40a59	35,7	34,0-37,5	38,6	35,7-41,6	61,3	58,3-64,2
60+	31,6	29,9-33,3	41,6	38,7-44,6	58,3	55,3-61,2
Escolaridade						
Sem instrução e fundamental incompleto	51,8	50,0-53,6	40,6	38,1-43,2	59,3	56,7-61,8
Fundamental completo e médio incompleto	14,4	13,3-15,6	36,7	32,7-40,9	63,2	59,0-67,2
Médio completo e superior incompleto	27,6	26,0-29,3	34,2	31,1-37,5	65,7	62,4-68,8
Superior completo	6,0	05,1-07,1	36,2	29,3-43,8	63,7	56,2-70,6
Raça/Cor						
Branca	37,9	36,0-39,9	36,8	34,0-39,8	63,1	60,1-66,0
Preta	13,1	11,9-14,5	39,4	34,1-44,9	60,6	55,1-65,8
Parda	47,7	45,9-49,5	38,5	36,0-41,1	61,4	58,8-63,9

Fonte: elaboração própria.

Ao analisar a associação entre avaliação elevada da APS ($\geq 6,6$) e as variáveis explicativas, verificou-se que os indivíduos que utilizaram o mesmo serviço de saúde (RPaj = 1,34 (IC95% 1,14 – 1,56), os que procuraram atendimento em algum serviço de saúde nas duas últimas semanas antes da entrevista (RPaj

= 1,17 (IC95% 1,06 – 1,28) e as pessoas que se internaram nos últimos 12 meses (RPaj = 1,19 (IC95% 1,03 – 1,37) avaliaram melhor a APS (tabela 2). Não ocorreu diferença na avaliação do serviço e a autoavaliação do estado de saúde, uso da UBS, limitação de atividades habituais por motivo da própria saúde (tabela 2).

Tabela 2. Associação entre avaliação elevada da Atenção Primária à Saúde (escore $\geq 6,6$) e estado de saúde e uso de serviços. PNS 2019

Variáveis	Escore \geq 6,6		Razão de prevalência (IC95%)				p-valor
	%(*)	IC(95%)	Bruta		Ajustada		
Autoavaliação da saúde							
Muito bom, bom e regular	38,14	(36,24-40,09)	1	1			
Muito ruim e ruim	37,07	(31,16-43,39)	0,97	(0,81- 1,15)	0,94	(0,79-1,12)	0,509
Limitação das atividades por motivo de saúde							
Não	37,8	(35,89-39,75)	1	1			
Sim	39,94	(35,3-44,76)	1,05	(0,93-1,19)	1,02	(0,91-1,16)	0,644

Tabela 2. Associação entre avaliação elevada da Atenção Primária à Saúde (escore $\geq 6,6$) e estado de saúde e uso de serviços. PNS 2019

Variáveis	Escore $\geq 6,6$		Razão de prevalência (IC95%)		p-valor
	%(*)	IC(95%)	Bruta	Ajustada	
Utilização do mesmo serviço de saúde					
Não	29,22	(25,02-33,81)	1	1	
Sim	39,51	(37,55-41,51)	1,35	(1,15-1,58)	1,34 (1,14-1,56) < 0,001
Tipo de serviço utilizado					
Outros	35,9	(31,12-40,98)	1	1	
Unidade Básica de Saúde	40,36	(38,21-42,53)	1,12	(0,96-1,30)	1,11 (0,96-1,28) 0,154
Procura por atendimento					
Não	35,63	(33,45-37,87)	1	1	
Sim	42,42	(39,35-45,56)	1,19	(1,08-1,30)	1,17 (1,06-1,28) 0,001
Internação nos últimos 12 meses					
Não	37,33	(35,46-39,23)	1	1	
Sim	44,34	(38,23-50,64)	1,18	(1,02-1,37)	1,19 (1,03-1,37) 0,017

Fonte: elaboração própria.

Discussão

Este estudo analisou dados do PCATool, referentes à PNS 2019, de indivíduos que se consultaram com um médico da APS nos últimos seis meses antes da entrevista. Encontrou que 38% dos brasileiros classificaram a APS como orientada pelos seus atributos, sendo que os idosos e os indivíduos com baixa escolaridade foram os que melhor avaliaram a APS. Os indivíduos que utilizam o mesmo serviço de saúde quando houve necessidade de atendimento de saúde, que procuraram algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado com a própria saúde nas duas semanas anteriores à entrevista e os que se internaram por mais de 24 horas nos últimos 12 meses antes da pesquisa foram os que melhor avaliaram a APS.

Encontrou-se neste estudo que as mulheres e os indivíduos de 40 a 59 anos são os que mais utilizam os serviços de saúde em consonância com outras pesquisas^{8,17,18}, contudo, há estudos que apontam que estes são as mulheres e os idosos¹⁹⁻²². Discute-se que a população

feminina possui maior percepção de sinais e sintomas de doenças, é mais sensível às práticas de promoção/prevenção, além de possuir demandas da menarca, pré-natal e menopausa, por isso, procuram mais os serviços^{23,24}. Possivelmente, a maior procura na população de 40-59 anos se deva à população feminina, com demandas referentes à prevenção de saúde e à menopausa²⁴.

O estudo identificou que a população com escolaridade mais baixa é a que mais utiliza a APS, com o mesmo resultado que os inquiridos telefônicos desenvolvidos em Belo Horizonte e no Distrito Federal utilizando o PCAToll^{17,25}. Baseados nesses resultados, verifica-se a importância da APS e do SUS na redução das injustiças sociais, visto que a atenção primária amplia o acesso aos cuidados de saúde à população mais vulnerável¹⁸. Ademais, destaca-se a importância do SUS na inclusão social e na redução de iniquidades^{21,26}.

O resultado encontrado, de que menos de 40% dos usuários contínuos da APS a avaliaram com escore elevado, corrobora a literatura brasileira existente, em estudos de base

municipal ou de região de saúde realizados em diferentes locais e na perspectiva de diversos atores sociais, os quais mostram que a APS, bem avaliada pela menor parte da população, ainda não dispõe de orientação necessária aos seus atributos²⁷⁻³³. A falta de orientação dos serviços aos atributos da APS é preocupante uma vez que a presença e a melhor qualidade deles promove melhores indicadores de saúde, maior satisfação dos usuários com o sistema, menores custos e maior equidade; e, conseqüentemente, provocam impacto sobre o estado de saúde das populações e das pessoas².

Os resultados apontam a necessidade de qualificar melhor os serviços da APS no SUS^{7,18}, principalmente nos componentes processo e estrutura³⁴. A qualificação da APS no Brasil envolve questões complexas que precisam avançar e que perpassam pela formação dos profissionais, pela melhor fixação das equipes de saúde da família, pelas relações de trabalho frágeis. Há, ainda, necessidade de trabalhar as diferenças nas expectativas de profissionais e usuários, o processo de trabalho das equipes e o equilíbrio entre ações curativas e ações de promoção da saúde e prevenção de agravos. Questões relacionadas com o financiamento e com a gestão dos serviços de saúde também precisam avançar³⁵.

Diante dessas necessidades apontadas, deve-se questionar a extinção do PMAQ-AB, ao implantar o programa de financiamento Previne Brasil³⁶, uma vez que esse programa funcionava como um instrumento de ampliação do acesso e qualificação da APS, por meio de uma robusta metodologia. Esse instrumento avaliava e promovia estratégias para identificação de fragilidades na estrutura e no processo de trabalho das equipes, principalmente no que tangia aos atributos de primeiro contato, longitudinalidade e coordenação do cuidado e pagava melhores incentivos financeiros por desempenho às equipes que alcançavam avanços da qualidade assistencial prestada à população^{37,38}. Entende-se que a extinção do PMAQ-AB estagnou e até mesmo trouxe retrocessos para a qualificação da APS.

Este estudo encontrou associação entre o escore elevado da APS e os indivíduos que utilizam o mesmo serviço de saúde quando há necessidade de atendimento de saúde, da mesma forma que o estudo de Oliveira³⁰, o qual ainda identificou que o tempo de vínculo do usuário com o serviço superior a dois anos gera uma melhor classificação atribuída à APS. Outro estudo verificou que, quanto maior a frequência com que o usuário é atendido na APS, mais bem avaliado é o serviço de saúde, possivelmente pela construção de vínculo com a equipe de saúde³². O aumento da capilaridade da APS no território nacional constituiu-se como um dos fatores que fomentaram o estabelecimento de vínculo, essencial para o acompanhamento longitudinal dos indivíduos e famílias, bem como contribuiu para o reconhecimento de que o serviço de APS é fonte regular de cuidado em saúde⁹.

Este estudo identificou que as pessoas que mais procuram os serviços de saúde melhor os avaliam. Os estudos de Oliveira³⁰ e de Gonçalves e colaboradores³⁹ mostraram que serviços classificados com alto escore apresentam populações com maior frequência de uso dos serviços de saúde, com o quantitativo de duas ou mais consultas por ano e 8,5 consultas por ano respectivamente. Por sua vez, a pesquisa realizada na cidade de Teresina-PI, apontou que, quanto maior a regularidade de busca pela UBS, maior o percentual de alto escore atribuído pelos usuários do sexo masculino³². Além disso, verifica-se que as necessidades em saúde interferem no grau de avaliação atribuída à APS²⁴. A PNS 2013 confirmou que a maior motivação para o uso de serviços está associada à presença de doenças²⁰ e que o principal motivo de procura por atendimento nas duas últimas semanas, na PNS 2019, foi por doença ou tratamento de doença [48,3% (IC95% 47,2 – 49,3)]; portanto, ter as demandas de saúde resolvidas resulta em elevada avaliação da APS.

Outra associação encontrada neste estudo foi entre o elevado escore da APS e os indivíduos que responderam que ficaram internados

em hospital nos últimos 12 meses. Estudo destaca que a maior prevalência de internação nos últimos 12 meses foi entre usuários que estudaram menos e possuem DCNT²⁰. Estes usuários, que ficaram internados em hospital, podem ser portadores de DCNT não compensada, ou usuários com doença mental, ou seja, o público de acompanhamento programático da APS^{40,41}. Dessa forma, esses usuários da APS que demandam internação avaliam melhor a APS, possivelmente por terem possibilidade de acesso à rede hospitalar. Portanto, os que mais internam também procuram e demandam com maior frequência o atendimento na APS e bem avaliam os serviços.

Nesse sentido, torna-se importante avaliar a qualidade da APS, visando estabelecer estratégias para adequar a demanda e o consumo de serviços²². Conhecer essa demanda passa pela governança e pelas ações e políticas públicas voltadas para prevenção e redução dos fatores de risco, acesso aos cuidados de saúde, organização da vigilância e monitoramento, além do enfrentamento dos determinantes sociais²⁰.

Dentre os limites do estudo, destaca-se que só eram elegíveis para entrevista de avaliação da qualidade da APS aqueles que tiveram atendimento pelo menos duas vezes com o mesmo médico em UBS ou Unidades de Saúde da Família⁸. A PNS, ao fazer esse filtro, pressupõe que os indivíduos estavam aptos a responder sobre os atributos da APS com maior confiabilidade e assertividade, uma vez que tinham familiaridade com o serviço de saúde prestado⁸. Contudo, com esse desenho de estudo, foram excluídas as pessoas que não possuem acesso ao serviço, e usuários menos frequentes, que acessaram o mesmo médico, menos de duas vezes, nos últimos seis meses, fato que pode alterar as avaliações. Como consequência do desenho de estudo, o tamanho da amostra se reduziu de forma substancial, impedindo análise desagregada por municípios, serviços, como era possível utilizando instrumentos como o PMAQ-AB⁴. Além disso, o questionário foi alterado do PCATool original, enfocando exclusivamente a avaliação

do atendimento médico. Destaca-se que os cuidados em saúde são prestados de forma multiprofissional na APS, o que não foi avaliado no atual questionário⁷.

Conclusões

O estudo aponta que mulheres, pardos, pessoas de 40 a 59 anos e com baixa escolaridade mais usam a APS, além de que a melhor avaliação ocorre entre os que, com maior recorrência, usam e procuram os mesmos serviços de saúde, sendo considerados clientes frequentes ou que mais se internam. Assim, o uso de serviços de saúde contínuos na APS resulta em melhor avaliação da APS.

São grandes os desafios para consolidação da APS no Brasil, em especial, no que tange à qualidade dos serviços. No entanto, fica claro que a APS desenvolve um importante papel na redução das iniquidades, constituindo-se como a porta de entrada de populações vulneráveis usuárias do SUS. Desse modo, destacam-se as inúmeras dificuldades, entre 2016 e 2022, na condução da APS e do SUS no País em função das políticas de austeridade, com redução dos recursos do governo federal, em detrimento da consolidação de políticas sociais de caráter universal, atingindo duramente as conquistas alcançadas pela população brasileira há quase 30 anos com a criação do SUS⁴². Assim, recomendam-se, ao contrário, o investimento e o fortalecimento da APS, o reconhecimento dos direitos sociais de caráter universal, o incentivo e a participação social, bem como a afirmação do papel do Estado, investindo na democracia e na construção de políticas de saúde equânimes.

Colaboradores

Carvalho FC (0000-0002-5284-0373)* contribuiu para concepção e planejamento do estudo, análise e interpretação dos dados, elaboração da primeira versão e revisão crítica do

conteúdo, participação na aprovação da versão final do manuscrito. Gomes CS (0000-0001-6586-4561)* e Bernal RTI (0000-0002-7917-3857)* contribuíram para apoio às análises estatísticas, análise e interpretação dos dados, elaboração da primeira versão e revisão crítica do conteúdo e participação na aprovação da versão final do manuscrito. Pinto HA (0000-0002-8346-1480)* e Pereira CA

(0000-0001-6183-1607)* contribuíram para revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. Malta DC (0000-0002-8214-5734)* contribuiu para concepção e planejamento do estudo, análise e interpretação dos dados, elaboração da primeira versão e revisão crítica do conteúdo, participação na aprovação da versão final do manuscrito e orientação do trabalho. ■

Referências

- Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, et al., organizadores. Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018. [acesso em 2022 jun 3]. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575416297>.
- Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. [acesso em 2021 maio 16]. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000130805>.
- Harzheim E, Gonçalves MR, D'Avila P, et al. Estudos de PCATool no Brasil. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, et al., organizadores. Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018 [acesso em 2022 jun 3]. p. 8455-8978. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575416297>.
- Giovanella L, Mendonça MHM, Medina, MG, et al. Contribuições dos estudos PMAQ-AB para a avaliação da APS no Brasil. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, et al., organizadores. Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018 [acesso em 2022 jun 3]. p. 569-610. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575416297>.
- Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, et al. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB. In: Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, organizadores. Acesso e qualidade na atenção básica brasileira: análise comparativa dos três ciclos da avaliação externa do PMAQ-AB, 2012-2018. São Leopoldo: Oikos; 2021. p. 67-82.
- Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Q.* 2005 [acesso em 2021 jun 14]; 83(4):691-729. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1111%2Fj.1468-0009.2005.00397.x>.
- Carvalho FC, Bernal RTI, Perillo RD, et al. Associação entre avaliação positiva da atenção primária à saúde e características sociodemográficas e comorbidades no Brasil. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2022 [acesso em 2022 out 18]; 25:E220023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720220023.2>.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde: 2019: atenção primária à saúde e informações antropométricas: Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2020. [acesso em 2021 jun 15]. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/02/liv101758.pdf>.
- Medina MG, Aquino R, Vilasbôas ALQ, et al. A Pesquisa em Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: Men-

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- donça MHM, Matta GC, Gondim R, et al., organizadores. Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018 [acesso em 2022 jun 3]. p. 7645-8450. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575416297>.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Manual Básico da Entrevista. Pesquisa Nacional de Saúde Contínua. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE; 2021. [acesso em 2021 out 3]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/biblioteca-catalogo.html?id=55591&view=detalhes>.
 11. Stopa SR, Szwarcwald CL, Oliveira MM, et al. National Health Survey 2019: history, methods and perspectives. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2020 [acesso em 2021 ago 14]; 29(5):e2020315. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742020000500004>.
 12. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. PCATool Brasil/2020: manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020. [acesso em 2021 jul 19]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/12052020_PCATool.pdf.
 13. Oliveira MMC, Harzheim E, Riboldi J, et al. PCATool-ADULTO-BRASIL: uma versão reduzida. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade*. 2013 [acesso em 2021 jul 5]; 8(29):256-263. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)823](https://doi.org/10.5712/rbmfc8(29)823).
 14. Harzheim E, Oliveira MMC, Agostinho MR, et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade*. 2013 [acesso em 2021 jun 15]; 8(29):274-84. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)829](https://doi.org/10.5712/rbmfc8(29)829).
 15. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, et al. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cad. Saúde Pública*. 2006 [acesso em 2021 jun 15]; 22(8):1649-1659. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2006000800013>.
 16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde: 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação: Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2020 [acesso em 2021 out 3]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101748.pdf>.
 17. Perillo RD, Poças KC, Machado IE, et al. Fatores associados à utilização da atenção primária pela população adulta de Belo Horizonte, Minas Gerais, segundo inquérito telefônico. *Rev. Min. Enferm*. 2020; 24:e-1300.
 18. Pinto LF, Quesada LA, D'Avila OP, et al. Primary Care Assesment Tool: diferenças regionais a partir da Pesquisa Nacional de Saúde do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Ciênc. saúde coletiva*. 2021 [acesso em 2022 maio 16]; 26(9):3965-3979. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.10112021>.
 19. Perillo RD, Poças KC, Bernal RTI, et al. Fatores associados à avaliação da Atenção Primária à Saúde na perspectiva do usuário: resultados do inquérito telefônico Vigitel, 2015. *Ciênc. saúde coletiva*. 2021 [acesso em 2021 jun 14]; 26(3):961-974. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.45722020>.
 20. Malta DC, Bernal RTI, Lima, MG, et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Rev. Saude Publica*. 2017 [acesso em 2022 ago 16]; 51(sup1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000090>.
 21. Malta DC, Bernal RTI, Gomes CS, et al. Desigualdades na utilização de serviços de saúde por adultos e idosos com e sem doenças crônicas no Brasil, Pesquisa Nacional de Saúde 2019. *Rev. Bras. Epidemiol*. 2021 [acesso em 2022 mar 19]; 24(sup12). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210003.sup1.2>.
 22. Malta DC, Gomes CS, Prates EJS, et al. Análise da demanda e acesso aos serviços nas duas semanas anteriores à Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019. *Rev. Bras. Epidemiol*. 2021 [acesso em 2022

- mar 19]; 24(supl2). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210002.supl.2>.
23. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde debate*. 2018 [acesso em 2021 jun 14]; 42(1):208-223. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>.
24. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2004 [acesso em 2021 set 12]; 20(supl2):S190-S198. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>.
25. Poças KC, Perillo RD, Bernal RTI, et al. Primeira escolha para utilização de serviços de saúde pela população adulta do Distrito Federal, 2015: um inquérito de base populacional. *Epidemiol. Serv. Saude*. 2019 [acesso em 2021 jun 14]; 28(e2018124). Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742019000200017>.
26. Stopa SR, Malta DC, Monteiro CN, et al. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Rev. Saude Publica*. 2017 [acesso em 2022 set 9]; 51(supl1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000074>.
27. Araújo LUA, Gama ZAS, Nascimento FLA, et al. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. *Ciênc. saúde coletiva*. 2014 [acesso em 2022 mar 19]; 19(8):3521-3532. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.21862013>.
28. Harzheim E, Pinto LF, Hauser L, et al. Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2016 [acesso em 2021 out 14]; 21(5):1399-1408. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.26672015>.
29. Lima EFA, Sousa AI, Primo CC, et al. An assessment of primary care attributes from the perspective of female health care users. *Rev. Latino-Am Enferm*. 2015 [acesso em 2022 mar 19]; 23(3):553-559. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0496.2587>.
30. Oliveira MMC. Presença e Extensão dos Atributos da Atenção Primária entre os Serviços de Atenção Primária em Porto Alegre: uma análise agregada. [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007. 118 p. [acesso em 2022 maio 16]. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/12649>.
31. Oliveira EB, Bozzetti MC, Hauser L, et al. Avaliação da qualidade do cuidado a idosos nos serviços da rede pública de atenção primária à saúde de Porto Alegre, Brasil. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade*. 2013 [acesso em 2021 out 21]; 8(29):264-273. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/140034>.
32. Silva AN, Silva SA, Silva ARV, et al. A avaliação da atenção primária a saúde na perspectiva da população masculina. *Rev. Bras. Enferm*. 2018 [acesso em 2022 mar 12]; 71(2):236-243. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0651>.
33. Silva SA, Fracolli LA. Avaliação da Estratégia Saúde da Família: perspectiva dos usuários em Minas Gerais, Brasil. *Saúde debate*. 2014 [acesso em 2022 mar 19]; 38(103):692-705. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140064>.
34. Prates ML, Machado JC, Silva LS, et al. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017 [acesso em 2021 jun 14]; 22(6):1881-1893. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.14282016>.
35. Silva GS, Alves CRL. Avaliação do grau de implantação dos atributos da atenção primária à saúde como indicador da qualidade da assistência prestada às crianças. *Cad. Saúde Pública*. 2019 [acesso em 2021 jun 14]; 35(2):e00095418. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00095418>.
36. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS, alterando a Portaria de Consolidação nº 6/

- GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União. 13 Nov 2019. [acesso em 2022 abr 10]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de2019-227652180>.
37. Pinto HA, Sousa ANA, Ferla AA. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. *Saúde debate*. 2014 [acesso em 2022 abr 10]; 38(esp):358-372. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S027>.
38. Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, organizadores. Acesso e qualidade na atenção básica brasileira: análise comparativa dos três ciclos da avaliação externa do PMAQ-AB, 2012-2018. São Leopoldo: Oikos; 2021.
39. Gonçalves MR, Harzheim E, Zils AA, et al. A qualidade da atenção primária e o manejo do diabetes mellitus. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade*. 2013 [acesso em 2022 fev 13]; 8(29):235-243. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)814](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(29)814).
40. Brasil. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 22 Set 2017. [acesso em 2022 fev 13]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
41. Brasil. Ministério da Saúde. Carteira de serviços da atenção primária à saúde (CASAPS): versão Profissionais de Saúde e Gestores – Completa. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde; 2019. [acesso em 2021 out 14]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carteira_servicos_atencao_primaria_sau-de_profissionais_saude_gestores_completa.pdf.
42. Giovanella L, Mendonça MHM, Buss PM, 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 mar 28]; 35(3):e00012219. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00012219>.

Recebido em 04/06/2023

Aprovado em 26/02/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: TED 67/2023 - Fundo Nacional de Saúde.

Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente e DCM - bolsa de produtividade CNPq, processo CNPq - 310177/2020-0

Editora responsável: Jamilli Silva Santos

Ansiedade e depressão em trabalhadores de saúde de UTI Covid-19 em um hospital de referência

Anxiety and depression in health workers in a COVID-19 ICU in a reference hospital

Bruno Ishigami¹, Aline do Monte Gurgel¹, Jennifer Maiara da Silva Barros¹, Kátia Rejane de Medeiros¹, Idê Gomes Dantas Gurgel¹, Wayner Vieira de Souza¹

DOI: 10.1590/2358-289820241418850P

RESUMO Este estudo teve como objetivo avaliar a prevalência de ansiedade e depressão entre trabalhadores de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) que prestam atendimento a pacientes suspeitos ou confirmados para covid-19 em um hospital de referência em Pernambuco, Brasil. Foi realizado um estudo descritivo, quantitativo, de corte transversal com 140 trabalhadores da UTI de um hospital universitário na cidade de Recife, incluindo médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Os trabalhadores responderam a um questionário sociodemográfico e ocupacional, ao General Anxiety Disorder-7 (GAD-7) e ao Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). A prevalência de ansiedade foi de 38,6%, sendo maior entre os técnicos de enfermagem (42,2%). A prevalência de depressão foi de 41,4%, mostrando-se maior entre médicos (46,4%). Trabalhadores jovens ou aqueles que não possuíam momentos de lazer apresentaram uma taxa maior de ansiedade e depressão. Também foi encontrada associação entre trabalhar nos dois turnos (diurno e noturno) e a presença de sintomas depressivos. Conclui-se que os profissionais de saúde da UTI estão em sofrimento, que pode ter se agravado devido à intensificação do trabalho causada pela pandemia, e que políticas de prevenção e cuidado à saúde mental se fazem necessárias nesse contexto.

PALAVRAS-CHAVE Saúde do trabalhador. Saúde mental. Ansiedade. Depressão. Covid-19.

ABSTRACT *This study aimed to assess the prevalence of anxiety and depression among Intensive Care Unit (ICU) workers providing care to suspected or confirmed COVID-19 patients in a referral hospital in Pernambuco, Brazil. A descriptive, quantitative, cross-sectional study was conducted with 140 ICU workers from the Oswaldo Cruz University Hospital, including physicians, nurses, and nursing technicians. The workers completed a sociodemographic and occupational questionnaire, the General Anxiety Disorder-7 (GAD-7), and the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). The prevalence of anxiety was 38.6%, with a higher rate among nursing technicians (42.2%). The prevalence of depression was 41.4%, with a higher rate among physicians (46.4%). Younger workers or those who lacked leisure time had a higher rate of anxiety and depression. An association was also found between working both day and night shifts and the presence of depressive symptoms. It is concluded that ICU healthcare professionals are experiencing distress due to intensified work caused by the pandemic, highlighting the importance of mental health prevention and care policies.*

KEYWORDS Occupational health. Mental health. Anxiety. Depression. COVID-19.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Aggeu Magalhães (IAM) - Recife (PE), Brasil.
brunoishigami@gmail.com



Introdução

A pandemia da covid-19, evento de importância epidemiológica internacional, registrou no Brasil cerca de 37 milhões de casos confirmados e mais de 704 mil óbitos entre 26 de fevereiro de 2020 e agosto de 2023¹. A falta de coordenação em nível federal durante a pandemia induziu à produção de boletins pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) sobre a situação epidemiológica do País, sendo criados os Boletins do Observatório Covid-19. Em março de 2021, eles informavam um possível colapso sanitário e hospitalar, tornando-se um dos maiores já registrados. Na ocasião, 24 estados e o Distrito Federal apresentavam uma taxa de ocupação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) acima dos 80%, sendo 15 unidades federativas com taxas iguais ou superiores a 90%².

Em Pernambuco, em maio de 2020, durante a primeira onda da pandemia, o número de pacientes que aguardavam leitos de UTI ultrapassou a marca de 275 pessoas, expondo um possível colapso no sistema de saúde do estado. Após o surgimento da variante *gamma*, Pernambuco chegou a ter 340 pacientes aguardando leitos de UTI³.

Este artigo fala sobre o impacto à saúde mental de trabalhadores de saúde que prestavam atendimento para pacientes suspeitos ou confirmados para covid-19 em um hospital de referência. É resultado de uma pesquisa de mestrado que se propôs a avaliar a presença de ansiedade e depressão em enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem que trabalhavam em uma UTI Covid-19.

A crise sanitária foi agravada pela crise político-institucional, que se intensificou a partir do *impeachment* da Presidenta Dilma Roussef, culminando na imposição de reformas de Estado que implicaram retrocessos de direitos trabalhistas e previdenciários no Brasil, com perdas marcantes relativas à saúde, à previdência, à assistência social e à área ambiental⁴. Além disso, aceleração do desmonte das políticas públicas foi materializada

pela reforma trabalhista de 2017, pela Lei nº 13.874/2019 e pela Medida Provisória nº 905/2019, as quais resultaram na precarização de vínculos trabalhistas⁵.

Na área da saúde, é possível observar o reflexo dessas medidas a partir da alteração na forma de contratação de médicos. Anteriormente contratados em regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), agora vêm sendo contratados como ‘pessoa jurídica’, perdendo autonomia em relação aos termos de contratação e às condições de trabalho⁶. Outrossim, a fragilidade das condições de trabalho, por exemplo, influenciou a grande contaminação de alguns trabalhadores pela covid-19. Em vínculos cada vez mais precários, motoristas de aplicativos de entrega continuaram a se expor ao risco de se contaminar mesmo nas fases de maior isolamento social⁷. Em se tratando especificamente dos profissionais de saúde, o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) contabilizou 872 óbitos entre profissionais de enfermagem, e o Conselho Federal de Medicina (CFM) registrou 906 entre médicos^{8,9}.

Em virtude da elevada transmissibilidade e morbidade, houve um aumento na procura por atendimento hospitalar, que resultou em uma maior demanda e, conseqüentemente, na sobrecarga dos profissionais de saúde – a ponto de se falar em colapso do sistema de saúde – com centenas de pacientes aguardando uma vaga em leito de UTI. Assim, foi necessária a abertura de centenas de leitos de UTI, mas a quantidade de mão de obra disponível não era capaz de atender a esse aumento súbito de demanda¹⁰⁻¹². Esse cenário impactou diretamente na organização e na operacionalização do trabalho dos profissionais de saúde, nos campos físico, cognitivo e/ou emocional, ampliando as cargas de trabalho. Além disso, todas essas alterações decorrentes da pandemia da covid-19 apresentaram potencial para causar impacto na saúde mental desses trabalhadores^{13,14}.

Os profissionais da UTI estão muito suscetíveis ao sofrimento psíquico, este associado

ao maior desgaste físico e emocional favorecido pelo trabalho de grande especificidade e pela necessidade de atenção constante. Nesse sentido, a elevada demanda laboral e psicológica pode propiciar o processo de adoecimentos desses trabalhadores¹⁵. A covid-19, portanto, pode ser apontada como um evento que pode servir de gatilho para transtorno de estresse agudo e transtorno de estresse pós-traumático também pela elevada morbimortalidade da infecção. Ademais, os profissionais de saúde foram submetidos a uma demanda sem precedentes pela necessidade de lidar com uma quantidade massiva de casos e óbitos, com importantes reflexos na sua saúde¹⁶.

Em um estudo realizado na China, foram entrevistados 1.257 profissionais da saúde que prestaram assistência direta em hospitais secundários e terciários. Os dados encontrados chamam atenção pela alta prevalência de transtornos mentais: 44,6% apresentavam sintomas de ansiedade; 50,4%, sintomas de depressão; 34%, de insônia; e 71,5%, de estresse¹⁷.

Ao considerar essas questões, este estudo teve como objetivo analisar a prevalência de ansiedade e depressão entre médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem de uma UTI Covid-19 em um hospital de referência em Pernambuco.

Material e métodos

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo e de corte transversal, realizado em um hospital universitário na cidade de Recife, capital de Pernambuco, caracterizado como centro de referência em doenças infectocontagiosas, sendo o primeiro serviço de saúde estadual a se adaptar para receber pacientes suspeitos ou confirmados para covid-19 após o início da pandemia.

Fizeram parte do estudo: todos os profissionais de enfermagem (nível superior e técnico) e equipe médica que trabalham na UTI Covid-19 do hospital selecionado. Na amostra, foram incluídos todos os profissionais dessas categorias

que estavam cadastrados no setor, no mês de fevereiro de 2022, de acordo com informações coletadas com a chefia médica e de enfermagem do setor, totalizando 189 profissionais, sendo 33 médicas(os), 21 enfermeiras(os), 135 técnicas(os) de enfermagem.

Para serem incluídos no estudo, os trabalhadores precisavam estar desenvolvendo suas atividades há pelo menos seis meses desde o registro do primeiro caso da covid-19. Os trabalhadores que se encontravam de férias ou em quaisquer outros tipos de afastamento no mês anterior ao da coleta por período superior a 30 dias foram excluídos da pesquisa.

Para coleta dos dados, foram aplicados três questionários: o sociodemográfico e ocupacional, o General Anxiety Disorder-7 (GAD-7) e o Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9).

O primeiro instrumento foi voltado para caracterização dos trabalhadores, contendo 21 perguntas voltadas à descrição do perfil sociodemográfico (sexo, idade, estado civil, renda, raça, escolaridade, número de filhos, presença de momentos de lazer durante a semana, quantidade de horas de lazer durante a semana, prática de atividade física) e ocupacional (profissão, tipo de vínculo, quantidade de horas semanais trabalhadas, quantidade de vínculos empregatícios, período de trabalho, maior titulação, presença de faltas justificadas durante o último mês, férias nos últimos 13 meses).

O questionário GAD-7, versão brasileira adaptada por Moreno et al.¹⁸, apresenta uma escala que identifica a presença de sintomas do transtorno de ansiedade generalizada. O instrumento identifica a frequência com que cada um dos sintomas incomodou o respondente nas duas últimas semanas¹⁸. Ele é composto por sete itens, e suas opções de resposta variam de '0 – Nenhuma vez' a '3 – Quase todos os dias'. Quanto mais alto o escore (de 0 a 21 pontos), maior é a presença de sintomas ansiosos.

A pontuação final do teste classifica o entrevistado segundo o grau de severidade de seus sintomas: mínimo ou nulo (0-4); leve

(5- 9); moderado (10-14); e grave (15-21). É considerado como indicador positivo de sinais e sintomas de Transtorno de Ansiedade (TA), valor igual ou maior que 10.

No estudo de Moreno et al.¹⁸, o GAD-7 apresentou consistência interna de $\alpha = .916$, e no presente estudo, $\alpha = .893$, em uma estrutura unifatorial, que pode ser observada ao comparar *eigenvalues* dos dados da amostra e os dados simulados, tendo apenas um fator dos dados da amostra acima dos simulados.

O questionário PHQ-9, versão brasileira adaptada/validada por Osório et al.¹⁹, identifica a presença de sintomas de episódio depressivo maior. O respondente precisa assinalar a frequência com que cada um dos sintomas descritos o incomodou durante as duas últimas semanas. A escala é composta por 9 itens, e suas opções de resposta variam de '0 – Nenhuma vez' a '3 – Quase todos os dias'.

O escore do PHQ-9 varia de 0 a 27 pontos, e o resultado dessa pontuação total também será analisado de acordo com os critérios de classificação do PHQ-9 quanto ao nível de severidade de depressão: mínimo ou nulo (0-4); leve (5-9); moderado (10-14); moderadamente grave (15- 19); e grave (20-27).

O valor maior ou igual a 10 é considerado como indicador positivo de sintomas depressivos ou transtorno depressivo¹⁹. Nunes e Faro²⁰ analisaram a estrutura fatorial do PHQ- 9 e encontraram consistência interna de $\alpha = .900$, já a presente pesquisa observou um $\alpha = .908$, com uma estrutura unidimensional, comprovando a qualidade e a adequação do instrumento ao objetivo da presente pesquisa.

Todos os instrumentos foram autoaplicados, elaborados via Google Forms e enviados via *link* por WhatsApp, dispensando a coleta de dados presencial em dias e turnos variados para se adequar ao horário de trabalho dos profissionais. As variáveis dependentes foram ansiedade e depressão, e as independentes foram as características sociodemográficas.

No total, 140 profissionais aceitaram participar da pesquisa, sendo realizadas cinco

tentativas de contato via WhatsApp e ligação. Como a coleta de dados ocorreu entre os meses de março e maio de 2022, não houve perda de participantes por motivo de férias/afastamento nos 30 dias que antecederam a aplicação do questionário.

Para análise dos dados, utilizaram-se os programas Statistical Package for the Social Sciences (SPSS Inc.) versão 22.0 e JASP versão 0.16.3. Verificou-se que os dados apresentavam desvio de normalidade por meio do teste de Shapiro Wilk, que apresentou $p < 0,001$, o que aponta para impossibilidade de realização de análises paramétricas. Tendo esse dado como base, realizaram-se, além de estatísticas descritivas, análises inferenciais não paramétricas.

Foram feitas análises de correlação de Spearman para avaliar as relações entre GAD-7, PHQ-9 e faixa etária. As magnitudes das correlações foram analisadas com base no proposto por Goss-Sampson²¹: igual/abaixo de 0,29, baixa; entre 0,30 e 0,49, moderada; igual/acima de 0,50, alta.

Também se fez uso das análises do teste Mann Whitney para variáveis/grupos dicotômicos e do teste Kruskal-Wallis para variáveis/grupos com mais de duas classes. Essas análises permitem comparar diferenças das medianas ou postos.

Outro teste utilizado foi o qui-quadrado, que permite comparar variáveis categóricas e analisar quando o resultado é ao acaso. Para analisar as qualidades psicométricas do GAD-7 e do PHQ-9, foi feita análise paralela dos questionários para analisar a estrutura fatorial, e para avaliar a fidedignidade e a consistência interna, usou-se o Alfa de Cronbach.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética – CAAE 50153721.9.0000.5190; parecer de número 5.141.014), e foi realizado respeitando Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

No total, 140 profissionais participaram da pesquisa, sendo 28 médicos (20%), 20 enfermeiros (14,2%) e 92 técnicos de enfermagem (65,7%) da UTI Covid-19 do hospital selecionado. Em virtude do tamanho da amostra, optou-se por avaliar os participantes da pesquisa em um único grupo, não se levando em consideração as variáveis independentes na análise dos desfechos.

As mulheres totalizaram 82,1% dos trabalhadores que compuseram a amostra deste estudo. Quanto à faixa etária, 32,1% dos participantes tinham de 30 a 39 anos, seguida daquelas entre 40 e 49 anos (28,6%), caracterizando uma população de adultos jovens (*tabela 1*).

No recorte de raça, há um predomínio de indivíduos que se reconhecem como pretos ou pardos (55%). Na equipe médica, 50% se identificam como pretos ou pardos; entre os enfermeiros, 60% se declaram dessa forma, e entre técnicos de enfermagem, esse valor foi para 55,4%.

A maioria dos entrevistados afirma que possui filhos (62,9%). Entre os médicos (64,3%)

e enfermeiros (70%) a maior parte não possui filhos. Já entre os técnicos de enfermagem (78,3%), o maior número de entrevistados tem filhos.

Em relação à renda mensal, a maioria dos profissionais recebe até 4 salários mínimos (78,7%). Com relação aos médicos, a maior parte desses profissionais recebe mais do que 8 salários mínimos (92,8%), já entre os enfermeiros, a maioria dos trabalhadores recebe até 4 salários mínimos (80%) e a maior parte dos técnicos de enfermagem recebe até 3 salários mínimos (94,2%).

Quanto ao número de vínculos trabalhistas, a maioria dos profissionais possui mais de um vínculo (82,1%). Destes, 89,3% dos médicos, 80% dos enfermeiros e 80,4% dos técnicos de enfermagem possuem dois ou mais vínculos.

No que diz respeito à carga horária, a maioria dos indivíduos trabalha mais de 60 horas por semana (57,7%), e 21 indivíduos (15%) trabalham mais de 90 horas por semana. No que se refere ao lazer, 38 profissionais (27,1%) não possuem nenhum momento de lazer durante a semana.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos participantes

Variáveis	Total		Enfermeiras(os)		Médicas(os)		Técnicas(os) de enfermagem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Total	140		20	14,2	28	20	92	65,7
Sexo								
Feminino	115	82,1	17	85	14	50	84	91,3
Masculino	25	17,9	3	15	14	50	8	8,7
Faixa etária								
20-29 anos	24	17,1	6	30	6	21,4	12	13
30-39 anos	45	32,1	7	35	16	57,1	22	23,9
40-49 anos	40	28,6	2	10	5	17,9	33	35,9
> 50 anos	13	9,3	1	5	0	0	12	14,1
Período de trabalho								
Apenas diurno	26	18,6	5	25	0	0	21	22,8
Apenas noturno	18	12,9	2	10	2	7,1	14	15,2
Diurno e noturno	96	68,6	13	65	26	92,9	57	62

Tabela 1. Características sociodemográficas dos participantes

Variáveis	Total		Enfermeiras(os)		Médicas(os)		Técnicas(os) de enfermagem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Lazer								
Algumas vezes	66	47,1	9	45	11	39,3	46	50
Sim	36	25,7	11	39,3	7	35	18	19,6
Não	38	27,1	6	21,4	4	20	28	30,4

Fonte: elaboração própria (2022).

Na amostra analisada, 38,6% dos profissionais apresentaram sintomas de ansiedade. Em relação à categoria profissional, entre os técnicos de enfermagem, foi registrada uma prevalência de 42,2% para o transtorno de ansiedade, enquanto entre enfermeiros e médicos, a prevalência foi de 35% e 32,1%

respectivamente. As mulheres apresentaram uma prevalência de 41,7% para sintomas de ansiedade enquanto os homens apresentaram 24%. No recorte por raça, 39% dos indivíduos pretos ou pardos e 37,8% entre os brancos relataram sintomas de ansiedade.

Tabela 2. Sintomas de ansiedade e dados sociodemográficos

Variáveis	Ausência de sintomas de ansiedade		Presença de sintomas de ansiedade ou Transtorno de Ansiedade (TA)	
	n	%	n	%
Total	86	61,4	54	38,6
Profissão				
Médica(o)	19	67,8	9	32,2
Enfermeira(o)	13	65,0	7	35,0
Téc. enfermagem	54	56,7	38	42,2
Sexo				
Feminino	67	58,3	48	41,7
Masculino	19	76,0	6	24,0
Idade				
20-29 anos	10	45,4	12	54,6
30-39 anos	22	53,6	19	46,3
40-49 anos	31	70,5	13	29,6
> 50 anos	8	66,6	5	33,3
Período de trabalho				
Diurno ou noturno	31	70,5	13	29,5
Diurno e noturno	55	57,3	41	42,7

Tabela 2. Sintomas de ansiedade e dados sociodemográficos

Variáveis	Ausência de sintomas de ansiedade		Presença de sintomas de ansiedade ou Transtorno de Ansiedade (TA)	
	n	%	n	%
Lazer				
Sim/algumas vezes	68	66,7	34	33,3
Não	18	47,4	20	52,6

Fonte: elaboração própria (2022).

O estudo revelou uma prevalência de 41,4% de sintomas depressivos entre os trabalhadores avaliados, sendo 42,6% dos registros entre o total das mulheres avaliadas e de 36% entre os homens. Em relação à categoria profissional, 46,4% dos médicos, 45% dos enfermeiros e

40% dos técnicos de enfermagem reportaram sintomas depressivos. Entre indivíduos que se identificam como brancos, 45,9% relataram sintomas depressivos, assim como entre os que se identificam como pretos ou pardos, em que 37,7% apontaram esses mesmos sintomas.

Tabela 3. Sintomas depressivos e dados sociodemográficos

Variáveis	Ausência de sintomas depressivos		Presença de sintomas depressivos (DM)	
	n	%	n	%
Total	82	58,6	58	41,4
Profissão				
Médica (o)	15	53,6	13	46,4
Enfermeira (o)	11	55	9	45
Técnica (o) de enfermagem	56	60	36	40
Sexo				
Feminino	66	57,4	49	42,6
Masculino	16	64	9	36
Idade				
20-29	10	45,5	12	54,5
30-39	102	51,2	20	48,8
40-49	31	70,5	94	29,5
> 50	90	60	24	40
Período de trabalho				
Diurno ou Noturno	32	72,7	12	27,3
Diurno e Noturno	50	52,1	118	47,9
Lazer				
Sim/algumas vezes	66	64,7	36	35,3
Não	16	42,1	22	57,9

Fonte: elaboração própria (2022).

A *tabela 4* indica uma correlação negativa entre as pontuações do GAD-7, PHQ-9 e a faixa etária da população estudada, ou seja, quanto mais novo o trabalhador, maior é a chance de obter pontuações altas no GAD-7.

Também se observou uma correlação negativa entre a quantidade de horas trabalhadas e a faixa etária, indicando que quanto mais novo o trabalhador, maior a carga horária. O GAD-7 registrou que as pessoas classificadas

como ansiosas possuem uma média de idade menor ($M = 36,4$).

Percebeu-se ainda a correlação negativa entre a pontuação no PHQ-9 e a faixa etária da população estudada, ou seja, quanto mais novo o trabalhador, maior é a chance de obter pontuações altas no PHQ-9 (*tabela 4*). Os trabalhadores com sintomas depressivos possuem menor média de idade ($M = 36,577$).

Tabela 4. Correlação entre faixa etária, horas de trabalho, número de vínculos, sintomas de ansiedade e traços de depressão

Variável	Horas de trabalho	Empregos	GAD-7	PHQ-9	Faixa Etária
Horas de trabalho por semana	—				
Número de empregos	-0,120	—			
GAD-7	0,051	-0,003	—		
PHQ-9	-0,003	0,031	0,800	—	
Faixa etária	-0,202	-0,096	-297	-0,316	—

Fonte: elaboração própria (2022).

A maioria dos indivíduos (68,6%) trabalha nos períodos diurno e noturno (*tabela 1*). Esses trabalhadores apresentaram uma prevalência de 42,7% para sintomas de ansiedade, enquanto os indivíduos que trabalham em apenas um dos turnos apresentaram uma prevalência de 29,5% (*tabela 2*).

Ao todo, 27,1% dos profissionais não possuem nenhum momento de lazer durante a semana (*tabela 1*). Esse grupo apresenta uma

prevalência para sintomas de ansiedade de 52,6% enquanto os que possuem momentos de lazer apresentaram uma prevalência de 33,3% (*tabela 2*).

O teste de qui-quadrado ($\chi^2 = 4,352$, $GL = 1$) indicou uma diferença estatisticamente significativa de sintomas de ansiedade entre aqueles que possuem momentos de lazer durante a semana e aqueles que não possuem ($p < 0,05$) (*tabela 5*).

Tabela 5. Relação entre sintomas de ansiedade ou depressão e característica sociodemográfica (lazer) e ocupacional (período de trabalho) dos trabalhadores. Correlação entre sintomas de ansiedade e sintomas de depressão

	Ausência de sintomas de ansiedade	Presença de sintomas de ansiedade
Lazer		
Sim/algumas vezes	68	34
Não	18	20

Tabela 5. Relação entre sintomas de ansiedade ou depressão e característica sociodemográfica (lazer) e ocupacional (período de trabalho) dos trabalhadores. Correlação entre sintomas de ansiedade e sintomas de depressão

	Ausência de sintomas de depressão	Presença de sintomas de depressão
Lazer		
Sim ou Algumas vezes	66	36
Não	16	22
Período de trabalho		
Diurno ou noturno	32	12
Diurno e noturno	50	46
	GAD_Total	PHQ_Total
GAD_Total		,800
PHQ_Total	,800	

Fonte: elaboração própria (2022).

Nota: a correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Em relação aos sintomas depressivos, os profissionais que exercem suas atividades nos dois turnos (diurno e noturno) apresentaram uma prevalência de 47,9%. Já entre os profissionais que trabalham somente de dia ou à noite, a prevalência foi de 27,3% (tabela 3).

Observou-se uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) de sintomas depressivos entre aqueles que possuíam momentos de lazer durante a semana e os que não possuíam ($\chi^2 = 5,828$, GL = 1) e entre os que trabalharam nos dois turnos e aqueles que trabalham apenas em um dos turnos ($\chi^2 = 5,299$, GL = 1) (tabela 5).

Neste estudo, 42 profissionais (30% da amostra) apresentaram sintomas de ansiedade e depressão simultaneamente. Corroborando esse dado, foi encontrada uma correlação de magnitude elevada entre as pontuações do GAD-7 e do PHQ-9 (tabela 5).

Discussão

Diante dos resultados apresentados, observa-se uma elevada prevalência de ansiedade e depressão entre profissionais de saúde que atuam em UTI voltada ao atendimento de pacientes suspeitos e confirmados para covid-19.

A proporção de médicos, enfermeiros e

técnicos de enfermagem pode ser explicada pela divisão das equipes de UTI, definidas pelo Cofen e pelo CFM. Nas UTI, deve haver um enfermeiro e três técnicos de enfermagem a cada cinco leitos e um médico a cada dez leitos. Conforme esperado, neste estudo, foi encontrada uma proporção maior de enfermeiros e de técnicos de enfermagem em relação aos médicos^{22,23}.

No recorte por raça, este estudo encontrou um predomínio de indivíduos que se reconhecem como pretos ou pardos, o que condiz com a distribuição da população pernambucana de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)²⁴. Em virtude de um erro na etapa de coleta dos dados, 24 (17,1%) dos profissionais não responderam sobre o quesito raça. Esse fato compromete a análise da pesquisa. Nesse entendimento, revisão bibliográfica que se propôs a avaliar os impactos da pandemia na população negra chama atenção pelos altos índices de não preenchimento do quesito raça/cor por parte dos profissionais de saúde. Esse fato pode mascarar ou distorcer informações acerca dessa população²⁵. De toda forma, é importante explicitar que alguns estudos apontam que indivíduos negros são mais expostos e suscetíveis à contaminação pela covid-19 e aos impactos

da pandemia diante da maior dificuldade de acesso a serviços de saúde, necessidade de utilização de transporte público e baixas condições laborais e de moradia. Além disso, esses indivíduos também são os que predominam em empregos informais ou de maior interação com o público. Esse recorte evidencia o racismo estrutural presente na sociedade brasileira^{26,27}.

Em relação ao perfil sociodemográfico, o predomínio do sexo feminino em espaços de cuidado também foi observado em outros estudos realizados durante a pandemia da covid-19^{17,28}. Estudo brasileiro desenvolvido por Hirata²⁹ avaliou comparativamente o trabalho de cuidado no Brasil, na França e no Japão, trazendo a reflexão sobre a divisão sexual e internacional do trabalho. Nessa reflexão, conclui-se o que é evidente: a organização social do cuidado coloca a mulher em papel central, tanto no âmbito profissional quanto no familiar. É importante observar que os espaços de cuidado, de maneira geral, oferecem trabalhos precarizados, com baixos salários, mal remunerados, pouco reconhecidos e pouco valorizados²⁹. Esse achado é ratificado no presente estudo quando se avalia que o trabalho de enfermagem é ocupado, majoritariamente, por mulheres e que enfermeiros possuem uma média salarial menor que a dos médicos.

A predominância da presença feminina nos espaços de cuidado foi intensificada durante a pandemia. Em virtude do isolamento, boa parte das mulheres com filhos perderam a rede de apoio e tiveram um aumento na ‘carga mental’ pela demanda de gerenciamento das tarefas domésticas socialmente atribuídas. Em todo o mundo, observou-se um aumento dos casos de violência doméstica possivelmente associada à pressão do isolamento social sobre os parceiros e à intensificação de uma violência historicamente estruturada. Alguns autores sugerem que o controle das finanças domésticas por homens, a divisão das tarefas domésticas sobrecarregando as mulheres e o sentimento de posse e a sensação de perda de poder nos homens podem justificar o aumento de violência contra as mulheres³⁰.

Nesta pesquisa, é possível identificar que, entre as mulheres, houve maior prevalência de sintomas de ansiedade. Vieira, Anido e Calife³¹, em pesquisa que avaliava as repercussões da pandemia nas mulheres profissionais da saúde, constataram que a disparidade salarial entre gêneros, a maior responsabilidade no trabalho não remunerado realizado em casa e a necessidade de redução do horário de trabalho são fatores que favorecem o adoecimento de profissionais do sexo feminino.

Além da ansiedade, o presente estudo identificou que, entre as mulheres, houve uma maior prevalência de sintomas de depressão. Esses achados também se repetem em outros estudos que identificaram nas mulheres que trabalham na linha de frente um maior risco de desenvolver sintomas depressivos^{17,32}. Algumas pesquisas epidemiológicas indicam que a depressão é mais prevalente em mulheres do que em homens^{20,22}. Rolland et al.³³ afirmam que elas apresentaram mais sintomas de estresse, ansiedade e depressão durante a covid-19³³.

Harmonizando com esse estudo, Duarte et al.³⁴ afirmam que o perfil de adoecimento mental identificado é majoritariamente de enfermeiras, mulheres e mães. Em seus resultados de análise bibliográfica, há evidências de que o estresse da atividade laboral na linha de frente de uma pandemia, somado às demandas dos filhos e do trabalho doméstico, pode desencadear exaustão e repercussões na saúde mental³⁴. Em suas análises, inferem que, com o passar dos anos, houve muitos progressos no que diz respeito ao papel da mulher na sociedade, contudo, o cuidado com os filhos ainda se encontra como uma responsabilidade feminina, portanto, há a necessidade de conciliação entre o trabalho em saúde e os cuidados familiares, podendo levar as mulheres à exaustão e, por consequência, à presença de adoecimento em saúde mental com interferência na qualidade do sono, estresse e sintomas de ansiedade³⁴.

Quanto à ocorrência de casos de ansiedade entre profissionais de saúde, o estudo realizado

por Alves et al.³⁵ durante a pandemia da covid-19, com profissionais de enfermagem na região Sudeste, evidenciou a presença de sintomas psicopatológicos desse agravo relacionados com a situação laboral. Além disso, estão de acordo com estudo realizado na França por Azoulay et al.²⁸, o qual avaliou a presença de sintomas depressivos e de ansiedade médicos que atuavam em UTI, revelando uma elevada prevalência de sintomas de ansiedade. Outro estudo, realizado por Dal’Bosco et al.³⁶ com profissionais de enfermagem de um hospital universitário, encontrou uma elevada prevalência de ansiedade. Os achados ratificam a hipótese de que profissionais que atuam em UTI possuem um risco elevado para comprometimento da saúde mental.

Conforme estudo de Matos et al.³⁷, é possível que o impacto à saúde mental desses trabalhadores esteja associado a risco de contaminação, falta de equipamentos de proteção individual, condições precárias de trabalho e intensificação da jornada de trabalho.

Rezio et al.³⁹ realizaram estudo qualitativo durante a pandemia em ambiente virtual no qual analisaram a relação entre o neoliberalismo e a degradação do trabalho em enfermagem. Foi identificado um impacto à saúde mental dos trabalhadores por causa de sobrecarga de trabalho, aumento do tempo de atividades, aumento de responsabilidades, falta de equipamentos de proteção individual, redução de empregos estáveis, privatização de estatais, baixa remuneração, enfraquecimento das entidades de classe e duplo vínculo empregatício. As considerações dos autores dialogam com os resultados desta pesquisa, contidos na *tabela 1*, quando se identificaram entre os trabalhadores múltiplos vínculos e sobrecarga de trabalho, traduzidos pelas jornadas longas e exaustivas. Diante desse cenário, há um sofrimento mental agravado pela falta de suporte do ambiente de trabalho^{38,39}.

Em momento pré-pandemia, uma pesquisa realizada com 715 profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas) de UTI brasileiras revelou que 18,7%

desses funcionários apresentavam sintomas de ansiedade⁴⁰.

Em relação à rotina do trabalhador da saúde, estudo qualitativo, realizado entre técnicas de enfermagem do Rio Grande do Sul, identificou que, muitas vezes, o processo de trabalho inviabiliza que o profissional tenha acesso a família, lazer, exercício físico e a cuidado da própria saúde⁴¹.

Um relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS), publicado em 2022, informou ainda que a pandemia da covid-19 foi responsável por um aumento de 25,6% nos casos de ansiedade⁴². Esses dados mostram que a pandemia esteve (e ainda está) associada à piora das condições de saúde mental desses trabalhadores.

Estudo quantitativo, realizado com profissionais de enfermagem do Paraná, durante a pandemia da covid-19, também encontrou maior prevalência de sintomas de ansiedade em profissionais de enfermagem entre 31 e 40 anos³⁶. Estudo realizado com profissionais da UTI na França, durante a segunda onda da pandemia, sugere que o tempo de experiência em UTI foi fator protetor para o desenvolvimento de *burnout* e transtorno de estresse pós-traumático; as melhores condições de trabalho foram fatores protetores para a presença de ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático; e a possibilidade de cuidar da família protegeu contra depressão²⁸.

Neste estudo, foi possível observar ainda a alta prevalência de ansiedade entre os trabalhadores, especialmente entre aqueles com elevada carga horária de trabalho e os que exercem suas atividades em ambos os turnos (período noturno e diurno). Alves et al.³⁵ avaliaram a presença de sintomas mentais em profissionais de enfermagem, identificando associação entre a carga horária de trabalho e os sintomas de sofrimento mental³⁵.

Profissionais de UTI sofrem mais

A elevada prevalência para depressão observada entre os profissionais deste estudo está

em consonância com evidências de outros estudos^{17,36}. Ademais, estão de acordo com estudo realizado por Azoulay et al.²⁸, o qual aponta uma elevada prevalência de sintomas de depressão entre profissionais de saúde que trabalharam em UTI na França.

Por se tratar de um espaço voltado para atendimento de pacientes críticos, com elevada densidade, ritmo de trabalho intenso e grande quantidade de tecnologias, o ambiente de UTI favorece o desenvolvimento de transtornos da saúde mental^{15,16}.

Estudo multicêntrico realizado em UTI brasileiras identificou uma prevalência de 11,2% de sintomas depressivos em momento pré-pandemia (2017-2018)⁴⁰. O Relatório da OMS mencionado anteriormente identificou um aumento de 27,6% nos casos de ansiedade⁴². Portanto, a covid-19 parece estar associada à piora da saúde mental da população.

O presente estudo encontrou uma maior prevalência de sintomas depressivos entre os mais jovens. Conclusões semelhantes também foram detectadas em estudo realizado na Arábia Saudita, que entrevistou profissionais de saúde que prestavam atendimento a pacientes com covid-19, identificando que aqueles entre 30 e 39 anos possuíam risco intermediário-alto para apresentar sintomas depressivos⁴³.

Dejours⁴⁴ afirma que os trabalhadores mais novos são mais suscetíveis aos sofrimentos mentais decorrentes da atividade. Ele justifica essa afirmação indicando que a menor experiência sobre as atividades da profissão aumenta o medo no trabalhador em exercício.

A pandemia representou um momento de intensificação do processo de trabalho. Estudo realizado entre profissionais de enfermagem que atuaram no enfrentamento da covid-19 no Brasil se propôs a avaliar as condições de trabalho e as percepções desses profissionais⁴⁵. Conforme seus achados, apenas 32,3% dos participantes afirmaram de sentir preparados para lidar com a pandemia, relatando ainda: medo, aumento de irritabilidade, tristeza e solidão, em virtude do isolamento⁴⁵. Além

disso, apontaram sobrecarga de trabalho, sendo que mais de 90% dos participantes afirmaram que a covid-19 alterou seus processos de trabalho⁴⁵. Estudo realizado no Rio Grande do Norte avaliou a saúde mental de profissionais de enfermagem de serviços de média e alta complexidade durante a pandemia e constatou elevada prevalência de sintomas de ansiedade e depressão⁴⁶.

Todas essas evidências apresentadas indicam a necessidade de investimento em estratégias de prevenção para a saúde mental desses profissionais e orientam sobre a necessidade de fortalecimento dos sindicatos e associações para efetivar a criação de políticas de proteção social que vêm sendo fragilizadas pelo neoliberalismo³⁹.

Diante do cenário de crise sanitária e de precarização do trabalho que tem sido observado, é possível afirmar que muitos profissionais de saúde estão em sofrimento mental^{4,39}. Esse sofrimento guarda relação com uma dupla carga de morbidade, decorrente tanto das transformações do mundo do trabalho, com intensificação e aumento da sobrecarga do trabalhador, como pela sobrecarga inerente ao aumento de trabalho imposta pelo grande número de casos de pacientes com covid-19 que necessitaram de atendimento em unidades de saúde de alta complexidade tecnológica.

Conclusões

Este estudo contribui para evidenciar o sofrimento mental dos profissionais de saúde em ambiente de UTI em um cenário pandêmico. Um desafio para sua consecução foi a etapa de coleta, só possível pela opção de uso de questionário autoaplicável, considerada estratégia fundamental, todavia, não suprime a ocorrência de erros durante o preenchimento por parte dos participantes. Outro aspecto também decorrente do questionário são suas limitações na análise da saúde mental dos trabalhadores, visto que, nele, não é possível avaliar a subjetividade de cada profissional. A despeito dos

limites no uso desse tipo de instrumento, os resultados revelam a necessidade de discutir e promover políticas públicas voltadas para a saúde mental dos profissionais de saúde.

Em um cenário de perda de direitos trabalhistas e negacionismo como política de combate à pandemia da covid-19, foi encontrada uma elevada prevalência de sintomas de ansiedade e depressão entre médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuaram em UTI de pacientes suspeitos ou confirmados da covid-19, indicando que a pandemia pode ter contribuído para o impacto à saúde mental dos profissionais.

Nesse ambiente, algumas estratégias de prevenção, como a oferta de suporte psicossocial e o teleatendimento, são formas factíveis de cuidado à saúde do trabalhador. Para fortalecer a capacidade de reivindicação e proteção social, é fundamental fortalecer os coletivos de trabalhadores para que outras formas de cuidado à saúde mental sejam desenvolvidas.

É necessário ainda que gestores do setor saúde olhem com mais cuidado para o impacto na saúde dos trabalhadores ocasionado pelo tensionamento do neoliberalismo e materializado pela precarização do trabalho. Para a construção de uma sociedade mais humana, é

preciso criar um espaço que favoreça o desenvolvimento das subjetividades dos trabalhadores e que esteja, de fato, preocupado com a saúde desses trabalhadores de forma integral.

Por último, os resultados sugerem a realização de pesquisa qualitativa que pode dar mais subsídios para traçar relações entre a condição de saúde e o processo de trabalho em saúde.

Colaboradores

Ishigami B (0009-0002-9262-5333)* e Gurgel AM (0000-0002-5981-3597)* contribuíram para concepção, análise e interpretação de dados, elaboração do trabalho e revisão crítica quanto ao conteúdo intelectual, e aprovação final da versão a ser publicada. Barros JMS (0009-0001-7102-7783)*, Medeiros KR (0000-0002-7518-4137)* e Gurgel IGD (0000-0002-2958-683X)* contribuíram para elaboração, revisão crítica quanto ao conteúdo intelectual e revisão final da versão a ser publicada. Souza WV (0000-0002-0939-9332)* contribuiu para análise e interpretação de dados, elaboração do trabalho e revisão crítica quanto ao conteúdo intelectual, e aprovação final da versão a ser publicada. ■

Referências

1. Brasil. Covid19 – Painel Coronavírus. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde; 2023. [acesso em 2023 jan 30]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>.
2. Fundação Oswaldo Cruz. Observatório COVID-19. [Rio de Janeiro]: Fiocruz; 2023. [acesso em 2023 jan 30]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/observatorio-covid-19>.
3. Pernambuco. Secretaria de Planejamento, Gestão e Desenvolvimento Regional. Covid-19 em Dados. Pernambuco: Seplag; 2023.
4. Antunes R. Coronavírus: o trabalho sob fogo cruzado. São Paulo, SP: Boitempo; 2020.
5. Assumpção LFM. Projections for a non-judicial model of labor conflicts resolution in the post-Brazilian

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- labor reform and post-extinction of the Ministry of Labour. *R. Opin. Jur.* 2021; 19(31):96-126.
6. Levi ML, Sousa J, Almeida CJ, et al. Médicos e terceirização: percepções de trabalhadores e gestores sobre as transformações recentes no mercado de trabalho. *Trab. Educ. Saúde.* 2022; 20:e00846199.
 7. Greggo JP, Lucca SR, Azevedo V, et al. Percepção de motoristas de Uber sobre condições de trabalho e saúde no contexto da Covid-19. *Saúde debate.* 2022; 46(132):93-106.
 8. Conselho Federal de Enfermagem. Observatório da Enfermagem. [Brasília, DF]: Cofen; 2023. [acesso em 2023 jan 30]. Disponível em: <http://observatorioda-enfermagem.cofen.gov.br/>.
 9. Conselho Federal de Medicina. Memorial aos médicos que se foram durante o combate à COVID-19. [Brasília, DF]: CFM; 2023 [acesso em 2023 jan 30]. Disponível em: <https://memorial.cfm.org.br/>.
 10. Gurgel ADM, Santos CCS, Alves KPS, et al. Government strategies to ensure the human right to adequate and healthy food facing the COVID-19 pandemic in Brazil. *Ciênc. saúde coletiva.* 2020; 25(12):4945-4956.
 11. Azevedo M. Formatura em medicina antecipada e virtual por causa do coronavírus, nesta quarta-feira, para turma da UPE do Recife. *Jornal do Comércio.* 2020 abr 22.
 12. Valadares J. Em Pernambuco, 186 pacientes com síndrome respiratória grave aguardam vaga de UTI. *Folha de São Paulo.* 2020 abr 29. [acesso em 2023 jan 30]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibriosaude/2020/04/em-pernambuco-186-pacientes-com-sindrome-respiratoria-grave-aguardam-vaga-de-uti.shtml>.
 13. Baptista PCP, Lourenção DCA, Silva-Junior JS, et al. Indicadores de sofrimento e prazer em trabalhadores de saúde na linha de frente da COVID-19. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2022; 30:e3555.
 14. Laurell A, Noriega M. *Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário.* São Paulo: Hucitec; 1989.
 15. Ribeiro BMSS, Scorsolini-Comin F, Souza SR. Burnout syndrome in intensive care unit nurses during the COVID-19 pandemic. *Rev. Bras. Med. Trab.* 2021; 19(3):363-371.
 16. Benfante A, Tella MD, Romeo A, et al. Traumatic stress in healthcare workers during COVID-19 Pandemic: A review of the immediate impact. *Front Psychol.* 2020; 11:569935.
 17. Lai J, Ma S, Wang Y, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open.* 2020; 3(3):e203976.
 18. Moreno AL, Desousa DA, Souza AMFLP, et al. Factor structure, reliability, and item parameters of the Brazilian-Portuguese version of the GAD-7 questionnaire. *Temas Psicol.* 2016; 24(1):367-376.
 19. Lima Osório F, Vilela Mendes A, Crippa JA, et al. Study of the Discriminative Validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a Sample of Brazilian Women in the Context of Primary Health Care. *Perspect. Psychiatr. Care.* 2009; 45(3):216-227.
 20. Nunes D, Faro A. Estrutura Fatorial, Análise de Invariância e Distribuição Social do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). *Rev. Iberoam. Diagn. EV.* 2022; 62(1):37.
 21. Goss-Sampson M, van Doorn J, Wagenmakers EJ. *Bayesian inference in JASP: a guide for students.* Amsterdam: JASP; 2020.
 22. Conselho Federal de Enfermagem. Cofen atualiza definições da equipe mínima de Enfermagem na pandemia. [Brasília, DF]: Cofen; 2020. [acesso em 2023 jan 28]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/cofen-atualiza-definicoes-da-equipe-minima-de-enfermagem-na-pandemia_80308.html.

23. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2.271, de 14 de fevereiro de 2020. Define as unidades de terapia intensiva e unidades de cuidado intermediário conforme sua complexidade e nível de cuidado, determinando a responsabilidade técnica médica, as responsabilidades éticas, habilitações e atribuições da equipe médica necessária para seu adequado funcionamento. Diário Oficial da União. 23 Abr 2020. [acesso em 2024 mar 14]. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2020/2271_2020.pdf.
24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estados – Pernambuco. [local desconhecido]: IBGE; 2022. [acesso em 2024 mar 14]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pe.html>.
25. Santos HLPC, Maciel FBM, Santos KR, et al. Necropolitics and the impact of covid-19 on the black community in Brazil: A literature review and a document analysis. *Ciênc. saúde coletiva*. 2020; 25:4211-4224.
26. Magri G, Fernandez M, Lotta G. Desigualdade em meio à crise: uma análise dos profissionais de saúde que atuam na pandemia de COVID-19 a partir das perspectivas de profissão, raça e gênero. *Ciênc. saúde coletiva*. 2022; 27(11):4131-4144.
27. Estrela FM, Soares CFSE, Cruz MAD, et al. Covid-19 Pandemic: reflecting vulnerabilities in the light of gender, race and class. *Ciênc. saúde coletiva*. 2020; 25(9):3431-3436.
28. Azoulay E, Pochard F, Reignier J, et al. Symptoms of mental health disorders in critical care physicians facing the second COVID-19 wave: A cross-sectional study. *Chest*. 2021 [acesso em 2024 mar 14]; 160(3):944-955. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.chest.2021.05.023>.
29. Hirata H. O trabalho de cuidado. *Sur. Rev. Int. Direitos Human*. 2016; 13:53-64.
30. Sousa ACA, Costa DM, Pereira SR, et al. Gênero e a pandemia Covid-19: revisão da produção científica nas ciências da saúde no Brasil. *Saúde debate*. 2021; 45(esp2):171-186.
31. Vieira J, Anido I, Calife K. Mulheres profissionais da saúde e as repercussões da pandemia da Covid-19: é mais difícil para elas? *Saúde debate*. 2022; 46(132):47-62.
32. Kim M-Y, Yang Y-Y. Mental health status and its influencing factors: The case of nurses working in COVID-19 hospitals in South Korea. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2021 [acesso em 2024 mar 14]; 18(12):6531. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/12/6531>.
33. Souza ASR, Souza GFA, Praciano GAF. Women's mental health in times of COVID-19. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant*. 2020 [acesso em 2024 mar 14]; 20(3):659-661. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292020000300659&script=sci_arttext&tlng=pt.
34. Duarte MLC, Silva DG, Mattos LG, et al. Saúde mental de enfermeiras, mulheres e mães no período da pandemia de COVID-19. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2023; 44: e20220006.
35. Alves JS, Gonçalves AMS, Bittencourt MN, et al. Psychopathological symptoms and work status of Southeastern Brazilian nursing in the context of COVID-19. *Rev. Latino-Am. Enferm*. 2022; 30:e3518.
36. Dal'Busco EB, Floriano LSM, Skupien SV, et al. Mental health of nursing in coping with COVID-19 at a regional university hospital. *Rev. Bras. Enferm*. 2020; 73(supl2): e20200434.
37. Matos A, Santos C, Maio I, et al. Saúde mental dos trabalhadores da saúde em tempos de pandemia. *Rio de Janeiro: Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana*; 2021. [acesso em 2024 mar 14]. Disponível em: <http://www.cesteh.ensp.fiocruz.br/saude-mental-dos-trabalhadores-da-saude-em-tempos-de-pandemia>.
38. Rocha ME, Freire KP, Reis WPD, et al. Fatores que ocasionam o índice de transtornos depressivos e de ansiedade em profissionais de enfermagem: uma revisão bibliográfica. *Braz. J. Develop*. 2020; 6(2):9288-9305.

39. Rezio L, Almeida D, Oliveira E, et al. O neoliberalismo e a precarização do trabalho em enfermagem na pandemia de COVID-19: repercussões na saúde mental. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2022 [acesso em 2024 maio 22]; 56:e20210257. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/reeusp/a/5cWSZKHzsZd7st3FKWRP44z/?lang=pt>.
40. Fischer R, Mattos P, Teixeira C, et al. Association of Burnout with Depression and Anxiety in Critical Care Clinicians in Brazil. *JAMA Netw Open.* 2020; 3(12):e2030898.
41. Biehl KA, Fagan ARD, Coelho RPS, et al. Cuidando do cuidador: análise da interdependência entre o uso do tempo livre e o burnout em técnicos de enfermagem. *Interfaces Cient. Hum. Soc.* 2021; 9(2):87-106.
42. World Health Organization. Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact. Scientific brief. 2022 Mar 2. [acesso em 2024 maio 22]. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352189/WHO-2019-nCoV-Sci-Brief-Mental-health-2022.1-eng.pdf?sequence=1>.
43. ALGhasab NS, ALJadani AH, ALMesned SS, et al. Depression among physicians and other medical employees involved in the COVID-19 outbreak: A cross-sectional study. *Medicine (Baltimore).* 2021; 100(15):e25290.
44. Dejours C. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho.* 6. ed. São Paulo, SP: Cortez; 2015.
45. Fernandez M, Lotta G, Passos H, et al. Condições de trabalho e percepções de profissionais de enfermagem que atuam no enfrentamento à covid-19 no Brasil. *Saúde Soc.* 2021 [acesso em 2024 maio 22]; 30(4):e201011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902021000400312&tlng=pt.
46. Nascimento AKF, Barbosa YMM, Camargo SRV, et al. Impactos da pandemia de COVID-19 sobre a saúde mental de profissionais de enfermagem. *Rev. Port. Enferm. Saúde Mental.* 2021; (26):169-186.

Recebido em 17/08/2023

Aprovado em 15/04/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editor responsável: Ronaldo Teodoro

Os Determinantes Sociais da Saúde no planejamento da testagem à covid-19 no Amazonas, Brasil

The Social Determinants of Health in the planning of COVID-19 testing in Amazonas, Brazil

Raylson Nóbrega¹, Stéphanie Medeiros², Kate Zinszer³, Lara Gautier³, Valéry Ridde⁴, Sydia Oliveira¹

DOI: 10.1590/2358-289820241418947P

RESUMO A sindemia da covid-19 afetou desproporcionalmente populações mais vulneráveis do ponto de vista social, como pessoas de baixa renda, populações indígenas e ribeirinhas. No estado do Amazonas, onde a geografia única e as disparidades sociais apresentam desafios significativos para o acesso e a equidade em saúde, os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) desempenham um papel crucial. Este artigo analisa se e como os DSS foram considerados durante o planejamento de testes para a covid-19 no Amazonas. Para tal análise, realizou-se um estudo de caso qualitativo por meio de análise documental e entrevistas semiestruturadas com atores-chave envolvidos no planejamento e na implementação da testagem. Os documentos oficiais foram sistematizados usando TIDieR-PHP. Os dados foram analisados empregando a ferramenta REFLEX-ISS. Os DSS não foram considerados no planejamento de testes no Amazonas. Não houve consenso entre os entrevistados sobre a importância de considerar os DSS no planejamento da intervenção. Os testes foram restritos a pacientes com sintomas graves e a algumas categorias de trabalhadores em serviços considerados essenciais. Faz-se necessário, aos gestores de políticas de saúde, conhecimento sobre a importância de considerar os DSS no planejamento em intervenções populacionais para realizar uma política equânime.

PALAVRAS-CHAVE Covid-19. Planejamento em saúde. Política de saúde. Determinantes Sociais da Saúde.

ABSTRACT *The COVID-19 syndemic has disproportionately affected socially vulnerable populations, such as low-income individuals, Indigenous peoples, and riverine communities. Social Determinants of Health (SDH) have played a crucial role in the state of Amazonas, where unique geography and social disparities pose significant challenges to health access and equity. This article examines whether and how SDH were considered during COVID-19 testing planning in Amazonas. For this analysis, we conducted a qualitative case study through document analysis and semi-structured interviews with key stakeholders involved in testing planning and implementation. Official documents were systematized using TIDieR-PHP, and data were analyzed using the REFLEX-ISS tool. SDH were not considered in testing planning in Amazonas. The respondents could not all agree on the importance of considering SDH in intervention planning. Testing was limited to patients with severe symptoms and specific categories of essential workers. Health policymakers need to understand the relevance of considering SDH in planning population interventions to ensure equitable policy implementation.*

KEYWORDS COVID-19. Health planning. Health policy. Social Determinants of Health.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz Pernambuco), Instituto Aggeu Magalhães - Recife (PE), Brasil. dr.ray85@gmail.com

²Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) - Recife (PE), Brasil.

³Universidade de Montreal - Montreal (QC), Canadá.

⁴Université Paris Cité, Centre Population et Développement (Ceped), Institut de Recherche pour le Développement (IRD), Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (Inserm) - Paris, France.



Introdução

Devido à rápida disseminação da covid-19 em todos os continentes, várias medidas preventivas em saúde pública foram aplicadas¹. Uma das principais medidas para conter a transmissão do Sars-CoV-2 foi a implementação de testes em massa, que permitem a detecção de casos e o consequente isolamento destes². As estratégias de testagem da população variaram entre os países e as fases da pandemia, sendo, de início, mais amplamente acessível nos países asiáticos devido à sua experiência anterior com outras epidemias respiratórias^{3,4}. No entanto, em outros países, em função da novidade da situação, tamanho da população, falta de oferta de testes, e/ou prioridades governamentais, a testagem foi restrita: a pessoas com sintomas graves, àquelas que tiveram contato com caso confirmado e a pessoas pertencentes ao grupo de alto risco de exposição⁵.

Semelhantemente a outros agravos, a covid-19 está associada aos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), ou seja, a fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população⁶. Estudos apontam que as diferenças nos DSS são os fatores subjacentes às disparidades de disseminação da covid-19^{7,8}. Além disso, diversas pesquisas em âmbito global têm avaliado a amplitude das desigualdades vinculadas à pandemia da covid-19⁹⁻¹¹. Diante dessas características de desigualdades, estudiosos vêm enquadrando a atual pandemia da covid-19 como uma sindemia ao considerar uma ligação entre os agentes determinantes da doença – como os contextos sociais, econômicos e culturais – somados à interação de duas ou mais doenças^{12,13}.

Essa sindemia no Brasil ocorre em um contexto de fragilidades dos sistemas sociais, distribuição desigual da alta carga de comorbidades, crises político-econômicas, retrocessos nas políticas ambientais e descrédito na

ciência¹⁴, o que fez exacerbar ainda mais as desigualdades existentes¹⁵. Como resultado, continua sendo um desafio seguir as medidas básicas de saúde pública em virtude da diminuição do acesso a suprimentos básicos para saúde, higiene e proteção¹⁶. Esse problema nacional foi agudizado no Amazonas, durante a primeira (maio a julho de 2020) e a segunda (janeiro a março de 2021) ondas da sindemia da covid-19^{17,18}. Considerações relacionadas com o planejamento de intervenções em saúde pública e, particularmente, aquelas associadas ao enfrentamento das iniquidades em saúde são primordiais¹⁹. Neste estudo, tem-se o planejamento como uma ferramenta que permite facilitar o alcance dos objetivos esperados, com enfoque no acesso aos serviços de saúde²⁰.

Diante desse contexto, é fundamental analisar como e se os DSS foram abordados no planejamento da testagem populacional para covid-19 no estado do Amazonas. Os dados deste estudo propiciam conhecimento que facilite o planejamento de políticas públicas futuras de forma racional, mais impactante e que tenha como principal resultado uma política baseada na universalidade proporcional. Dessa forma, reduzir-se-iam as desigualdades sociais em saúde²¹.

Material e métodos

Desenho do estudo

Este estudo de caso único²² examina o planejamento da testagem populacional para covid-19 no Amazonas, usando uma abordagem qualitativa, por meio de pesquisa documental e entrevista semiestruturada. A presente pesquisa está inserida no componente de saúde pública do projeto de pesquisa internacional HoSPiCOVID, que explora a resiliência dos sistemas de saúde pública²³. Utilizou-se o *checklist* SRQR para apresentação dos tópicos deste estudo.

Características da equipe de pesquisa e reflexividade

Para a realização desta pesquisa, houve a contribuição e a interação de uma equipe de pesquisadores que incluiu diversidade de gênero, nacionalidade, experiência (júnior e sênior) e disciplina (sociologia e saúde pública). Os pesquisadores responsáveis pelas entrevistas estão ativos na pesquisa em saúde no Brasil, o que facilitou o acesso às partes interessadas envolvidas na gestão dos esforços de resposta à sindemia. É importante ressaltar que nenhum dos autores participou da resposta de saúde pública à sindemia.

Contexto

O local deste estudo foi o estado do Amazonas, que está situado na região norte do Brasil, o maior dos estados brasileiros, apresentando um dos menores índices de densidade populacional do País. A maioria dos municípios do estado, por questões geográficas, possui acesso fluvial exclusivo²⁴. A distância entre os municípios, a dispersão demográfica e o grande território com extensas bacias hidrográficas, associados à cobertura da maior

floresta tropical do planeta, impõem grandes desigualdades no acesso à saúde em relação a outras regiões brasileiras²⁵. Para este estudo, serão abordadas exclusivamente as ações do governo estadual por intermédio da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SES-AM) e da Fundação de Vigilância em Saúde do Estado do Amazonas (FVS-AM).

Estratégia de amostragem

A seleção dos participantes deste estudo ocorreu em duas etapas. O primeiro entrevistado foi escolhido por meio de amostragem proposital, que se baseou no critério de participação no processo de planejamento e ação direta na intervenção de testagem. A partir disso, por intermédio de uma estratégia bola de neve, direcionou-se a outros atores envolvidos na testagem. Ao final, a amostra se deu por saturação de dados, em que foram realizadas entrevistas individuais com 11 atores-chave (*quadro 1*) que atuaram na testagem rápida e na testagem de RT-PCR. Entre esses, 9 possuíam algum vínculo empregatício com o serviço público (universidades e fundação de vigilância) e 2 não possuíam nenhum vínculo remunerado.

Quadro 1. Perfil do entrevistado

Entrevistados	Formação	Papel na Política de Testagem
Entrevistado 1 (E1)	Graduação em Farmácia, Mestrado e Doutorado em Doenças Infecciosas e Parasitárias	Gestor/Voluntário no CTR
Entrevistado 2 (E2)	Estudante de Farmácia	Trabalho de Assistente/Voluntário no CTR
Entrevistado 3 (E3)	Bacharel em Enfermagem, Especialista em Epidemiologia	Gestor
Entrevistado 4 (E4)	Bacharel em Farmácia, Mestre em Tecnologia de Alimentos e Doutor em Farmacologia	Trabalho de Assistente/Voluntário no CTR
Entrevistado 5 (E5)	Bacharel em Farmácia, Mestre e Doutor em Produtos Naturais	Trabalho de Assistente/Voluntário no CTR
Entrevistado 6 (E6)	Estudante de Farmácia	Trabalho de Assistente/Voluntário no CTR
Entrevistado 7 (E7)	Bacharel em Odontologia, Mestre e Doutor em Endodontia	Gestor/Trabalho voluntário no CTR
Entrevistado 8 (E8)	Bacharel em Farmácia, Especialista em Epidemiologia e Saúde Pública	Gestor

Quadro 1. Perfil do entrevistado

Entrevistados	Formação	Papel na Política de Testagem
Entrevistado 9 (E9)	Bacharel em Farmácia	Gestor
Entrevistado 10 (E10)	Bacharel em Odontologia, Mestre e Doutor em clínica Odontológica	Trabalho de Assistente/Voluntário no CTR
Entrevistado 11 (E11)	Bacharel em Farmácia, Especialista em Análises Clínicas, Hematologia e Assistência Farmacêutica	Gestor/Voluntário no CTR

Fonte: elaboração própria, 2022.

Métodos de coleta de dados

As entrevistas em profundidade foram realizadas entre fevereiro e maio de 2021, por meio de um roteiro semiestruturado desenvolvido em colaboração com as equipes dos países envolvidos no componente de saúde pública do projeto HoSPiCOVID e testadas em entrevistas-piloto²⁶.

O guia de coleta de dados e a categorização dos resultados foram elaborados com base em componentes selecionados no REFLEX-ISS²⁶. Trata-se de uma ferramenta que orienta a reflexão sobre a melhor forma de abordar a equidade em saúde, estabelecendo uma grade de análise com um conjunto de questões em relação a planejamento, implementação e avaliação de intervenções de saúde pública²⁷. Nesse sentido, foram utilizados apenas os componentes relacionados com o planejamento (*quadro 2*).

Três categorias contidas no componente de planejamento do REFLEX-ISS embasaram o roteiro e a análise. A primeira refere-se à análise de problemas e necessidades, ou seja, entender como se pensou na testagem, se os DSS foram levados em consideração e se diferentes subgrupos da população afetada foram descritos e definidos no planejamento. Nessa parte, também foi abordada a disponibilidade de recursos humanos e materiais para o planejamento da testagem. A segunda categoria é formada por objetivos, fundamentação

e concepção da intervenção. Nessa parte, observou-se como o planejamento foi desenvolvido, que referências científicas fundamentaram a intervenção e se a intervenção propõe uma variedade de atividades para atender às diversas necessidades dos subgrupos da população afetada. A terceira categoria aborda as parcerias intersetoriais e a participação da população-alvo. Aqui as perguntas trataram de quem foram os principais parceiros intersetoriais, em que circunstâncias ocorreu a parceria, que contribuição trouxeram ao desenho do planejamento e questões afins. perguntou-se sobre a participação da população que usufruiria da testagem, para entender suas necessidades e desafios.

Além disso, no roteiro, também se buscou entender o histórico educacional e profissional dos entrevistados, visando identificar possíveis correlações entre sua formação, experiência profissional e perspectivas em relação aos DSS.

Por fim, o roteiro enfocou os desafios do planejamento e as sugestões de mudanças no caso da necessidade de planejar uma nova intervenção de testagem em condições análogas. As perguntas referiram-se ao ano de 2020, por ser o ano inicial da pandemia no Amazonas, momento em que foi declarada como uma emergência de saúde pública, e por ser quando se elaborou o planejamento da testagem. As entrevistas duraram, em média, 60 minutos, sendo gravadas e, posteriormente, transcritas.

Quadro 2. Categorias analíticas de planejamento (ferramenta REFLEX-ISS adaptada para o projeto de pesquisa HoSPiCOVID)

Categorias analíticas	Planejamento
Categoria 1	Análise do problema e necessidades / Visão de DSS / Dados utilizados para planejamento
Categoria 2	Objetivos, justificativa e desenho das ações/tipo de abordagem para lidar com os DSS
Categoria 3	Engajamento de parceiros e público-alvo

Fonte: elaboração própria com base na ferramenta REFLEX-ISS²⁷.

A pesquisa documental foi realizada em documentos oficiais (portarias, notas técnicas, boletins, protocolos, plano de contingência e relatórios) emitidos entre janeiro e novembro de 2020, com o tema covid-19 nos sites oficiais da FVS-AM e da SES-AM. Após leitura, foram selecionados apenas os documentos que abordavam a testagem. Realizou-se a sistematização por meio da ferramenta TIDieR-PHP²⁸. Tal ferramenta dispõe de diretrizes necessárias para entendimento e descrição detalhada de intervenções de saúde pública por meio de uma sistematização. Os dados obtidos nessa sistematização documental permitiram complementar informações necessárias e importantes sobre o processo do planejamento.

Análise dos dados

Foi realizada análise de conteúdo na perspectiva bardaniana²⁹, com base também nas categorias estabelecidas no REFLEX-ISS explicadas anteriormente. Além disso, algumas categorizações emergiram a partir de análise indutiva. Utilizou-se o *software* Nvivo para a codificação e posterior identificação e classificação dos extratos de fala mais relevantes.

Questões éticas

Todas as questões éticas foram cuidadosamente respeitadas neste estudo. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ademais, foi obtida a carta de anuência da SES-AM e da FVS-AM. O

estudo foi apreciado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) e autorizada sua realização mediante o parecer nº 4.018.111, em 28 de outubro de 2020.

Resultados

Visões contrastantes em relação aos DSS

Em relação ao planejamento da testagem no estado do Amazonas, as falas foram consideradas contraditórias, pois não houve um consenso sobre a realização de um planejamento devido à demanda em caráter de urgência.

Não houve um planejamento de muita coisa era uma questão urgente que tinha aqui ser respondida [...] as ações de testagem elas não foram norteadas em nenhum momento [...] as ações, elas eram tomadas muito mais baseadas no que a gente estava vendo de urgência do que realmente embasamento científico. No sentido que, eu estou vendo isso, a com urgência é essa e vou fazer isso agora. (E1, Gestão de CTR).

Antes da chegada da covid-19 ao Amazonas, em fevereiro de 2020, com a criação do Comitê Interinstitucional de Gestão de Emergências em Saúde Pública, optou-se por destinar os testes apenas a pacientes internados com quadros graves devido à escassez. Os DSS não foram considerados pelas autoridades

locais. Em 13 de março de 2020, foi confirmado o primeiro caso da covid-19 no Amazonas. Para comunicar esse caso, os órgãos competentes uniram esforços. Esse alinhamento refletiu a intenção do planejamento estadual do Amazonas de trabalhar em conjunto com todos os níveis de atuação (nacional, estadual e municipal). No entanto, no período estudado, a gestão estadual centralizou o processo de testagem na FVS-AM, abrangendo uma população restrita: trabalhadores de serviços considerados essenciais e pacientes internados em hospitais de referência, concentrando-se na capital.

Evidências apontam que o processo de testagem teve uma baixa capacidade de antecipar problemas. Suas primeiras ações já foram concebidas como reações aos problemas predominantes, notadamente para diagnosticar profissionais de saúde da linha de frente que estavam se contaminando rapidamente com a nova doença.

Não havia uma visão comum em relação aos DSS. Alguns participantes acreditavam que, devido à escassez de testes rápidos, os DSS não puderam ser levados em conta, sendo os profissionais de saúde uma prioridade para garantir a continuidade do cuidado.

Houve uma desigualdade, sim, mas foi por falta de material naquela época. Os testes eram muito escassos no início, era muito caro, quase ninguém podia pagar. [...] O governo preferiu começar pelos profissionais de saúde que estavam na linha de frente. (E2, Voluntário no CTR).

Alguns não têm certeza se as desigualdades sociais atuaram como determinantes da saúde na sindemia do novo coronavírus:

Eu não via essa questão de que [a covid-19] está afetando mais os pobres do que outra clientela ou faixa social. Eu acho que o acometimento está igual [...]. (E3, Gestão da FVS).

Outros entrevistados consideram que os DSS foram fatores de risco para exposição e que deveriam ter sido priorizados no planejamento:

Nem sei se você teve acesso a uma carta que eu assinei [...] apontando para as autoridades competentes que receber menos de três salários mínimos em uma cidade como Manaus é fator de risco para adquirir a infecção. Então, eu acho que esse olhar, é essencial para uma política ainda atual porque a pandemia não acabou. (E1, Gestão de CTR).

Apesar de visões contrastantes sobre os DSS, o planejamento dos Centros de Testagem Rápida (CTR) não considerou indivíduos socialmente vulneráveis ou mesmo aqueles com comorbidades. A escolha dos grupos prioritários para testagem foi baseada na exposição ocupacional ao vírus para as classes de trabalhadores. Assim, o acesso da população geral à testagem se deu apenas quando as pessoas foram internadas em hospitais de referência, o que exigia estar em estado grave.

Alguns atores afirmaram que não havia respaldo em dados epidemiológicos. Dessa forma, a priorização dos profissionais de saúde para a testagem se devia ao absenteísmo na jornada de trabalho. Em termos de literatura científica, o planejamento objetivou a adaptação dos protocolos de testes para outras infecções às circunstâncias da covid-19, além de não se considerar a literatura voltada aos DSS.

Operacionalização da crise

Devido à insuficiência de exames, a testagem ficou restrita a pacientes graves internados e a determinadas categorias de trabalhadores consideradas essenciais, que foram atendidas nos CTR implementados (*quadro 3*). Durante parte do período estudado (abril a novembro de 2020), não houve ações do governo estadual voltada à testagem da população geral.

Quadro 3. Centros de testagem e população-alvo

Centro de Testagem Rápida (CTR)	População-Alvo
CTR 1 – Universidade Federal do Amazonas – Escola de Enfermagem	Inicialmente, os profissionais de saúde sintomáticos. Posteriormente, profissionais de saúde em geral. Por fim, os profissionais da educação.
CTR 2 – Corpo de Bombeiros	Agentes de segurança pública: defesa civil, polícia federal, polícia militar.
CTR 3 – Comando da Polícia Militar	Militares e seus dependentes.
CTR 4 – Universidade Estadual do Amazonas – drive-through	Profissionais de Saúde.
CTR 5 – Centro de Convenções de Manaus (Sambódromo)	Profissionais de Educação.

Fonte: elaboração própria, 2022.

O primeiro CTR no Amazonas foi implementado em abril de 2020, exclusivamente para profissionais de saúde sintomáticos que atuavam no combate à covid-19. A implementação ocorreu em caráter de urgência para atender a alta quantidade de síndromes respiratórias entre profissionais de saúde que não foram testados.

Na questão da testagem rápida para profissionais de saúde, havia naquele momento uma necessidade muito grande de profissionais para testar. [...] Havia muitos profissionais de saúde já doentes, já com a covid-19, com sintomas e afastados do seu cargo. [...] Não foram nem três dias, que era tudo muito urgente, né? Eu creio que dentro de 24 a 48 horas no máximo aquele centro de testagem estava aberto. (E1, Gestão de CTR).

O CTR-1 foi inaugurado na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas (Ufam), com voluntariado de professores e alunos da área da saúde, principalmente da área de farmácia. O objetivo era testar profissionais de saúde sintomáticos que estivessem trabalhando na linha de frente no combate à covid-19. Visava

minimizar os danos [...] porque eram os profissionais de saúde que estavam atendendo as pessoas doentes, então precisávamos ter um olhar diferente para esses profissionais. (E3, Gestão da FVS).

O CTR-2 foi instalado no quartel do Corpo de Bombeiros para atender os profissionais de segurança pública. Em seguida, foi criado o CTR-3 no comando da Polícia Militar voltado para os militares. Ambos os centros foram justificados pela necessidade de testar esses trabalhadores que continuaram trabalhando durante a síndrome. Além disso, tais locais foram identificados como convenientes por possuírem uma estrutura: profissionais e equipamentos, para atuar como centro, necessitando apenas de materiais de testagem como recursos para a realização dos testes, o que foi disponibilizado pelo Ministério da Saúde e pelo governo do Estado.

Devido à alta demanda e à aglomeração no CTR-1, a FVS-AM implantou o CTR-4, com apoio da Ufam, destinado aos profissionais de saúde. O acesso era por *drive-through* para diminuir o risco de contaminação.

Por fim, com o intuito de reabertura das escolas, em agosto de 2020, foi implantado o CTR-5 para testar profissionais da educação na rede pública estadual.

Percebe-se que os CTR não foram distribuídos geograficamente de forma equânime, pois todos estavam localizadas nos bairros centrais da cidade, de acordo com a disponibilidade desses espaços. No planejamento, não foram considerados territórios com populações mais vulneráveis, mais periféricos. Os CTR foram implementados de acordo com os recursos disponíveis nesses locais.

Colaborações e parcerias

A testagem no Amazonas ocorreu por meio de diversas parcerias desde o início da intervenção. Foi necessário estabelecer colaborações entre instituições públicas e privadas para fortalecer a vigilância laboratorial, em um planejamento participativo e descentralizado. Os testes rápidos ofertados a partir dos CTR e os testes de RT-PCR que foram gerenciados pelo Laboratório Central de Saúde Pública da Fundação de Vigilância em Saúde do Estado do Amazonas (Lacen/FVS-AM) foram disponibilizados para pacientes internados em hospitais.

Para ampliar a capacidade de testagem de RT-PCR no Amazonas, houve a descentralização do processamento e do diagnóstico de amostras biológicas. Isso foi realizado por meio da participação da rede privada de laboratórios e da rede pública por intermédio da Fundação de Medicina Tropical Doutor Heitor Vieira Dourado e da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz Amazônia). Além disso, foi firmada parceria com o Instituto Nacional de Pesquisas da Amazônia, por meio do fornecimento de equipamentos ao Lacen/FVS-AM, para processamento de exames. Também houve investimento por parte do governo do Estado na compra de equipamentos que permitiram a ampliação e acessibilidade do teste RT-PCR.

Entramos em contato com a Universidade Federal do Amazonas, e o professor lá ficava de escolher, encaminhando os doutorandos. Então vieram todos como voluntários, vieram doutorandos, mestrandos, que estava trabalhando exatamente na parte de biologia molecular em outros agravos, em outras situações, mas que vieram pra cá. Veio pessoal também da Fundação de Medicina Tropical, inclusive cederam até equipamento porque nós não tínhamos equipamento pra atender essa demanda [...] nós não tínhamos profissional pra isso. Veio o pessoal do Hemoam também e veio pessoal do Alfredo da Mata e da Secretária Municipal também que vieram. (E9, Gestão do Laboratório Central de Saúde Pública do Amazonas).

Observou-se uma dinâmica de expansão em relação às organizações ‘parceiras’ da intervenção. Para a implantação dos CTR no Amazonas, foi fundamental a parceria com as universidades que disponibilizaram espaço físico, equipamentos e pessoal. Por serem de diferentes áreas técnicas e de pós-graduação em ciências da saúde, ocuparam diversos cargos, como coordenação de CTR, triagem, leitura de exames e divulgação de resultados. Os perfis dos atores envolvidos variaram de acordo com a *expertise* anterior. Nesse panorama, percebe-se a presença de profissionais com experiência anterior em testagem para infecções sexualmente transmissíveis e em campanhas de vacinação, principalmente aqueles ligados à universidade.

Os voluntários tiveram um papel de destaque nos CTR e no Lacen/FVS-AM. A implementação da intervenção foi possível graças à mobilização massiva de voluntários, incluindo várias centenas de estudantes e jovens profissionais. Além disso, a mobilização social foi relatada por meio de doações de alimentos de restaurantes e lanchonetes, para profissionais envolvidos na testagem.

Discussão

Neste estudo, observou-se que não houve um planejamento adequado para a testagem da covid-19 no estado do Amazonas em dois aspectos. O primeiro, central para esta pesquisa, é que os DSS não foram levados em consideração no desenho da testagem. A FVS-AM, responsável por coordenar o planejamento da testagem de covid-19 no estado, começou a desenhar o modelo dos primeiros CTR já respondendo ao desfalque de profissionais de saúde na linha de frente infectados com a doença. O planejamento foi pensado, então, para atender a essa urgência e se utilizou principalmente de documentos enfocados na logística dos CTR de forma a prevenir e controlar a difusão da covid-19 no espaço da testagem. A necessidade de uma resposta urgente a essa infecção não

justifica, no entanto, não se recorrer à literatura científica, que mostra a importância de tratar dos DSS para um enfrentamento de doenças agudas altamente contagiosas que permitiria, assim, agir com maior eficácia³⁰.

O conhecimento de epidemias internacionais prévias, como as de H1N1, Sars, ebola, e as experiências brasileiras com a dengue, a tuberculose e o HIV/aids mostram a relação entre as taxas de incidência e mortalidade relacionadas com populações vulneráveis¹⁸. Esses dados poderiam ter sido utilizados para o planejamento da testagem com olhar especial às populações mais vulneráveis, que, por terem maior risco de se contaminar, também têm maior risco de propagar a doença.

Dado que os DSS são fatores condicionantes do processo saúde-doença, as políticas de saúde consideradas universais devem adotar iniciativas voltadas para viabilizar o acesso de populações vulneráveis³¹. Dentro dessa lógica, por exemplo, o governo cubano implementou, desde o início da pandemia, uma cobertura universal e gratuita, em que os maiores recursos foram distribuídos às populações com piores situações socioeconômicas, garantindo uma política de saúde mais equitativa³².

Conforme observado, no Amazonas, os DSS não foram considerados no processo de planejamento para a testagem de covid-19. Ademais, foram desconsideradas as vulnerabilidades ligadas às dimensões econômicas e étnico-raciais. Esse dado se torna particularmente preocupante tendo em vista que o Amazonas é o estado com maior desigualdade econômica do País¹⁸ e que concentra populações tradicionais, como os indígenas e ribeirinhos, que são particularmente vulneráveis no tocante à covid-19³³⁻³⁵.

Em 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a preocupação quanto ao impacto da sindemia da covid-19 em populações em risco, como os povos indígenas da Amazônia brasileira, baseado na vulnerabilidade dessa população a novos agentes infecciosos e pelas características de sua resposta imunológica, específica e heterogênea³³. Fora os aspectos imunológicos, o modo comunitário de

vida e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde agravam a vulnerabilidade dessa população³⁴. Embora haja uma clara necessidade de ações voltadas para atender às especificidades das populações indígenas, essa preocupação não foi devidamente considerada.

Além da população indígena, o Amazonas tem como população específica os ribeirinhos, que também não foram considerados no planejamento da política de testagem. As comunidades ribeirinhas vivem em áreas próximas aos rios da região amazônica e, em grande medida, da pesca e da agricultura de subsistência³⁶. Essa população é predominantemente de baixa escolaridade e renda, e sofre com falta de acesso rodoviário e problemas logísticos, além da falta de saneamento básico e de energia elétrica. Tais características dificultam o acesso aos serviços de saúde, fazendo-se necessário estratégias específicas para o acesso à saúde por parte dessa população³⁷.

Concentrados na capital, Manaus, os CTR ficaram indisponíveis aos demais municípios do estado durante o período estudado. Essa medida impõe dificuldade de acesso aos exames para a população residente no interior, atestando desigualdade ao comparar o acesso da capital com outros municípios do estado. O Amazonas é conhecido por sua vasta extensão territorial, coberta por extensas bacias hidrográficas, causando uma distância significativa entre os municípios do interior e a capital. Muitas vezes, esse deslocamento ocorre apenas por via fluvial ou aérea, fato que agrava o problema de acesso aos serviços de saúde e outras distorções sociais em relação a outras regiões brasileiras^{37,38}.

O modelo de descentralização da testagem é uma estratégia fundamental para a prevenção do aumento de novos casos, por meio do vínculo com o cuidado adequado e a vigilância epidemiológica, porém, encontram-se barreiras nas desigualdades socioeconômicas e na distribuição de equipamentos e infraestrutura disponível para o diagnóstico³⁹.

Dentro da capital, os CTR também não tiveram uma distribuição pelos diversos pontos

geográficos da cidade, ignorando as populações vulneráveis. Os testes poderiam ter sido descentralizados por intermédio das Unidades de Saúde da Família, destinadas a prestar atendimento em nível primário, geograficamente descentralizado, permitindo e facilitando o acesso das populações residentes em bairros mais vulneráveis aos testes – e, dessa forma, reduzindo a transmissão, como observado em outros países^{40,41}.

O segundo aspecto inadequado no planejamento da testagem da covid-19 no Amazonas foi a falta de uma coordenação nacional. Em função de recomendações vistas como sem embasamento científico, como o uso amplo de cloroquina e hidroxiclороquina no tratamento da covid-19, o Ministério da Saúde brasileiro teve embate com os governadores de diversos estados, o que acarretou a decisão do Supremo Tribunal Federal para garantir autonomia aos Estados para tomar providências normativas e administrativas relacionadas com a covid-19⁴². Entretanto, faltaram protocolos nacionais robustos que orientassem para vigilância, prevenção e controle da nova infecção.

A estratégia adotada pelo estado do Amazonas prioriza os trabalhadores de saúde que fazem parte da linha de frente ao enfrentamento da sindemia para a testagem, vendo-os como grupo particularmente vulnerável pela exposição ocupacional ao vírus. As classes de trabalhadores do setor público de serviços considerados essenciais continuaram trabalhando mesmo no pico da contaminação da sindemia, sendo privados de quarentena e distanciamento social, principal meio de proteção contra o vírus⁴³. Essa exposição ocupacional ao Sars-CoV-2 gera um tipo de desigualdade contextual que foi priorizada na testagem para ajudar na continuidade da operação desses serviços essenciais⁴⁴. A testagem desse grupo permite maior agilidade na recomposição da força de trabalho uma vez que os casos negativos para covid-19 retornariam mais rapidamente ao seu trabalho.

No que diz respeito aos trabalhadores de saúde, essa medida corrobora as

recomendações da OMS que preconiza a investigação de casos da covid-19 em profissionais de saúde, bem como a detecção precoce e o controle de infecção nas equipes de saúde⁴⁵. Tal medida também foi adotada em países como o Reino Unido, que, ao sofrer pressão dos sindicatos, passou a priorizar o teste de profissionais de saúde considerando sua exposição à contaminação⁴⁶.

Entretanto, mesmo a testagem nos CTR enfocando os trabalhadores de serviços essenciais, no seu início, foi voltada somente àqueles que apresentassem sintomatologia. Nesse caso específico, nota-se que a testagem se apresenta apenas como a função de diagnóstico da doença, não cumprindo o papel fundamental de interrupção da cadeia de transmissão do vírus. Para esse fim, não haveria a necessidade de importação de uma grande quantidade de testes, mas, sim, fazer a utilização destes de forma adequada³⁰. Faz-se necessário destacar as experiências exitosas observadas em países que adotaram a testagem massiva da população e que, por meio dessa medida, obtiveram maior êxito no controle da transmissão do Sars-CoV-2^{47,48}.

Para a implementação dos CTR e a ampliação da capacidade técnica para a realização do RT-PCR, foi necessário estabelecer parcerias com instituições e universidades, bem como apoiar o trabalho voluntário e a mobilização social. Embora esses dados atestem a fragilidade do sistema de saúde e sua falta de recursos humanos para lidar com a covid-19, a expansão da capacidade tecnológica mediante o apoio de laboratórios privados e de universidades é defendida como uma boa alternativa de resposta à pandemia⁴⁵. Além disso, o trabalho voluntariado foi uma solução encontrada como resposta rápida diante da demanda existente naquele momento^{49,50}.

Conclusões

Embora a sindemia da Covid-19 tenha como agravante a vulnerabilidade social, os DSS

não foram considerados no planejamento da política de testagem no estado do Amazonas. Populações de baixa renda e tradicionais do estado, que vivem em situação de vulnerabilidade, como a população indígena e a ribeirinha, foram desconsideradas no planejamento da testagem, o que contribuiu para agravar as desigualdades sociais existentes.

Cabe lembrar que o estudo se limita à fase de planejamento da testagem no estado do Amazonas, ressaltando a necessidade de estudos futuros que abordem a implementação e a avaliação da intervenção. Além disso, a ênfase foi nas ações do governo estadual, sendo importante investigar as ações municipais posteriores. Outrossim, o agendamento de entrevistas com atores-chave foi difícil devido ao contexto de crise.

Durante a sindemia, observou-se uma seleção de grupos prioritários com base nos critérios de vulnerabilidade de exposição ao Sars-CoV-2 e aos que apresentavam quadro grave da doença. Esses critérios foram baseados em uma desigualdade contextual que se impõe pela impossibilidade de tomar algumas

das medidas de proteção mais importantes para a época: quarentena e isolamento social. Dessa forma, aos gestores e planejadores de políticas de saúde, faz-se necessário o conhecimento sobre a importância de considerar as desigualdades e os DSS no planejamento dessas intervenções para conceder uma política equânime.

Colaboradores

Nóbrega R (0000-0001-9397-467X)* contribuiu para análise de dados, redação, revisão crítica e aprovação final da versão do manuscrito. Medeiros S (0000-0003-3039-6272)* contribuiu para categorização e análise dos dados, redação e revisão crítica do manuscrito. Zinszer K (0000-0003-1388-1145)*, Gautier L (0000-0002-9515-295X)* e Ridde V (0000-0001-9299-8266)* contribuíram para concepção, planejamento e revisão crítica do manuscrito. Oliveira S (0000-0002-6349-2917)* contribuiu para análise e revisão final do manuscrito. ■

Referências

1. Ortelan N, Ferreira AJF, Leite L, et al. Máscaras de tecido em locais públicos: intervenção essencial na prevenção da COVID-19 no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2021; 26(2):669-692.
2. Yoo KJ, Kwon S, Choi Y, et al. Systematic assessment of South Korea's capabilities to control COVID-19. *Health Policy*. 2021; 125(5):568-576.
3. Red Argentina Pública de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Diferentes tipos de tests y estrategias diagnósticas en el contexto de pandemia por COVID-19. *Red Argentina Pública de Evaluación de Tecnologías Sanitarias*. [local desconhecido]: RedARETS; 2020.
4. Cohen J, Kupferschmidt K. Countries test tactics in 'war' against COVID-19. *Science*. 2020; 367(6484):1287-1288.
5. Pilecco FB, Coelho CG, Fernandes QHRF, et al. O efeito da testagem laboratorial nos indicadores de acompanhamento da COVID-19: uma análise dos 50 países com maior número de casos. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2021; 30(2):e2020722.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

6. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*. 2007; 17(1):77-93.
7. Yancy CW. COVID-19 and African Americans. *JAMA*. 2020; 323(19):1891.
8. Khalatbari-Soltani S, Cumming RG, Delpierre C, et al. Importance of collecting data on socioeconomic determinants from the early stage of the COVID-19 outbreak onwards. *J. Epidemiol. Community Health*. 2020; 74(8):620-623.
9. Bekele BB, Alhaffar BA, Wasnik RN, et al. The effect of the COVID-19 Pandemic on the social inequalities of health care use in Hungary: a nationally representative cross-sectional study. *IJERPH*. 2022; 19(4):2258.
10. Antonio-Villa NE, Fernandez-Chirino L, Pisanty-Alatorre J, et al. Comprehensive evaluation of the impact of sociodemographic inequalities on adverse outcomes and excess mortality during the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Mexico City. *Clin. Infect. Dis*. 2022; 74(5):785-792.
11. Dalsania AK, Fastiggi MJ, Kahlam A, et al. The relationship between social determinants of health and racial disparities in COVID-19 mortality. *J. Racial and Ethnic Health Disparities*. 2022; 9(1):288-295.
12. Horton R. Offline: COVID-19 is not a pandemic. *Lancet*. 2020; 396(10255):874.
13. Bispo Júnior JP, Santos DB. COVID-19 como síndrome: modelo teórico e fundamentos para a abordagem abrangente em saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2021; 37(10):e00119021.
14. Hallal PC. SOS Brazil: science under attack. *Lancet*. 2021; 397(10272):373-374.
15. Marmot M, Allen J. COVID-19: exposing and amplifying inequalities. *J. Epidemiol. Community Health*. 2020; 74(9):681-682.
16. Minayo MCS, Freire NP. Pandemia exacerba desigualdades na Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2020; 25(9):3555-3556.
17. Lavor A. Amazônia sem respirar: falta de oxigênio causa mortes e revela colapso em Manaus. *RADIS*. 2021; 221:20-23.
18. Demenech LM, Dumith SC, Vieira MECD, et al. Desigualdade econômica e risco de infecção e morte por COVID-19 no Brasil. *Rev. Bras. Epidemiol*. 2020; 23:e200095.
19. Mathevet I, Ost K, Traverson L, et al. Accounting for health inequities in the design of contact tracing interventions: A rapid review. *Int. J. Infect. Dis*. 2021; 106:65-70.
20. Jesus WLAD, Assis MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010; 15(1):161-170.
21. Francis-Oliviero F, Cambon L, Wittwer J, et al. Desafios teóricos y prácticos del universalismo proporcional: una revisión. *Rev. Panam. Salud Publica*. 2021; 45:e102.
22. Yin R. Case study research: design and methods. 5. ed. Thousand Oaks: Sage; 2013.
23. Ridde V, Gautier L, Dagenais C, et al. Learning from public health and hospital resilience to the SARS-CoV-2 pandemic: protocol for a multiple case study (Brazil, Canada, China, France, Japan, and Mali). *Health Res. Policy Sys*. 2021; 19(1):76.
24. Medeiros LT, Sousa AM, Arinana LO, et al. Mortalidade materna no estado do Amazonas: estudo epidemiológico. *Rev. Baiana Enferm*. 2018; e26623.
25. Nóbrega RED, Reis RS, Xavier FAS, et al. O desafio da Saúde Bucal ribeirinha: um relato de experiência na Amazônia. In: Schweickardt JC, organizador. *A Atenção Básica num território em movimento: diálogos necessários sobre a política*. Porto Alegre: Editora Rede Unida; 2021. p. 119-33.
26. Savard Lamothe A, Gabet M, Richard Z, et al. A descriptive comparison of mass testing during the COVID-19 Pandemic in Montreal, Paris, Bamako, and Recife. *Int. J. Public Health*. 2022; 67:1604992.

27. Guichard A, Hébert C, Nour K, et al. Adaptation et conditions d'utilisation d'un outil d'analyse des interventions au regard des inégalités sociales de santé. *Santé Publique*. 2018; S1(HS1):121.
28. Campbell M, Katikireddi SV, Hoffmann T, et al. TI-DieR-PHP: a reporting guideline for population health and policy interventions. *BMJ*. 2018; k1079.
29. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Rio de Janeiro: Edições 70; 2015.
30. Silveira MC, Costa EA. Busca ativa ou testagem em massa? *Cad. Ibero Am. Direito Sanit*. 2020; 9(4):188-191.
31. Ost K, Duquesne L, Duguay C, et al. Large-scale infectious disease testing programs have little consideration for equity: findings from a scoping review. *Journal of Clinical Epidemiology*. *J. Clin. Epidemiol*. 2022; 143:30-60.
32. Mas Bermejo P, Sánchez Valdés L, Somarriba López L, et al. Equity and the Cuban National Health System's response to COVID-19. *Rev. Panam. Salud Publica*. 2021; 45:1.
33. Brito PL, Souza LSSD, Gomes PHC, et al. Infecção pela Covid-19 em populações indígenas no Amazonas. *Acervo Saúde*. 2023; 23(3):e12255.
34. Mendes MF, Pereira LR, Lima TM, et al. COVID-19 pandemic evolution in the Brazilian Indigenous population. *J. Racial and Ethnic Health Disparities*. 2022; 9(3):921-937.
35. Rodrigues EPS, Abreu IN, Lima CNC, et al. High prevalence of anti-SARS-CoV-2 IgG antibody in the Xikrin of Bacajá (Kayapó) indigenous population in the Brazilian Amazon. *Int. J. Equity Health*. 2021; 20(1):50.
36. Moreira Domingos I, Miranda Gonçalves R. População ribeirinha no Amazonas e a desigualdade no acesso à saúde. *RECHTD*. 2019; 11(1):99-108.
37. Guimarães AF, Barbosa VLM, Silva MP, et al. Acesso a serviços de saúde por ribeirinhos de um município no interior do estado do Amazonas, Brasil. *Rev. Pan-Amaz. Saude*. 2020; 11:e202000178.
38. Figueiredo Júnior AM, Lima GLOG, Vilela KAD, et al. O acesso aos serviços de saúde da população ribeirinha: um olhar sobre as dificuldades enfrentadas. *REAC*. 2020; 13:e4680.
39. Magno L, Rossi TA, Mendonça-Lima FW, et al. Desafios e propostas para ampliação da testagem e diagnóstico para COVID-19 no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2020; 25(9):3355-3364.
40. Raffle AE, Pollock AM, Harding-Edgar L. Covid-19 mass testing programmes. *BMJ*. 2020; m3262.
41. Burki T. Mass testing for COVID-19. *Lancet Microbe*. 2020; 1(8):e317.
42. Vieira FS, Servo LMS. Covid-19 e coordenação federativa no Brasil: consequências da dissonância federal para a resposta à pandemia. *Saúde debate*. 2020; 44(esp4):100-113.
43. Helioterio MC, Lopes FQRS, Sousa CC, et al. Covid-19: Por que a proteção de trabalhadores e trabalhadoras da saúde é prioritária no combate à pandemia? *Trab. Educ. Saúde*. 2020; 18(3):e00289121.
44. Gallasch CH, Cunha ML, Pereira LAS, et al. Prevenção relacionada à exposição ocupacional do profissional de saúde no cenário de COVID-19. *Rev. Enferm. UERJ*. 2020; 28:e49596.
45. Albuquerque NLS. Planejamento operacional durante a pandemia de COVID-19: comparação entre recomendações da Organização Mundial de Saúde e o Plano de Contingência Nacional. *Cogit. Enferm*. 2020; 25:e72659.
46. Churchill F. Unions call for essential workers to be given priority amid rapid test shortage. *People Management*. 2021 dez 10. [acesso em 2021 dez 21]. Disponível em: <https://www.peoplemanagement.co.uk/news/articles/unions-call-essential-workers-given-priority-amid-rapid-test-shortage#gref>.

47. Freire-Silva J, Ferreira HS, Candeias ALB, et al. A utilização do planejamento territorial no combate da COVID-19: considerações sobre a situação dos leitos nos municípios de Pernambuco, Brasil. *Visa em Debate*. 2020; 8(2):16-27.
48. Bittencourt RJ. Testagem de rastreio e busca ativa de infectados assintomáticos pelo SARS-COV-2: a visão do planejamento em saúde pública. *Com. Ciências Saúde*. 2020; 31:07-15.
49. Kabad JF, Noal DS, Passos MFD, et al. A experiência do trabalho voluntário e colaborativo em saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19. *Cad. Saúde Pública*. 2020; 36(9):e00132120.
50. Lopes SC, Leite KFS, Pereira Jr RR, et al. Produção de máscaras cirúrgicas e aventais descartáveis para profissionais da saúde em cenário de restrição de recursos decorrentes da pandemia por SARS-COV-2. *Braz. J. Infect. Dis*. 2021; 25:101127.

Recebido em 15/10/2023

Aprovado em 26/03/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: para a realização desse estudo, houve apoio através do subsídio do Instituto Canadense de Pesquisa em Saúde, número DCO190GP

Editora responsável: Ana Maria Costa

Evangélicos, ‘agenda neoconservadora’ e política de saúde das mulheres: uma revisão narrativa (2016-2021)

Evangelicals, ‘neoconservative agenda’ and women’s health policy: a narrative review (2016-2021)

Ana Ester Maria Melo Moreira¹, Carmen Fontes Teixeira²

DOI: 10.1590/2358-289820241418910P

RESUMO O objetivo deste trabalho foi analisar a literatura sobre o crescimento demográfico e a atuação política dos evangélicos, especialmente no âmbito do Congresso Nacional, em particular, com relação à política de saúde das mulheres e dos Direitos Sexuais e Reprodutivos (DSR). Trata-se de uma revisão narrativa da produção científica nacional registrada no portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento do Pessoal de Nível Superior (Capes), no período 2016-2021, usando os descritores “evangélico”, “agenda neoconservadora” e “saúde das mulheres”. Foram selecionados 80 artigos que tratam da relação entre o crescimento do número de igrejas evangélicas e de fiéis vinculados a essas organizações religiosas no Brasil. Do conjunto de artigos analisados, 42,5% analisam a agenda defendida pelos setores religiosos do campo conservador, incluindo um conjunto de temas, tais como política, sexualidade e reprodução, ‘ideologia de gênero’, direitos humanos da população LGBTQIA+, DSR, aborto, educação sexual nas escolas, casamento entre pessoas do mesmo sexo, estatuto da família, estatuto do nascituro, violência sexual, frentes em defesa da vida e da família, religiões de matriz africana, racismo religioso e intolerância religiosa. Assim, enfatiza-se a importância desse tema nas pesquisas em saúde coletiva, principalmente na área de política, planejamento e gestão em saúde.

PALAVRAS-CHAVE Religião. Conservadorismo. Política de saúde. Saúde da mulher.

ABSTRACT *The aim of this study was to analyze the literature on the demographic growth and political action of evangelicals, especially in the context of the National Congress, in particular, with regard to women’s health policy and Sexual and Reproductive Rights (DSR). This is a narrative review of the national scientific production registered in the journal portal of the Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel (CAPES), in the period 2016-2022, using the descriptors “evangelical”, “neoconservative agenda” and “women’s health”. We selected 80 articles that deal with the relationship between the growth of the number of evangelical churches and faithful linked to these churches in Brazil. Of the articles analyzed, 42.5% examine the agenda defended by religious sectors of the conservative field, including a set of themes, such as politics, sexuality and reproduction, ‘gender ideology’, human rights of the LGBTQIA+ population, DSR, abortion, sex education in schools, same-sex marriage, family status, status of the unborn child, sexual violence, fronts in defense of life and family, religions of African origin, religious racism and religious intolerance. Thus, the importance of this theme in public health research is emphasized, especially in the area of health policy, planning and management.*

¹ Universidade Federal do Delta do Parnaíba (UFDPAr) - Parnaíba (PI), Brasil.
estermelouniversidade@gmail.com

² Universidade Federal da Bahia (UFBA) - Salvador (BA), Brasil.

KEYWORDS Religion. Conservatism. Health policy. Women’s health.



Introdução

Nos últimos anos, o Brasil tem vivenciado o fortalecimento de uma agenda autoritária, ultraliberal e conservadora¹ que teve nas Jornadas de Junho de 2013, no *impeachment* da Presidenta Dilma Rousseff em 2016 e na eleição do Presidente Jair Messias Bolsonaro em 2018 espaços de fortalecimento de setores conservadores no País²⁻⁵.

Nesse contexto, os evangélicos³ têm se constituído um importante objeto de investigação científica, uma vez que o número de igrejas evangélicas e de fiéis vinculados a elas tem crescido exponencialmente no Brasil, nas últimas décadas, *pari passu* à ampliação de sua participação política em diversos espaços da vida nacional.

De fato, o número de evangélicos cresceu de 22,2% da população brasileira, segundo o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010, para 29% em uma pesquisa do Datafolha realizada em 2016⁶. Além disso, há indicativos de que os evangélicos têm potencial de configurar mais 40% da população brasileira até 2032⁷. Nesse cenário, as igrejas evangélicas que mais crescem são as pentecostais, as quais estão inseridas nas áreas de maior vulnerabilidade social com ampla inserção de mulheres e da população negra⁶.

A participação política dos evangélicos, especialmente no âmbito do Poder Legislativo, tem se expandido, tendo como marco histórico a eleição de parlamentares evangélicos para a Assembleia Nacional Constituinte (ANC), nos anos 1980, tendo se fortalecido nas últimas décadas a ponto de ter sido criada, mais recentemente, a Frente Parlamentar Evangélica (FPE) no Congresso Nacional⁸⁻¹⁰.

A atuação dessa Frente tem sido historicamente orientada para as questões de gênero, sexualidade e reprodução, com argumentações fundamentadas em dimensões morais, religiosas e legais articuladas entre si^{7,11}. Ademais, enfatiza a defesa da vida desde a concepção, é contra a descriminalização do aborto, mesmo em casos previstos em lei, defende a

heterossexualidade compulsória e a família tradicional, além de defender a divisão sexual do trabalho, atribuindo às mulheres o papel social hegemônico vinculado ao processo de reprodução^{6,11,12}, configurando o que tem sido denominado ‘agenda neoconservadora’^{5,6,12,13}.

Cabe destacar que essa agenda emergiu a partir da atuação da Igreja Católica em Conferências Internacionais da Organização das Nações Unidas (ONU) na década de 1990⁶, fundamentando-se na crítica aos avanços dos Direitos Sexuais e Reprodutivos (DSR) historicamente conquistados pelo movimento feminista e pelo movimento LGBTQIA+¹⁴. No Brasil, essa ‘agenda neoconservadora’ foi assumida pela nova direita e dá suporte à atuação política dos parlamentares evangélicos e católicos conservadores^{5,14}.

Apesar dos estudos citados, a literatura sobre a atuação dos evangélicos no Legislativo federal brasileiro é escassa, e os estudos existentes situam-se no campo das ciências da religião, da teoria feminista e dos estudos de gênero⁷. Por isso a importância de investigar como esse tema tem sido abordado em outras áreas de conhecimento, como a saúde coletiva.

Nessa direção, Costa et al.¹⁵ apontam a necessidade de compreender a atuação dos evangélicos com relação aos DSR, de modo a identificar as concepções, os atores e os projetos político-ideológicos em disputa, bem como os impactos dessa atuação nas políticas de saúde das mulheres, historicamente construídas com a participação do movimento feminista, em grande parte responsável pela elaboração da Política de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (Paism) em 1983 e pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM) em 2004^{6,12,16-18}.

Ao considerar a conjuntura política^{15,19} marcada pela erosão democrática^{20,21} no período pós-Jornadas de Junho de 2013, com marcado retrocesso no âmbito das políticas sociais e de saúde, em particular²², cabe investigar a participação política dos evangélicos no âmbito do Legislativo, buscando identificar em que medida a sua atuação pode estar

influenciando o processo de (re)formulação e implementação das políticas públicas na área de saúde das mulheres.

Como ponto de partida para a delimitação da problemática do estudo, formulamos a seguinte pergunta: quais as principais características da produção científica brasileira acerca da participação dos representantes das igrejas evangélicas no processo político em saúde? Dessa forma, este artigo trata de analisar a produção científica nacional acerca da inserção e da participação política dos evangélicos, com enfoque na sua atuação em defesa da 'agenda neoconservadora' e seu potencial impacto na política de atenção integral à saúde das mulheres. Assim, busca identificar e analisar os principais trabalhos que abordam as crenças, os valores e os ideais que compõem a 'agenda neoconservadora' da FPE e analisar as concepções e propostas dessa Frente no que se refere à saúde das mulheres e aos DSR.

Material e métodos

Trata-se de uma revisão narrativa da produção científica nacional indexada no Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), no período 2016-2021, usando os descritores "evangélico", "agenda neoconservadora" e "saúde das mulheres". Cabe ressaltar que os evangélicos foram estabelecidos como categoria de análise a partir do trabalho do IBGE com a inclusão do termo no censo demográfico nos últimos vinte anos²³. Carranza⁹ aponta, entretanto, que isso representou uma falsa universalização do conceito, na medida em que os evangélicos representam uma pluralidade de igrejas, doutrinas e liturgias religiosas, constituindo práticas religiosas, sociais e culturais e projetos políticos profundamente distintos, polissêmicos e heterogêneos. Dessa forma, a

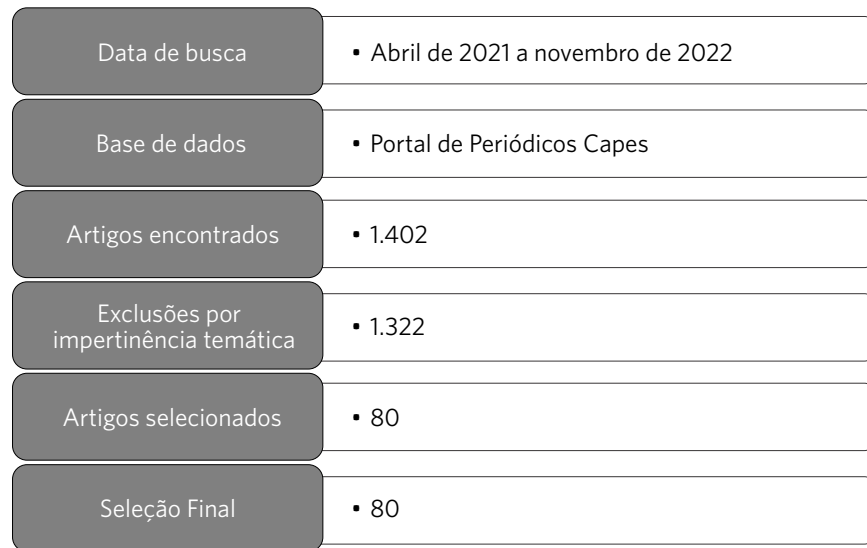
categoria evangélica não é monolítica, e seu processo histórico e sua organização política não se mostram lineares e homogêneos⁹.

Na primeira busca de artigos, utilizamos, entretanto, o descritor genérico "evangélico", encontrando 1.402 artigos, sendo excluídos 8 duplicados, 26 que não apresentavam resumo e 1.322 por impertinência temática, por tratarem de aspectos que não tinham vínculo imediato com a temática da revisão, quais sejam: conjuntura política nacional, internacional, transnacionalização do campo evangélico, expansionismo evangélico na África, evangélicos na América Latina, evangélicos e indústria cultural, evangélicos e comunicação de massa – rádio, televisão e redes sociais –, evangélicos e sionismo religioso, turismo evangélico entre outros. Cabe destacar que foram encontrados, inclusive, 15 artigos sobre o movimento feminista e DSR nos quais o termo "evangélico" aparece de forma secundária no texto ou em notas de rodapé e referências.

A segunda busca tratou de combinar o descritor "evangélico" com "agenda neoconservadora", usando o operador booleano AND, não sendo encontrados artigos. Em seguida, foi feita a combinação, também com o operador booleano AND, com os descritores "evangélico" e "saúde das mulheres", sendo encontrados cinco artigos, porém a leitura dos resumos evidenciou que não tratavam do tema central do estudo, sendo, portanto, excluídos.

Ao considerar apenas o conjunto dos artigos que tratavam do tema central desta revisão, foram selecionados 80 artigos, todos escritos em língua portuguesa e publicados em periódicos científicos com revisão de pares (*figura 1*). Em seguida, foram lidos os resumos e extraídas as seguintes informações: título, ano de publicação, procedência institucional dos autores, objetivos, metodologia, resultados e referência completa, dispostas em planilha Excel[®].

Figura 1. Processo de seleção dos artigos analisados - Infográfico



Fonte: elaboração própria.

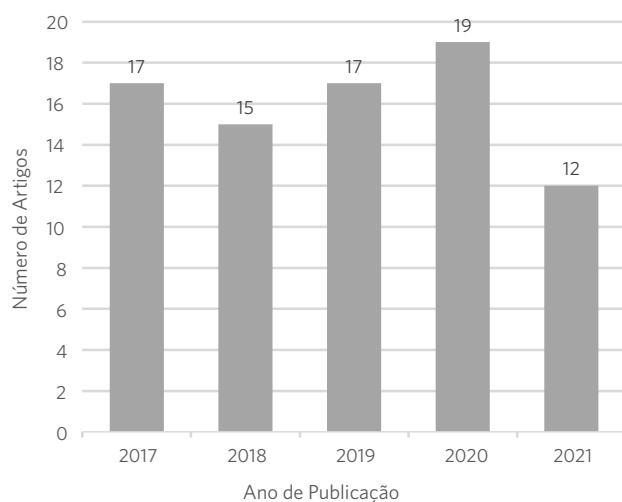
As informações quantitativas subsidiaram a elaboração de tabelas e gráficos que apresentam a evolução temporal das publicações, a distribuição por área de conhecimento segundo a classificação da Capes²⁴ e a distribuição institucional e territorial dos autores.

A análise do conteúdo dos artigos, por sua vez, orientou a elaboração de uma tipologia destes por categoria temática e subsidiou a descrição da evolução histórica da participação política dos evangélicos no Brasil, bem como a identificação dos atores e das arenas em que atuam na defesa da ‘agenda neoconservadora’.

Resultados

Iniciamos a apresentação dos resultados deste trabalho a partir da sua dimensão bibliométrica, buscando descrever a evolução temporal dos artigos publicados, a distribuição por área de conhecimento, a procedência institucional dos autores e a sua distribuição por região do País (*gráfico 1*).

Gráfico 1. Evolução temporal das publicações selecionadas



Fonte: elaboração própria.

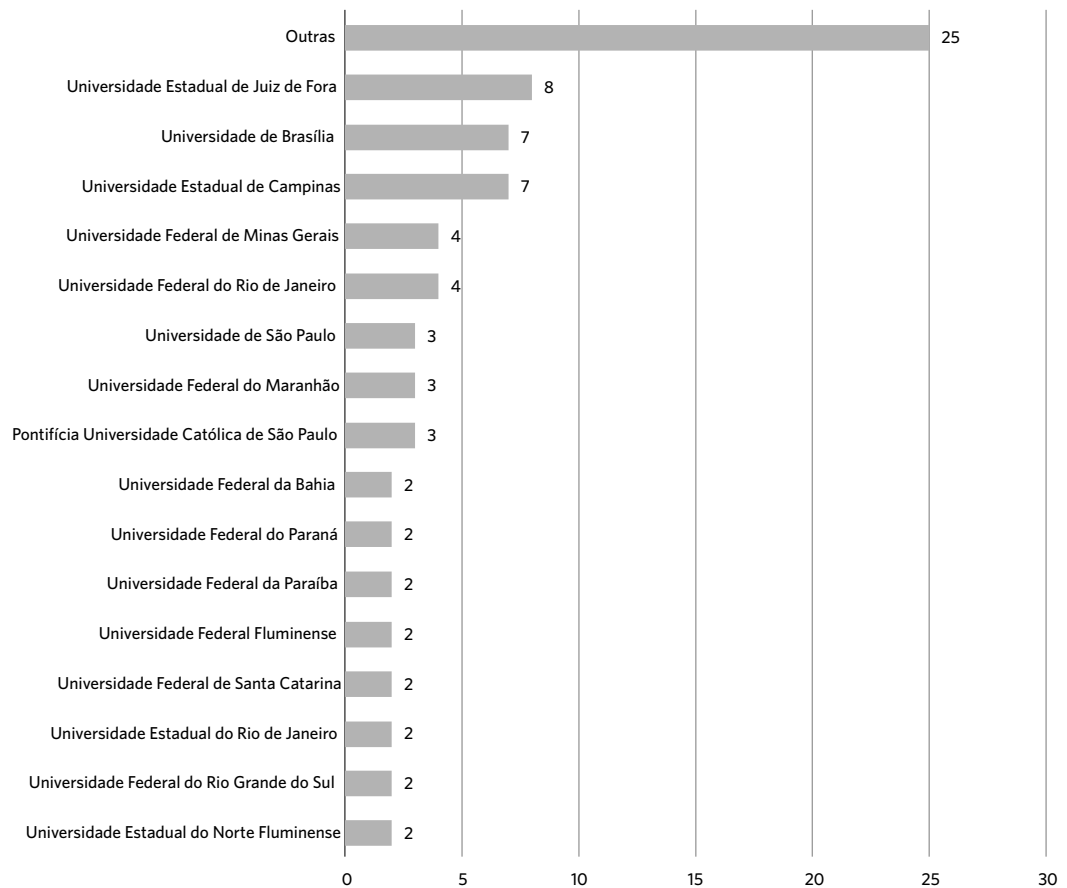
A evolução temporal das publicações evidencia uma distribuição estável ao longo do período analisado, com pequenas variações no número de artigos publicados ano a ano, não chegando a duas dezenas por ano.

As áreas de conhecimento nas quais se situa a maioria dos artigos analisados são: antropologia (18); ciências da religião e teologia (17); sociologia (17); ciência política (9); e estudos interdisciplinares (10). A área de saúde coletiva apresenta somente um artigo²⁵, evidenciando a pequena importância que tem sido dada pelos pesquisadores da área a esse objeto de estudo, na medida em que este artigo foi elaborado, inclusive, por um cientista político do Centro de Estudos Estratégicos, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), convidado a participar de um número especial da revista 'Ciência & Saúde Coletiva'.

A produção de artigos sobre os evangélicos, como seria de esperar, resulta, em sua maioria

(55), de pesquisas e trabalhos acadêmicos, realizados no âmbito de universidades. O gráfico 2 mostra a distribuição institucional dos autores, evidenciando a existência de um grupo relativamente pequeno de universidades (Juiz de Fora, Brasília e Campinas) que, juntas, respondem por 22 artigos (27,5%), seguidas por 5 universidades (federais do Rio de Janeiro e de Minas Gerais, estadual de São Paulo – USP, Católica de São Paulo e federal do Maranhão) com 17 artigos (21,25%), restando um conjunto de universidades com apenas 2 publicações cada. Esses dados possivelmente refletem a existência de grupos de pesquisadores mais consolidados nas universidades que apresentam maior produção, enquanto, nas demais universidades, é possível que o interesse pelo tema decorra de algum pesquisador isolado, sendo necessário mais investigações para comprovar ou refutar essa hipótese.

Gráfico 2. Procedência Institucional do autor principal



Fonte: elaboração própria.

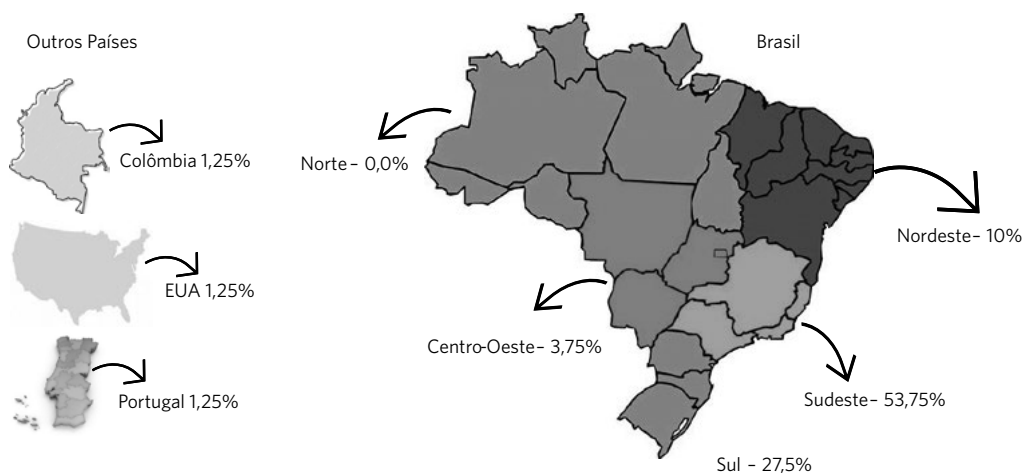
O que chama a atenção, entretanto, é o grande número de estudos que foram realizados em outras universidades que apresentaram apenas um artigo sobre o tema, somando um total de 25 artigos, quase um terço do total. Nesse sentido, cabe registrar alguns exemplos de estudos realizados em universidades brasileiras²⁵⁻⁴², bem como artigos publicados por pesquisadores vinculados a universidades estrangeiras⁴³⁻⁴⁷, chamando a atenção a existência de um artigo elaborado por profissionais vinculados a uma secretaria estadual de educação⁴⁸.

A maioria dos estudos analisados foi produzida em instituições (universitárias ou não)

situadas na região Sudeste (53,75%), seguida pela região Sul (27,55%), o que evidencia, mais uma vez, a concentração de instituições de ensino e pesquisa nessas regiões. Nas demais regiões, a produção é pequena (10% na região Nordeste e apenas 3,7% na região Centro-Oeste,) ou inexistente, como é o caso da região Norte (*figura 2*).

Cabe ressaltar que, apesar de termos utilizado o filtro de idioma, selecionando apenas publicações em português, quando se analisa a procedência dos autores, foram identificados quatro artigos^{43,44,47} cujos autores pertencem a instituições de outros países.

Figura 2. Distribuição dos artigos por região do Brasil e por países



Fonte: elaboração própria.

Na análise da distribuição dos artigos por categoria temática (*tabela 1*), cabe destacar, em primeiro lugar, um estudo de revisão acerca da produção de conhecimento sobre religião, política e direitos humanos, desenvolvido na Associação Nacional de Pós-Graduação

e Pesquisa em Ciências Sociais (Anpocs) no período 2016-2019, que apresenta uma visão panorâmica da área, apontando a diversidade de objetos e a pluralidade de abordagens e referenciais teóricos presente nesse campo de estudos⁴⁹.

Tabela 1. Distribuição dos artigos por categoria temática

Categorias temáticas	N	%
1 Religião, evangélicos e política	40	50,0
2 Evangélicos e conservadorismo	6	7,5
3 Evangélicos e agenda neoconservadora	34*	42,5
3.1 Evangélicos e agenda neoconservadora: aspectos gerais	6	-
3.2 Evangélicos e agenda neoconservadora: ideologia de gênero	4	-
3.3 Evangélicos e agenda neoconservadora: escola sem partido	4	-
3.4 Evangélicos e agenda neoconservadora: direitos sexuais e reprodutivos	2	-
3.5 Evangélicos e agenda neoconservadora: direitos da população LGBTQIA+	2	-
3.6 Evangélicos e religiões de matriz africana	16	-
Total	80	100,0

Fonte: elaboração própria.

* O valor considera a soma das subcategorias.

Segundo os autores, a agenda de pesquisa nesse campo tem sido orientada por uma conjuntura política de fortalecimento de setores

religiosos e do campo conservador³⁷, incluindo os seguintes temas: religião, política⁵⁰, sexualidade e reprodução e democracia; com

os subtemas ‘ideologia de gênero’, direitos humanos da população LGBTQIA+, DSR, aborto, educação sexual nas escolas, casamento entre pessoas do mesmo sexo, estatuto da família, estatuto do nascituro, violência sexual, FPE, frentes católicas e frentes em defesa da vida e da família, religiões de matriz africana, racismo religioso e intolerância religiosa⁴⁹.

Nossos achados corroboram esta análise na medida em que, como se pode observar na *tabela 1*, a metade dos artigos selecionados (40) contempla a relação entre religião e política no País. Desse conjunto, vale a pena destacar o estudo de Mariano⁵¹, que identifica as principais igrejas e denominações evangélicas e os artigos que analisam o processo de participação política dos evangélicos no Brasil^{8,9,52}.

Um segundo grupo de artigos trata, especificamente, da ‘agenda neoconservadora’, com 34 artigos. Dado o interesse específico deste estudo em localizar artigos que tratem da relação entre evangélicos, ‘agenda neoconservadora’ e saúde das mulheres, tratamos de desagregar esse subtotal, conforme especificado na *tabela 1*. Assim, identificamos 6 artigos que tratam de aspectos gerais da ‘agenda neoconservadora’, destacando-se os artigos de Prandi e Santos¹⁹ e Machado⁵³, que apontam como temática recorrente da atuação dos evangélicos as questões ligadas à família, à heterossexualidade compulsória, ao direito ao aborto, aos Direitos Sexuais Reprodutivos, aos direitos da população LGBTQIA+, entre outros.

Os demais estudos abordam questões específicas, ‘escola sem partido’^{21,31,54,55}, ‘ideologia de gênero’^{33,35,56,57}, ‘direitos sexuais e reprodutivos’^{53,58} e ‘direitos da população LGBTQIA+’^{59,60}, porém, sem relação específica com a área de saúde das mulheres.

Chama a atenção, ainda nesse grupo de artigos que tratam da ‘agenda neoconservadora’, a existência de 16 artigos que analisam a relação dos ‘evangélicos e religiões de matriz africana’, tratando da intolerância religiosa e do racismo religioso no Brasil, entre outros temas correlatos^{61,62}.

Discussão

A análise dos resultados apresentados no item anterior evidencia a pouca quantidade de artigos que abordam a relação entre o crescimento da participação política dos evangélicos e sua atuação no âmbito do debate em torno dos DSR. Nesse contexto, buscando ampliar o olhar sobre a produção acadêmica acerca desse tema, utilizamos, como estratégia complementar, a leitura de livros, dissertações e teses identificadas por meio de técnica ‘bola de neve’, isto é, a partir da seleção de referências citadas pelos principais autores que têm se dedicado ao estudo dos evangélicos no Brasil.

Nessa perspectiva, o primeiro aspecto a ser destacado diz respeito à pluralidade de igrejas e denominações religiosas que fazem parte do grupo genericamente caracterizado como ‘evangélicos’. Estudos realizados a partir dos anos 2000, no campo das ciências sociais e políticas, propuseram diversas classificações das principais denominações evangélicas, considerando seu percurso histórico e suas orientações doutrinárias e litúrgicas, cabendo destacar a classificação das igrejas evangélicas de Binde⁸ e Gonçalves e Pedra⁶³ que, de forma sintética, distinguem os protestantes históricos e pentecostais, entre os quais, as igrejas vinculadas ao pentecostalismo clássico e as neopentecostais.

Ao resgatar as origens e o desenvolvimento histórico dessas igrejas, Gonçalves e Pedra⁶³ apontam que as igrejas pentecostais surgiram no século XX nos Estados Unidos da América (EUA), com críticas ao protestantismo clássico, tendo como principais características a atuação em comunidades de alta vulnerabilidade social e as práticas litúrgicas que incorporam o ‘batismo no Espírito Santo’ e o ‘dom de orar em línguas desconhecidas’ – denominado glossolalia –, adotando, também, certo distanciamento da vida social e da política. Já o neopentecostalismo tem como características: a) ausência de compromisso com os princípios orientadores do protestantismo histórico; b) abandono dos valores pentecostais clássicos;

c) distanciamento da vida social; d) autonomia doutrinária e organizacional em relação às demais igrejas evangélicas; e) assimilação de diversos elementos das culturas e religiões europeias; f) estratégia de cura e exorcismo; g) teologia da prosperidade; h) teologia do domínio – guerra/batalha espiritual contra os inimigos do povo de Deus; e i) intolerância com relação às religiões afro-brasileiras.

O estudo de Mariano⁵¹, publicado em livro, aprofunda a análise dos 'pilares' das igrejas neopentecostais, ou seja, a Teologia da Prosperidade (TP) e a Teologia do Domínio (TD). A doutrina da prosperidade, o evangelho da prosperidade e/ou a TP se fundamenta na compreensão de que a prosperidade econômica, a saúde e a felicidade são dádivas divinas concedidas aos fiéis por meio da confissão positiva do desejo de buscar a prosperidade econômica integrada a ofertas e sacrifícios materiais dos fiéis em favor das igrejas. A TD fundamenta-se na compreensão de que a vida dos sujeitos e da comunidade é atravessada por uma guerra espiritual entre Deus e o Diabo⁵¹. Segundo essa concepção, os demônios dominam os seres humanos e precisam ser libertados por orações e guerras espirituais. Isto é, atravessam os sujeitos e a sociedade, provocando uma permanente guerra espiritual entre a vida espiritual e a vida material⁵¹.

No Brasil, a chegada desses grupos ocorreu em tempos históricos diferentes e abrigam diferenças do ponto de vista político e doutrinário. Os representantes mais significativos do pentecostalismo são a igreja Assembleia de Deus e a Congregação Cristã no Brasil, enquanto as igrejas neopentecostais mais expressivas no País são a Igreja Universal do Reino de Deus, a Igreja Graça de Deus e a Igreja Cristo Vive⁶³.

O segundo aspecto a ser discutido diz respeito à participação política dos pastores e das lideranças religiosas vinculadas a essas igrejas. Segundo Binde⁸, até a década de 1980, a maioria dessas denominações adotou certo distanciamento do debate político brasileiro, ainda que, durante a ditadura civil militar, alguns setores estabeleceram relação com as

instituições governamentais, especialmente pela afinidade ideológica em torno da defesa da família tradicional, da liberdade religiosa e da crítica ao comunismo e ao movimento feminista.

Com o processo de redemocratização, as igrejas pentecostais e neopentecostais cresceram, assumiram contornos de uma estrutura empresarial, midiática e mercadológica, e passaram de uma posição apolítica para uma significativa participação política em nossa sociedade, atuando nas disputas do sistema político-partidário brasileiro^{8,10,64}. De fato, a participação política evangélica foi construída ao longo do processo de crescimento demográfico desses 'fiéis' e da ampliação da democracia no País, tendo como marco a participação de parlamentares evangélicos na ANC que elaborou a Constituição Federal de 1988⁶³.

De acordo com Duarte¹⁰, o propósito da participação política dos evangélicos na ANC era reescrever a história do Brasil mediante a crítica da hegemonia da relação da Igreja Católica com o Estado, atuando em defesa da família tradicional, pela criminalização do aborto e no combate às agendas dos movimentos feminista e do movimento LGBTQIA+. Segundo Machado⁶⁵⁽⁹²⁾:

As análises sobre a participação dos evangélicos na Constituinte brasileira em 1986 demonstram que os temas que mais mobilizaram os atores políticos desse segmento foram aqueles do campo moral e que estes atores, de modo geral, assumiram posições contrárias às demandas dos movimentos feministas e LGBTQI [...] Aqui caberia destacar que a despeito das disputas de moralidades nesse campo confessional [...] observa-se a hegemonia de uma forma de moralidade centrada na defesa da família patriarcal, da heteronormatividade e da vida.

A partir desse marco histórico, observou-se o avanço da participação política dos evangélicos, ao longo das últimas décadas, tanto no âmbito da sociedade civil como na sociedade política – Executivo, Legislativo e Judiciário –,

constituindo o que é denominado por alguns autores como ‘maquinaria legal neoconservadora’⁶⁶, que inclui a hierarquia religiosa católica e evangélica, movimentos e instituições pró-vida e pró-família, políticos cristãos, assessores dos parlamentares evangélicos, partidos cristãos e evangélicos, profissionais liberais e técnicos, como advogados e psicólogos cristãos e intelectuais/acadêmicos cristãos.

Especificamente no âmbito do Poder Legislativo federal, esse avanço conduziu à criação da FPE em 2003, ano de início do primeiro governo Lula, sendo oficializada na 52^a Legislatura da Câmara dos Deputados (2003-2007)¹⁰. Trata-se de uma associação civil de natureza não governamental, pluripartidária, composta por deputados federais e senadores que atuam no Congresso Nacional, alinhados com a crítica aos avanços dos DSR definidos nas Conferências Internacionais da ONU^{11,67}.

Desse modo, o enfoque de sua atuação parlamentar inclui temas, tais como: a defesa da vida desde a concepção (‘cidadanização’ do feto) e da família tradicional (‘renaturalização’ da família); o combate à ‘ideologia de gênero’ (crítica ao conceito de gênero e às identidades de gênero com defesa da heterossexualidade compulsória e, conseqüentemente, contrapondo-se a proposições legislativas que adotam o princípio de igualdade/equidade de gênero, rechaçando a violência de gênero); a crítica à educação sexual nas escolas; a crítica ao processo de regulamentação dos direitos da população LGBTQIA+, como o casamento de pessoas do mesmo sexo^{11,66}.

Os parlamentares da FPE atuam, principalmente, no âmbito das Comissão de Seguridades Social e Família (CSSF), Comissão de Constituição e Justiça (CCJ), Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher (CDM), Comissão de Direitos Humanos e Minorias (CDHM) e, evidentemente, no Plenário da Câmara dos Deputados^{11,12}, confrontando-se com parlamentares que defendem as pautas do movimento feminista, do movimento LGBTQIA+, com a esquerda de modo geral e com representantes dos setores humanistas cristãos¹⁰.

O embate em torno desses temas ocorreu

em alguns contextos políticos, a exemplo da atuação da FPE contra o Projeto de Lei de Legalização do Aborto em 2005, além do debate em torno de vários planos e programas, como o III Plano Nacional de Direitos Humanos em 2009, o Plano Nacional de Educação 2011-2020, o Programa Brasil Sem Homofobia e Escola Sem Homofobia em 2011³, o Projeto Escola Sem Partido, o debate sobre aborto nas eleições presidenciais 2010 e 2014¹¹ e a discussão do Estatuto da Família em 2015¹².

Com o *impeachment* da Presidenta Dilma Rousseff em 2016⁶⁸, os evangélicos passaram a integrar a ‘nova direita’ brasileira – autoritária, ultraliberal e neoconservadora⁶ –, ampliando a articulação dessas três dimensões com as agendas contra a igualdade de gênero, a diversidade sexual e a democracia. Nesse sentido, a partir das eleições presidenciais de 2018, a FPE fortaleceu sua participação na condução política do governo Bolsonaro (2019-2022)⁶⁹ por meio da indicação dos dirigentes do Ministério das Mulheres, Família e Direitos Humanos, Ministério da Educação e Ministério das Relações Exteriores, nos quais a ‘agenda neoconservadora’ passou a se constituir em política pública^{5,6}.

Em síntese, os evangélicos constituem um ator político relevante na sociedade brasileira, atuando, de forma articulada, em defesa de uma ‘agenda neoconservadora’, fundada na crítica às teorias feministas, aos estudos de gênero e aos avanços no âmbito das políticas públicas que incorporam a garantia dos direitos das mulheres e da população LGBTQIA+, inclusive no que diz respeito às políticas de saúde das mulheres e à implementação de práticas que buscam garantir os DSR no âmbito dos serviços assistenciais do Sistema Único de Saúde⁷⁰.

Considerações finais

Apesar das limitações deste estudo, por se ater apenas a uma base de dados bibliográficos e cobrir um período relativamente curto,

apontam-se algumas características importantes do crescimento dos evangélicos e o fortalecimento da participação política de suas lideranças na sociedade brasileira.

Em primeiro lugar, destaca-se que a denominação 'evangélicos' demarca a existência de um campo profundamente heterogêneo, considerando o processo histórico, as bases teológicas, doutrinárias e os valores econômicos, políticos e culturais que orientam as diversas igrejas. A análise dos estudos que abordam a participação política dos representantes dessas igrejas indica, entretanto, que, apesar do caráter pluripartidário, sua atuação, especialmente no âmbito do Legislativo federal, por meio da FPE, evidencia sua articulação em defesa de uma 'agenda neoconservadora', concentrada nas questões de gênero, sexualidade e reprodução – colocando em suspenso os avanços conquistados historicamente no âmbito das políticas de saúde das mulheres e da população LGBTQIA+.

Nessa perspectiva, constata-se que os evangélicos pentecostais e neopentecostais, bem como católicos conservadores, têm se vinculado ao processo de construção de um bloco histórico da nova direita liberal⁷¹, processo que se articula com o fortalecimento do projeto liberal conservador no campo da saúde¹, cuja hegemonia incidiu negativamente na garantia dos DSR de amplas parcelas da população brasileira.

Assim, o fortalecimento do autoritarismo, do ultraliberalismo e do neoconservadorismo

que marcou a conjuntura 2016 a 2022 contou com a participação política dos evangélicos, repositando questões de gênero, sexualidade e reprodução, contribuindo para o retrocesso de conquistas históricas do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e do movimento feminista e LGBTQIA+.

Dessa forma, considerando tais movimentos como sujeitos da antítese⁷², é estratégico aprofundar o conhecimento acerca dos determinantes do enraizamento e da expansão das igrejas evangélicas, especialmente as neopentecostais, no cotidiano da população brasileira, para avançar na formulação e na implementação de estratégias que conduzam à superação do neoconservadorismo e que contribuam para a consolidação da democracia e do desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil.

Colaboradoras

Moreira AEMM (0000-0002-8313-4375)* contribuiu substancialmente para concepção e planejamento do estudo, obtenção, análise e interpretação dos dados, assim como para redação e revisão crítica e aprovação final do manuscrito. Teixeira CF (0000-0002-8080-9146)* contribuiu substancialmente para concepção e planejamento do estudo, análise e interpretação dos dados, assim como para redação e revisão crítica e aprovação final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Santos JS, Teixeira CF. Análise política da ação do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira na pandemia da COVID-19: 2020-2021. *Ciênc. saúde coletiva*. 2023 [acesso em 2023 set 17]; 28(5):1277-1286. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.10502022>.
2. Magno LD. Dos clamores das ruas aos rumores no Congresso: uma análise da conjuntura recente da saúde no Brasil. [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2015.
3. 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; 24(3):486-522.
4. Reis CR. A Reforma Sanitária Brasileira durante os governos Dilma: uma análise da conjuntura. [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2020.
5. Rocha C. Menos Marx, mais Mises: o liberalismo e a nova direita no Brasil. São Paulo: Todavia; 2021.
6. Vaggione JM. A restauração legal: o neoconservadorismo e o direito na América Latina. In: Biroli F, Machado MDC, Vaggione JM. *Gênero, neoconservadorismo e democracia*. São Paulo: Boitempo; 2020. p. 41-82.
7. Biroli F, Machado MDC, Vaggione JM. *Gênero, neoconservadorismo e democracia*. São Paulo: Boitempo; 2020.
8. Binde JL. *Fé demais não cheira bem: análise do perfil e atuação da Frente Parlamentar Evangélica (2003-2014)*. [tese]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2018.
9. Carranza B. Evangélicos: um novo ator político. In: Guadalupe JLPe, Carranza B, organizadores. *Novo ativismo político no Brasil: os evangélicos no século XXI*. Rio de Janeiro: Konrad Adenauer; 2020. p. 171-92.
10. Duarte TS. A casa dos ímpios se desfará, mas a tenda dos retos florescerá: a participação da Frente Parlamentar Evangélica no Legislativo brasileiro. [dissertação]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2016.
11. Cunha CV. *Religião e política: uma análise da atuação de parlamentares evangélicos sobre direitos das mulheres e de LGBTs no Brasil*. Rio de Janeiro: Fundação Heinrich Boll; 2012.
12. Lacerda MB. *O novo conservadorismo brasileiro*. Porto Alegre: Zouk; 2019.
13. Biroli F. A reação contra o gênero e a democracia. *Nueva Societ*. 2019; (1):76-88.
14. Melo D. Bolsonarismo como fascismo do século XXI. In: Rubuá E, organizador. *(Neo)fascismos e educação: reflexões críticas sobre o avanço conservador no Brasil*. Rio de Janeiro: Morula; 2020. p. 12-46.
15. Costa AM, Pêgo RA, Saddi FC, et al. Saúde no Poder Legislativo: objeto, investigação e tendências. In: Teixeira CF, organizadora. *Observatório de análise política em saúde: abordagens, objeto e investigação*. Salvador: EDUFBA; 2016. p. 113-57.
16. Leal MC, Szwarcwald CL, Almeida PVB, et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciênc. saúde coletiva*. 2018; 23(6):1915-28.
17. Costa AM. Participação social na conquista das políticas de saúde das mulheres no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2009; 14(4):1073-83.
18. Corrêa S, Kalil I. *Brasil*. In: Corrêa S, organizadora. *Políticas antigênero em América Latina*. Rio de Janeiro: Abia; 2020.
19. Prandi R, Santos RW. Quem tem medo da bancada evangélica? Posição sobre a moralidade e política no eleitorado brasileiro, no Congresso Nacional e na Frente Parlamentar Evangélica. *Tempo soc*. 2017; 29(2):187-214.
20. Mattos MB. *Governo Bolsonaro: neofascismo e autocracia burguesa no Brasil*. São Paulo: Usina; 2020.

21. Souza Neto CP. Democracia em crise no Brasil: valores constitucionais, antagonismo político e dinâmica institucional. São Paulo: Contracorrente; 2020.
22. Teixeira CF, Paim JS. A crise mundial de 2008 e o golpe do capital na política de saúde no Brasil. *Saúde de debate*. 2018; 42(esp2):11-21.
23. Almeida R. A onda quebrada: evangélicos e o conservadorismo. *Cad. Pagu*. 2017; (50):e175001.
24. Brasil. Ministério da Educação, Coordenação de aperfeiçoamento do pessoal de nível superior. Tabela de áreas de conhecimento/avaliação. Gov.br. 2020 set 19. [acesso em 2023 fev 1]. Disponível em: <https://www.gov.br/capes/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/avaliacao/instrumentos/documentos-de-apoio-1/tabela-de-areas-de-conhecimento-avaliacao>.
25. Domingues JM. Crise da república e possibilidades de futuro. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017; 26(6):1747-1758.
26. Alencar GF. Um país laico com um governo terrivelmente cristão? *Interações*. 2019; 14(25):13-28.
27. Antunes Filho E, Pinezi AKM, Silva SJ. Conchavos, conflitos e conluios: a gestão do ano de 2013 da CDHM pelo Deputado e Pastor Marco Feliciano. *Estud. Relig.* 2019; 33(1):173-201.
28. Cabral AM. Existência evangélica e política do ressentimento: por uma crítica à sujeição religiosa. *Rev Esp Acad*. 2018; (18):17-33.
29. Camurça MA, Bahia J, Aguiar CF. Relações interétnicas, luta contra intolerância religiosa e produção de candidaturas no campo político: eleições municipais de São Gonçalo (RJ) de 2020. *Relig. Soc.* 2021; 41(3):75-97.
30. Carvalho CG. Experiências religiosas e dimensão espacial. *Mercator*. 2018; (17):e17006, 2018.
31. Catrinck IMO, Magalhães SAB, Cardoso ZS. Políticas públicas educacionais de gênero e diversidade sexual: avanços e retrocessos. Ver. FAEEBA: Ed. Contemp. 2020; 29(58):187-200.
32. Mauricio Júnior C. “Acordamos, somos cidadãos”: os evangélicos e a constituição ética de si na relação com o político. *Rev. Anthropol*. 2019; 30(1):99-135.
33. Luna N. A criminalização da “ideologia de gênero”: uma análise do debate sobre diversidade sexual na Câmara de Deputados em 2015. *Cad. Pagu*. 2017; (50):e175018.
34. Machado MDC. O discurso cristão sobre a ideologia de gênero. *Rev. Estud. Femin*. 2018; 26(2):1-18.
35. Miskolci R, Campana M. “Ideologia de gênero”: notas para a genealogia de um pânico moral contemporâneo. *Soc. Estado*. 2017; 32(3):725-47.
36. Miskolci R, Campana M. “Ideologia de gênero”: notas para a genealogia de um pânico moral contemporâneo. *Rev. Soc. Estad*. 2017; 32(3):725-47.
37. Oliveira FF. Governo Bolsonaro e apoio religioso como bandeira política. *rbhrAnpuh*. 2020; 13(37):137-60.
38. Passos JD. Uma teocracia pentecostal? Considerações a partir da conjuntura política atual. *Horizonte*. 2020; 18(57):1109-36.
39. Gonçalves RB, Pedra GM. O surgimento das denominações evangélicas no Brasil e a presença na política. *Diversid. Religiosa*. 2017; 7(2):69-100.
40. Poker JGAB, Moraes EE. Religião, esfera pública e o problema político: uma contribuição habermasiana. *Mediações*. 2018; 23(2):327-65.
41. Quintão GF. A nova direita cristã: alianças, estratégias e transfiguração do discurso religioso em torno do Projeto Cura Gay. *Estud. Sociol*. 2017; 22(42):53-71.
42. Melo S. Deus, a Bíblia e os evangélicos na Constituinte (1987-1988). *Rev. Caminhando*. 2018; 23(2):81-105.
43. Guedes-Neto JV. Voto e identificação partidária em 2018: ordenação social na política brasileira. *Opin. Pública*. 2020; 26(3):431-51.
44. Løland OJ. As condições políticas e os fundamentos

- teológicos da nova direita cristã no Brasil. *Rev Anthropol.* 2021; (25):32:46-75.
45. Pereira F, Goldstein A. Bolsonaro e os políticos evangélicos. *Em Tese.* 2021; 19(1):1-20.
46. Rodrigues-Silveira R, Cervi EU. Evangélicos e voto legislativo: diversidade confessional e voto em deputados da bancada evangélica. *Latin-Am. Res. Review.* 2019; 54(3):560-73.
47. Selka S. Candomblé revisitado. *Debates NER.* 2021; 21(40):61-88.
48. Souza Júnior PG, Souza CHP. Evangélicos e conservadorismo afinidades eletivas: as novas configurações da democracia no Brasil. *Horizonte.* 2020; 18(57):1188-25.
49. Natividade MT, Luna N. Religião, direitos humanos e política: balanço das temáticas e pesquisas. *Contemp.* 2020; 10(2):503-35.
50. Valle VSM. Direita religiosa e partidos políticos no Brasil: os casos do PRB e PSC. *Teoria Cult.* 2018; 13(2):85-100.
51. Mariano R. Neopentecostais: sociologia do novo pentecostalismo no Brasil. São Paulo: Loyola; 2014.
52. Lopes NA. A Frente Parlamentar Evangélica e sua atuação na Câmara dos Deputados. [dissertação]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2013.
53. Machado MDC. Pentecostais, sexualidade e família no Congresso Nacional. *Horizontes Antropol.* 2017; (47):351-80.
54. Hermida JF, Lira JS. Quando fundamentalismo religioso e mercado se encontram: as bases históricas, econômicas e políticas da escola sem partido. *Roteiro.* 2020; (45):1-32.
55. Leite V. Em defesa das crianças e da família: refletindo sobre os discursos acionados por atores conservadores em controvérsias públicas envolvendo gênero e sexualidade. *Sex. Salud Soc. (Rio J.).* 2019; (32):119-42.
56. Junqueira RD. A invenção da “ideologia de gênero”: a emergência de um cenário político discursivo e a elaboração de uma retórica reacionária antigênero. *Psicol. Polít.* 2018; 18(43):449-502.
57. Moreira J, Cesar MRA. Ideologia de gênero: uma metodologia para análise. *Educ. Real.* 2019; 44(4):e86456.
58. Miguel LF, Biroli F, Mariano R. O direito ao aborto no debate legislativo brasileiro: a ofensiva conservadora na Câmara dos Deputados. *Opin. Pública.* 2017; 23(1):230-60.
59. Quintão GF. A nova direita cristã: alianças, estratégias e transfiguração do discurso religioso em torno do Projeto Cura Gay. *Estud. Sociol.* 2017; 22(42):53-71.
60. Santos RM. A mobilização das questões de gênero e sexualidade e o fortalecimento da direita no Brasil. *Agen. Política.* 2020; 8(1):50-77.
61. Miranda APM. A “política dos terreiros” contra o racismo religioso e as políticas cristofascistas. *Debate NER.* 2021; (40):17-54.
62. Almeida R. Comentários do artigo A “política dos terreiros” contra o racismo religioso e as políticas cristofascistas de Ana Paula Miranda. *Debates NER.* 2021; 21(40):185-92.
63. Gonçalves RB, Pedra GM. O surgimento das denominações evangélicas no Brasil e a presença na política. *Divers. Relig.* 2017; 7(2):69-100.
64. Risério A. Em busca da nação. Rio de Janeiro: Top-Books; 2020.
65. Machado MDC. O neoconservadorismo cristão no Brasil e na Colômbia. In: Biroli F, Machado MDC, Vaggione JM. Gênero, neoconservadorismo e democracia. São Paulo: Boitempo; 2020. p. 83-132.
66. Vaggione JM. A restauração legal: o neoconservadorismo e o direito na América Latina. In: Biroli F, Machado MDC, Vaggione JM. Gênero, neoconservadorismo e democracia. São Paulo: Boitempo; 2020. p. 41-82.

67. Andrea DIP. Em nome de quem? A bancada evangélica e seu projeto de poder. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2018.
68. Mano MK, Macedo MS. Direitos reprodutivos, um dos campos de batalha do golpe. In: Argolo F, Rubim L, organizadoras. O golpe na perspectiva de gênero. Salvador: EDUFBA; 2018. p. 85-104.
69. Camurça MA. Um poder evangélico no Estado Brasileiro? Mobilização eleitoral, atuação parlamentar e presença no Governo Bolsonaro. *Rev NUPEM*. 2020; 12(25):82-104.
70. Silveira OS, Paim JS, Adrião KG. Os movimentos feministas e o processo da reforma sanitária no Brasil: 1975 a 1988. *Saúde debate*. 2019; 43(esp8):276-91.
71. Casimiro FHC. A Nova Direita: aparelhos de ação política e ideológica no Brasil contemporâneo. São Paulo: Expressão Popular; 2018.
72. Paim JS. Sujeitos da antítese e os desafios da práxis da Reforma Sanitária. In: Fleury S, organizadora. Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2018. p. 115-143.

Recebido em 15/07/2023

Aprovado em 16/04/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Maria Lucia Frizon Rizzotto

SAÚDE EM DEBATE

Diretrizes para autores

Instruções para preparação e submissão de artigos

ATUALIZADAS EM MAIO DE 2023

POLÍTICA EDITORIAL

A revista 'Saúde em Debate', criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) que tem como objetivo divulgar estudos, pesquisas e reflexões que contribuam para o debate no campo da saúde coletiva, em especial os que tratem de temas relacionados com a política, o planejamento, a gestão, o trabalho e a avaliação em saúde. Valorizamos os estudos feitos a partir de diferentes abordagens teórico-metodológicas e com a contribuição de distintos ramos das ciências.

A periodicidade da revista é trimestral, e, a critério dos editores, são publicados números especiais que seguem o mesmo processo de submissão e avaliação dos números regulares.

A 'Saúde em Debate' aceita trabalhos originais e inéditos que apótem contribuições relevantes para o conhecimento científico acumulado na área.

Os trabalhos submetidos à revista são de total e exclusiva responsabilidade dos autores e não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente.

A revista 'Saúde em Debate' conta com um Conselho Editorial que contribui para a definição de sua política editorial, revista periodicamente. Seus membros integram o Comitê Editorial e o banco de pareceristas em suas áreas específicas.

O título abreviado do periódico é **Saúde debate**, que deve ser usado em bibliografias, notas de rodapé, referências e legendas bibliográficas.

POLÍTICA DE PROPRIEDADE INTELECTUAL

Todo o conteúdo do *periódico*, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma Licença Creative Commons do tipo atribuição CC-BY 4.0. Esta informação está disponível na *homepage* do site e na primeira página de todos os artigos.

DIREITOS AUTORAIS

Em caso de aprovação e publicação do artigo no periódico, os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade da revista. Os

autores devem, no ato da submissão, preencher e assinar a Declaração de Responsabilidade e Cessão de Direitos Autorais conforme modelo: <https://saudeemdebate.org.br/sed/libraryFiles/downloadPublic/147>.

CUSTOS

É cobrada taxa de publicação no valor de R\$ 600,00 (**atualizado em junho de 2023**) para os artigos aprovados em qualquer seção da revista. Não cobramos taxas de submissão. Após a aprovação dos artigos os autores receberão *e-mail* orientando os procedimentos para o pagamento da taxa de publicação.

Artigo aprovado para editoração, em qualquer modalidade, fica sob a responsabilidade dos autores a revisão de línguas (obrigatória) e a tradução para a língua inglesa (opcional), com base em uma lista de revisores e tradutores indicados pela revista.

POLÍTICA DE ACESSO ABERTO

A revista 'Saúde em Debate' oferece acesso livre ao seu conteúdo, sem custos, seguindo o princípio de que disponibilizar gratuitamente o conhecimento científico ao público proporciona maior democratização deste conhecimento, adotando a Licença Creative Commons do tipo atribuição CC-BY 4.0.

Todo o conteúdo da revista está disponível para que qualquer pessoa leia, baixe, copie, imprima, compartilhe, reutilize e distribua, com a devida citação da fonte e autoria. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores. A reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, deve ter a prévia autorização dos editores da revista.

POLÍTICA DE INCENTIVO À CIÊNCIA ABERTA

Preprint

A 'Saúde em Debate' aceita artigos em *preprints* de bases de dados nacionais e internacionais reconhecidas academicamente como o SciELO *preprints*. Não é obrigatória a submissão do artigo em *preprint* e isso não impede a submissão concomitante à revista 'Saúde em Debate'. No caso de submissão em *preprint* o autor deve informar à revista o número DOI atribuído e o nome do servidor onde foi depositado.

Compartilhamento de dados

A revista 'Saúde em Debate' incentiva o compartilhamento de dados. Para efetuar o depósito de Dados de Pesquisa, os autores devem escolher o repositório de Acesso Aberto que considerarem mais adequado para compartilhar seus dados e fazer o depósito. Informações sobre compartilhamento de dados em repositórios públicos podem ser encontradas em: <https://data.scielo.org/>.

Com base nos critérios da Ciência Aberta, solicitamos aos autores o preenchimento do Formulário sobre Conformidade com a Ciência Aberta – SciELO (modelo anexo), que deve ser anexado ao sistema da revista no momento da submissão do manuscrito como ‘Componentes do artigo – Documento complementar’.

POLÍTICA DE ÉTICA E INTEGRIDADE EM PESQUISA

A revista adota as ‘Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas’ – International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), ‘Princípios de Transparência e Boas Práticas em Publicações Acadêmicas’ recomendadas pelo Committee on Publication Ethics (COPE): www.publicationethics.org. Essas recomendações, relativas à integridade e padrões éticos na condução e no relatório de pesquisas, estão disponíveis em http://www.icmje.org/urm_main.html. A ‘Saúde em Debate’ segue o ‘Guia de Boas Práticas para o Fortalecimento da Ética na Publicação Científica’ do SciELO. Recomenda-se a leitura pelos autores.

Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

A publicação de artigos com resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsink, de 1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008, da Associação Médica Mundial; além de atender às legislações específicas do país no qual a pesquisa foi realizada, quando houver.

Os artigos com pesquisas que envolveram seres humanos devem deixar claro, no último parágrafo, na seção de ‘Material e métodos’, o cumprimento dos princípios éticos, número da aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e encaminhar cópia do parecer de aprovação no ato da submissão.

Política anti-plágio

A revista ‘Saúde em Debate’ adota as diretrizes, orientações e fluxos recomendados pelo Committee on Publication Ethics – COPE <http://publicationethics.org/>.

Ao serem recebidos os manuscritos passam por *softwares* detectores de plágio. É possível que os autores sejam questionados sobre informações identificadas pela ferramenta para que garantam a originalidade dos manuscritos, referenciando todas as fontes de pesquisa utilizadas. O plágio é um comportamento editorial inaceitável, dessa forma, caso seja comprovada a existência de semelhanças com outros textos já publicados o manuscrito será excluído do processo de avaliação.

Conflito de interesses

Os autores devem informar sobre relações que podem estabelecer conflito de interesses financeiro e/ou de filiação ao assinarem a Declaração de Responsabilidade e Cessão de Direitos Autorais.

Autoria e contribuição

A revista aceita, no máximo, sete autores por artigo. As informações de todos os autores devem ser incluídas no formulário de submissão em: ‘Inserir Metadados – Lista de Coautores – Incluir coautor’, contendo: nome completo, instituições de vínculo com até três hierarquias, código Orcid (Open Researcher and Contributor ID) e e-mail. As pessoas designadas como autores devem ter participado substancialmente da elaboração do manuscrito e assumir responsabilidade pelo seu conteúdo.

Na submissão do manuscrito, todos os autores devem preencher e assinar a Declaração de Responsabilidade e Cessão de Direitos Autorais colocando o nome por extenso e a sua contribuição detalhada conforme recomendado pelo International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE):

- a) para concepção ou desenho do trabalho;
- b) para coleta, análise e interpretação dos dados;
- c) para redação do artigo ou em sua revisão crítica;
- d) para aprovação final da versão a ser publicada.

As informações sobre a participação de cada autor, com respectivo Orcid, constarão no artigo, no item ‘Colaboradores’, localizado antes das referências.

Financiamento

Em trabalhos científicos financiados, os autores devem enviar a informação à revista sobre a fonte de financiamento, com registro do número do processo. A revista ‘Saúde em Debate’ atende à Portaria nº 206 de 2018 do Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre citação obrigatória da Capes para obras produzidas ou publicadas, em qualquer meio, decorrentes de atividades financiadas total ou parcialmente pela Capes.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO

O processo de avaliação dos textos científicos submetidos à revista ‘Saúde em Debate’, em qualquer das modalidades previstas, é submetido a revisão por pares (*peer review*), sendo o mérito acadêmico o critério utilizado em todas as fases da avaliação. Procuramos promover a inclusão, diversidade e equidade. Nenhum artigo será liminarmente recusado com base em características dos autores como raça, religião, orientação sexual, crença política ou qualquer outro aspecto depreciativo.

Todo original recebido pela revista ‘Saúde em Debate’ é submetido à análise técnica prévia para identificar cumprimento das normas da revista. Os trabalhos não conformes às normas de

publicação da revista são devolvidos aos autores para adequação e nova submissão.

Uma vez cumpridas integralmente as normas da revista, os originais são apreciados pelo editor-chefe e por editores associados, que avaliam a originalidade, abrangência, atualidade e atendimento à política editorial da revista. Os trabalhos aprovados nesta etapa de pré-avaliação, são encaminhados ao editor associado que indicará dois pareceristas, levando em consideração o tema do trabalho e sua *expertise*, os quais poderão aprovar, recusar e/ou fazer recomendações de alterações aos autores. Caso haja divergência de pareceres, o trabalho será encaminhado a um terceiro parecerista. Da mesma forma, os editores podem, a seus critérios, emitir um terceiro parecer. Cabe aos pareceristas recomendar a aceitação, recusa ou reformulação dos trabalhos. No caso de solicitação de reformulação, os autores devem devolver o trabalho revisado dentro do prazo estipulado. Não havendo manifestação dos autores no prazo definido, o trabalho será excluído do sistema.

O Comitê Editorial possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como sobre as alterações efetuadas.

Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final do trabalho. Eventuais sugestões de modificações de estrutura ou de conteúdo por parte da editoria da revista serão previamente acordadas com os autores por meio de comunicação por *e-mail*.

A versão diagramada (prova de prelo) será enviada, por *e-mail*, aos autores para revisão final, que deverão devolver no prazo estipulado.

Ao final do artigo constará informações sobre: data de recebimento, data de aprovação, suporte financeiro e conflito de interesses.

ORIENTAÇÕES PARA A PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DOS TRABALHOS

Os trabalhos devem ser submetidos pelo *site*: www.saudeemdebate.org.br. Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão criará seu *login* e senha, para o acompanhamento do trâmite.

Modalidades de textos aceitos para publicação

Artigo original: resultado de investigação empírica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter no máximo 6.000 palavras.

Ensaio: análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e/ou internacional. O texto deve conter no máximo 7.000 palavras.

Revisão sistemática ou integrativa: revisões críticas da literatura sobre tema atual da saúde. A revisão sistemática sintetiza rigorosamente pesquisas relacionadas com uma questão. A

integrativa fornece informações mais amplas sobre o assunto. O texto deve conter no máximo 8.000 palavras.

Artigo de opinião: exclusivo para autores convidados pelo Comitê Editorial, com tamanho máximo de 7.000 palavras.

Relato de experiência: descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com até 5.000 palavras que aportem contribuições significativas para a área.

Resenha: resenhas de livros de interesse para a área da saúde coletiva, a critério do Comitê Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, com tamanho de até 1.200 palavras. A capa em alta resolução deve ser enviada pelo sistema da revista.

Entrevista: texto produzido no mínimo por duas pessoas no qual o entrevistado é sempre o primeiro autor, com no máximo 7.000 palavras.

Documento e depoimento: trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Comitê Editorial.

Importante: em todos os casos, o número máximo de palavras inclui o corpo do artigo e as referências. Não inclui título, resumo, palavras-chave, tabelas, quadros, figuras e gráficos.

Preparação e submissão do texto

O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês. Deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx, para ser anexado no campo correspondente do formulário de submissão. Não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições a que se vinculem.

Digitar em folha padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.

O texto deve conter

Na primeira página:

Título: que expresse clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo, no máximo, 15 palavras. O título deve ser escrito em negrito, apenas com iniciais maiúsculas para nomes próprios. O texto em português e espanhol deve ter título na língua original e em inglês. O texto em inglês deve ter título em inglês e português.

Resumo: em português e inglês ou em espanhol e inglês com, no máximo 200 palavras, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho. Deve ser não estruturado, sem empregar tópicos (introdução, métodos, resultados

etc.), citações ou siglas, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.

Palavras-chave: ao final do resumo, incluir de três a cinco palavras-chave, separadas por ponto (apenas a primeira inicial maiúscula), utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: www.decs.bvs.br.

Registro de ensaios clínicos: a 'Saúde em Debate' apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos. Nesse sentido, as pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: <http://www.icmje.org>. Nestes casos, o número de identificação deverá constar ao final do resumo.

No corpo do texto:

Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, este deve contemplar elementos convencionais, como:

Introdução: com definição clara do problema investigado, justificativa e objetivos.

Material e métodos: descritos de forma objetiva e clara, permitindo a reprodutibilidade da pesquisa. Caso ela envolva seres humanos, deve ficar registrado o número do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Resultados e discussão: podem ser apresentados juntos ou em itens separados.

Conclusões ou considerações finais: que depende do tipo de pesquisa realizada.

Referências: devem constar somente autores citados no texto e seguir os Requisitos Uniformes de Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas, do ICMJE, utilizados para a preparação de referências (conhecidos como 'Estilo de Vancouver'). Para maiores esclarecimentos, recomendamos consultar o 'Manual de Normalização de Referências' elaborado pela editoria do Cebes.

Para contribuir com a qualificação e divulgação da revista recomendamos que sejam utilizados artigos publicados pela própria revista.

OBSERVAÇÕES

A revista não utiliza sublinhados e negritos como grifo. Utilizar aspas simples para chamar a atenção de expressões ou títulos de

obras. Exemplos: 'porta de entrada'; 'Saúde em Debate'. Palavras em outros idiomas devem ser escritas em itálico, com exceção de nomes próprios.

Evitar o uso de iniciais maiúsculas no texto, com exceção das absolutamente necessárias.

Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico e entre aspas duplas no corpo do texto (se menores que três linhas). Se forem maiores que três linhas, devem ser escritos em itálico, sem aspas, destacados do texto, com recuo de 4 cm, espaço simples e fonte 11.

Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrecritas e sequenciais.

Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes que compõem o texto.

O número de figuras, gráficos, quadros ou tabelas deverá ser de, no máximo, cinco por texto (com no máximo duas laudas cada). As figuras, gráficos, quadros e tabelas devem estar em formato aberto/editável, não retirar de outros arquivos. No caso de figuras como por exemplo, fotografias, desenhos e mapas, enviar em alta resolução (no mínimo 300 DPIs), em preto e branco ou escala de cinza. Devem ser submetidos em arquivos separados do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo (devem ser numerados e conter título e fonte). No texto, apenas identificar o local onde serão inseridos.

Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

ERRATA:

Após a publicação do artigo, caso haja necessidade de retratações, erratas ou modificações o autor deve entrar em contato por meio do e-mail da revista (revista@saudeemdebate.org.br). A revista segue os procedimentos indicados no 'Guia para registro e publicação de errata' do SciELO.

RECLAMAÇÕES E RECURSOS:

Os autores têm direito de pedir explicações, se perceberem má conduta em quaisquer políticas que envolvam éticas de publicação da revista. A reclamação deve ser feita por meio de carta, enviada ao editor pelo e-mail revista@saudeemdebate.org.br. Recebida a reclamação, inicia-se processo de investigação, pela equipe executiva da revista, sob orientação do editor-chefe. Ao final da apuração, elaborará-se relatório e encaminha-se, por e-mail, a resposta ao interessado com a decisão tomada.

Acreditamos que as reclamações contribuem para a melhoria do processo de avaliação, tempo de processamento e publicação dos manuscritos submetidos à revista.

DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEVEM SER DIGITALIZADOS E ENVIADOS PELO SISTEMA DA REVISTA NO MOMENTO DO CADASTRO DO ARTIGO

1. Declaração de Responsabilidade e Cessão de Direitos Autorais

Todos os autores devem preencher e assinar a declaração conforme modelo disponível em: <https://saudeemdebate.org.br/sed/libraryFiles/downloadPublic/147>.

2. Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

No caso de pesquisas que envolvam seres humanos, realizadas no Brasil, anexar documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. No caso de instituições que não disponham de um CEP, deverá ser apresentado o documento do CEP pelo qual ela foi aprovada. Pesquisas realizadas em outros países, anexar declaração indicando o cumprimento integral dos princípios éticos e das legislações específicas.

3. Formulário sobre Conformidade com a Ciência Aberta - SciELO

Os autores devem preencher o formulário: <https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Formulario-de-Conformidade-Ciencia-Aberta.docx>, e anexar ao sistema da revista como 'Componentes do artigo - Documento complementar'.

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA A SER ENVIADA APÓS A APROVAÇÃO DO ARTIGO

1. Declaração de revisão ortográfica e gramatical

Os artigos aprovados deverão passar por revisão ortográfica e gramatical feita por profissional qualificado, com base em uma lista de revisores indicados pela revista. O artigo revisado deve vir acompanhado de declaração do revisor.

2. Declaração de tradução

Os artigos aprovados poderão ser traduzidos para o inglês a critério dos autores. Neste caso, a tradução será feita por profissional qualificado, com base em uma lista de tradutores indicados pela revista. O artigo traduzido deve vir acompanhado de declaração do tradutor.

POLÍTICA DE PRIVACIDADE

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

A revista utiliza o *software* OJS (Open Journal Systems) para avaliação de seus manuscritos. Este sistema prevê o *backup* de todo conteúdo registrado. Além disso, a 'Saúde em Debate' encontra-se disponível nos acervos digitais da empresa Docpro desde seu primeiro número, lançado em 1976 <http://www.docvirt.com/asp/saudeemdebate/default.asp>.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Avenida Brasil, 4.036, sala 802

Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil - CEP 21040-361

E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

SAÚDE EM DEBATE

(HEALTH IN DEBATE)

Authors' Guidelines

Instructions for preparing and submitting articles

UPDATED MAY 2023

EDITORIAL POLICY

The 'Saúde em Debate' (Health in Debate) journal was created in 1976 and is a Brazilian Center for Health Studies (CEBES) publication. This Center aims to disseminate studies, research, and reflections that contribute to the debate in the field of collective health, especially those that address issues related to health policy, planning, management, work, and evaluation. We value studies based on different theoretical-methodological approaches and with contributions from different branches of science.

The journal is published quarterly, and, at the editors' discretion, special issues that follow the same submission and evaluation process as the regular issues are published. 'Saúde em Debate' accepts original and unpublished works that make relevant contributions to the scientific knowledge accumulated in the field.

The authors are entirely and exclusively responsible for the papers submitted to the Journal and may not submit their papers simultaneously to another journal in whole or in part. 'Saúde em Debate' has an Editorial Board that contributes to the definition of its editorial policy, reviewed periodically. Its members are part of the Editorial Committee and the base of reviewers in their specific areas.

The abbreviated title of the Journal is **Saúde debate**, which should be used in bibliographies, footnotes, references, and bibliographic captions.

INTELLECTUAL PROPERTY POLICY

Except where noted, all the Journal's content is licensed under a Creative Commons Attribution License CC-BY 4.0. This information is available on the site's homepage and the first page of all articles.

COPYRIGHT

In case of approval and publication of the article in the Journal, its copyright will become the property of the Journal. Authors must, upon submission, complete and sign a Declaration of Liability and Cessation of Copyright according to the following model: <https://saudeemdebate.org.br/sed/libraryFiles/downloadPublic/148>.

FEES

A publication fee of BRL 600.00 (**updated in June 2023**) is charged for articles approved in any section of the Journal. We do not charge submission fees. After approval of the articles, the authors will receive an e-mail with instructions on the procedures for paying the publication fee.

The authors with an article approved for publishing in any modality are responsible for language revision (mandatory) and translation into English (optional) based on a list of reviewers and translators indicated by the Journal.

OPEN ACCESS POLICY

The 'Saúde em Debate' journal offers free access to its content, following the principle that making scientific knowledge freely available to the public provides greater democratization of this knowledge, adopting the Creative Commons License type BY attribution (CC-BY 4.0).

All of the Journal's content is available for anyone to read, download, copy, print, share, reuse, and distribute, with proper citation of the source and authorship. In these cases, no permission is required from the authors or publishers. The Journal's editors must previously authorize the total or partial reproduction by any means of dissemination.

OPEN SCIENCE INCENTIVE POLICY

Preprint

'Saúde em Debate' accepts articles in preprints from academically recognized national and international databases such as SciELO preprints. Submitting the article in preprint is not mandatory, and this does not prevent the simultaneous submission to the 'Saúde em Debate' journal. In the case of submission in preprint, the author must inform the Journal of the assigned DOI number and the server's name where it was deposited.

Data sharing

The 'Saúde em Debate' journal encourages data sharing. To deposit Research Data, authors must choose the Open Access repository they consider most suitable for sharing their data and make the deposit. Information on data sharing in public repositories can be found at: <https://data.scielo.org>.

Based on Open Science criteria, authors are asked to complete the Open Science Compliance Form – SciELO (model enclosed), which must be attached to the Journal's system upon submitting the manuscript as 'Article components – Supplementary document'.

RESEARCH ETHICS AND INTEGRITY POLICY

The Journal adopts the 'Standards for the presentation of articles proposed for publication in medical journals' - International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) and the Principles of Transparency and Best Practice in Scholarly Publishing recommended by the Committee on Publication Ethics (COPE) www.publicationethics.org. These integrity and ethical standards recommendations in conducting and reporting research are available at http://www.icmje.org/urm_main.html. 'Saúde em Debate' follows SciELO 'Guidelines on Best Practices for Strengthening Ethics in Scientific Publication'. We recommend the authors to read them.

Human research ethics

The publication of articles with human research results is subject to compliance with the ethical principles of the Declaration of Helsinki of 1964, reformulated in 1975, 1983, 1989, 1996, 2000, and 2008 by the World Medical Association. It also complies with the specific legislation of the country where the research was conducted, wherever applicable.

In the last paragraph, human research articles must make clear compliance with the ethical principles in the 'Material and methods' section, mention the Research Ethics Committee (CEP) approval number, and forward a copy of the approval opinion upon submission.

Anti-plagiarism policy

The 'Saúde em Debate' journal adopts the guidelines, instructions, and flows recommended by the Committee on Publication Ethics - COPE <http://publicationethics.org/>.

Upon receipt, manuscripts are submitted to plagiarism detector software. The authors may be asked about information identified by the tool to ensure the originality of the manuscripts, referencing all the research sources used. Plagiarism is unacceptable editorial behavior. Thus, if any similarities with other published texts are proven, the manuscript will be excluded from the evaluation process.

Conflict of interests

When signing the Declaration of Liability and Cessation of Copyright, authors must report on relationships that may establish a financial or affiliation conflict of interest.

Authorship and contribution

The journal accepts a maximum of seven authors per article. Information on all authors must be included in the submission form at: 'Enter Metadata - List of Contributors - Add Contributor', containing full name, affiliation institutions with up to three hierarchies, Orcid code (Open Researcher and Contributor ID), and e-mail. Individuals designated as authors must have substantially participated

in the preparation of the manuscript and assume responsibility for its content.

Upon submission of the manuscript, all authors must complete and sign the Declaration of Liability and Cessation of Copyright - writing the full name and their detailed contribution as recommended by the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE):

- a) in the work conception or design;
- b) in the data collection, analysis, and interpretation;
- c) in the article's drafting or its critical review;
- d) in the final approval of the version to be published.

Information about the participation of each author, with the respective Orcid, will appear in the article in the item 'Collaborators' before the 'References'.

Funding

In financed scientific works, the authors must send the information to the Journal about the funding source, with the process registration number. 'Saúde em Debate' complies with Ordinance N° 206 of 2018 of the Ministry of Education/Foundation Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel/Office on mandatory citation of CAPES for works produced or published in any medium, resulting from activities totally or partially financed by CAPES.

EVALUATION PROCESS

The evaluation process of scientific texts submitted to the 'Saúde em Debate' journal, in any of the modalities provided, is submitted to peer review, and academic merit is the criterion adopted in all evaluative stages. We seek to promote inclusion, diversity, and equity. No article will be outright rejected based on characteristics of the authors, such as race, religion, sexual orientation, political belief, or any other derogatory aspect.

Every manuscript the 'Saúde em Debate' journal receives is submitted to prior technical analysis to identify compliance with the Journal's rules. Works that do not comply with the Journal's publication standards are returned to the authors for adaptation and new submission.

Once the Journal's norms are fully complied with, the editor-in-chief and associate editors appreciate the originals, who assess the originality, scope, timeliness, and compliance with the Journal's editorial policy. Papers approved in this pre-assessment stage are forwarded to the associate editor, who will appoint two reviewers, considering the paper's topic and expertise, who may approve, reject, or make recommendations for changes to the authors. Any opinion

divergence will require the work to be forwarded to a third reviewer. Editors may, at their discretion, issue a third opinion. The referees will recommend accepting, refusing, or reformulating the works submitted. In the case of reformulation, the authors must return the revised work within the stipulated period, after which the work will be excluded from the system.

The Editorial Committee has full authority to decide on the final acceptance of the work and the changes made.

Additions or modifications will not be accepted after the final approval of the work. Eventual suggestions for changes in structure or content by the Journal's editors will be previously agreed upon with the authors through e-mail communication. The formatted version (press proof) will be sent by e-mail to the authors for final review, and authors must return it within the stipulated period.

The end of the article will include information about the date of receipt, approval, financial support, and conflict of interest.

GUIDELINES FOR THE PREPARATION AND SUBMISSION OF WORKS

Papers must be submitted through the website: www.saudeemdebate.org.br. After registration, the author responsible for the submission will create a login and password to monitor the procedure.

Types of texts accepted for publication

Original article: The result of empirical research that can be generalized or replicated. The text must contain a maximum of 6,000 words.

Essay: A critical analysis of a specific topic of relevance and interest in the context of Brazilian or international health policies. The text must contain a maximum of 7,000 words.

Systematic or integrative review: Critical reviews of the literature on current health issues. A systematic review rigorously synthesizes research related to an issue. The integrative provides broader information on the subject. The text must contain a maximum of 8,000 words.

Opinion article: Exclusively for authors invited by the Editorial Committee, with a maximum length of 7,000 words.

Case study: Description of academic, care, or extension experiences, with up to 5,000 words that significantly contribute to the field.

Critical review: Reviews of books of interest to public health at the discretion of the Editorial Committee. The texts must present an overview of the work's content, its theoretical

assumptions, and the public to which it is addressed, with a length of up to 1,200 words. The high-resolution cover must be submitted through the Journal's system.

Interview: Text produced by at least two people in which the respondent is always the first author, with a maximum of 7,000 words.

Document and testimonial: Works referring to themes of historical or situational interest at the discretion of the Editorial Committee.

Important: in all cases, the maximum number of words includes the article body and the references. It does not include title, abstract, keywords, tables, boxes, figures, and graphs.

Text preparation and submission

The text can be written in Portuguese, Spanish, or English. It must be typed in Microsoft® Word or compatible, saved in doc or docx format, to be attached to the submission form's corresponding field. It should not contain any information that identifies the authors or institutions to which they are affiliated.

Type on a standard A4 sheet (210X297mm), 2.5 cm margins on each of the four sides, Times New Roman font size 12, 1.5 line spacing.

The text should include

On the first page:

Title: that clearly and succinctly expresses the text content, containing a maximum of 15 words. The title must be in bold, with capital letters only for proper names. The text in Portuguese and Spanish must have a title in the original language and English. The text in English must have a title in English and Portuguese.

Abstract: in Portuguese and English or in Spanish and English, with a maximum of 200 words, in which the objectives, the method used, and the work's main conclusions are clear. Except for internationally recognized abbreviations, it must be unstructured, without using topics (introduction, methods, and results), citations, or acronyms.

Keywords: at the end of the abstract, include three to five keywords, separated by a period (only the first initial capitalized), using the terms listed in the structured vocabulary (DeCS), available at: www.decs.bvs.br.

Registration of clinical trials: 'Saúde em Debate' supports the policies for registering clinical trials of the World Health Organization (WHO) and the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), thus recognizing their importance for registration and international dissemination of clinical trial information. In this

sense, clinical trials must contain the identification number in one of the registers of clinical trials validated by the WHO and ICMJE, available at: <http://www.icmje.org>. In these cases, the identification number must appear at the end of the abstract.

In the text body:

The style and creativity of the authors are respected for text composition of the text. However, the text must include conventional elements, such as:

Introduction: with a clear definition of the investigated problem, justification, and objectives.

Material and methods: described objectively and clearly, allowing research reproducibility. The number of the Research Ethics Committee (CEP) approval opinion must be registered if it involves human beings.

Results and discussion: can be presented together or in separate items.

Conclusions or final considerations: which depend on the research type.

References: should contain only authors cited in the text and follow ICMJE's Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals used to prepare references (known as 'Vancouver Style'). For further clarification, we recommend accessing the Reference Standardization Manual prepared by CEBES editors.

We recommend using articles published by the Journal to contribute to the Journal's qualification and dissemination.

OBSERVATIONS

The Journal does not use underlines and bold for emphasis. Use single quotation marks to draw attention to expressions or titles of works. Examples: 'gateway'; 'Saúde em Debate'. Words in other languages must be written in italics, except for proper names.

Avoid using capital letters in the text, except for those absolutely necessary. Testimonials from subjects should be in italics and double quotation marks in the text body (if shorter than three lines). If they are longer than three lines, they must be written in italics, without quotation marks, highlighted from the text, with a 4 cm indent, single space, and 11 font.

Do not use footnotes in the text. Footnote markings, when absolutely essential, should be superscripted and sequential.

Avoid data or information repetition in the different parts of the text.

The maximum number of figures, graphs, boxes, or tables is five (with a maximum of two pages each). Figures, graphs, boxes, and tables must be in an open/editable format, not taken from other files. Figures such as photographs, drawings, and maps should be sent in high resolution (at least 300 DPIs), in black and white or grayscale. They must be submitted in separate files from the text, one by one, following their sequential order in the study (they must be numbered and contain title and source). Please identify the place where they should be inserted in the text.

In the case of photos, the subjects can only be identified if they so authorized in writing for scientific dissemination purposes.

ERRATA:

Any retraction, errata, or modifications after the article's publication must be informed by the author to the Journal by e-mail at revista@saudeemdebate.org.br. The Journal follows the procedures indicated in the SciELO 'Guide for registering and publishing errata'.

COMPLAINTS AND APPEALS:

Authors can ask for explanations if they identify misconduct in the Journal's publication ethics policies. Complaints must be made in writing, with a letter sent to the editor by e-mail at revista@saudeemdebate.org.br. Once the complaint is received, the investigation process begins by the Journal's Executive team under the guidance of the Editor-in-Chief. A report is prepared at the end of the investigation, and a response is sent by e-mail to the interested party with the decision taken.

Complaints improve the evaluation process, processing time, and publication of manuscripts submitted to the Journal.

DOCUMENTS LISTED BELOW MUST BE SCANNED AND SENT THROUGH THE JOURNAL'S SYSTEM UPON ARTICLE REGISTRATION

1. Declaration of Liability and Cessation of Copyright

All authors must complete and sign the declaration per the model available at: <https://revista.saudeemdebate.org.br/sed/libraryFiles/downloadPublic/148>.

2. Research Ethics Committee (CEP) Approval Opinion

In the case of human research conducted in Brazil, attach the document of research approval by the Research Ethics Committee of the institution where the work was performed. If institutions do not have a CEP, the CEP document by which it was approved must be presented. Regarding research conducted in

other countries, attach a statement indicating full compliance with ethical principles and specific legislation.

3. Open Science Compliance Form – SciELO

Authors must complete the form: https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Open-Science-Compliance-Form_en.docx, and attach it to the Journal system as 'Article components – Supplementary document'.

MANDATORY DOCUMENTATION TO BE FORWARDED AFTER ARTICLE APPROVAL

1. Spelling and Grammar Review Declaration

Approved articles must undergo a spelling and grammatical review by a qualified professional based on the Journal's accredited reviewers. The reviewer's declaration must accompany the revised article.

2. Translation Declaration

Approved articles may be translated into English at the discretion of the authors. In this case, the translation will be performed by a qualified professional based on a list of translators accredited by the Journal. The translator's declaration must accompany the translated article.

PRIVACY POLICY

The names and addresses informed in this journal will be used exclusively for the services provided by this publication. They shall not be made available for other purposes or to third parties.

The journal employs the OJS (Open Journal Systems) software to evaluate its manuscripts. This system provides for the backup of all registered content. Furthermore, 'Saúde em Debate' has been available in the digital collections of the company Docpro since its first issue launched in 1976 (<http://www.docvirt.com/asp/saudeemdebate/default.asp>).

ADDRESS FOR CORRESPONDENCE

Avenida Brasil, 4.036, sala 802

Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brazil – CEP 21040-361

E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

SAÚDE EM DEBATE

(SALUD EN DEBATE)

Directrices para los autores

Instrucciones para preparar y enviar artículos

ACTUALIZADO EN MAYO 2023

POLÍTICA EDITORIAL

La revista 'Saúde em Debate' (Salud en Debate), creada en 1976, es una publicación del Centro Brasileño de Estudios de Salud (Cebes) que tiene como objetivo difundir estudios, investigaciones y reflexiones que contribuyan al debate en el campo de la salud colectiva, especialmente aquellos que tratan de temas relacionados con la política, la planificación, la gestión, el trabajo y la evaluación en salud. Valoramos estudios basados en diferentes enfoques teórico-metodológicos y con aportes de diferentes ramas de la ciencia.

La periodicidad de la revista es trimestral y, a criterio de los editores, se publican números especiales que siguen el mismo proceso de envío y evaluación que los números regulares.

La 'Saúde em Debate' acepta trabajos originales e inéditos que hagan aportes relevantes al conocimiento científico acumulado en el área.

Los trabajos enviados a la revista son de plena y exclusiva responsabilidad de los autores y no pueden ser enviados simultáneamente a otra revista, total o parcialmente.

La revista 'Saúde em Debate' cuenta con un Consejo Editorial que contribuye para la definición de su política editorial, revisada periódicamente. Sus miembros forman parte del Comité Editorial y del banco de revisores en sus áreas específicas.

El título abreviado de la revista es Saúde debate, que debe ser utilizado en bibliografías, notas a pie, referencias y leyendas bibliográficas.

POLÍTICA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Todo el contenido de la revista, excepto donde se indique, tiene una licencia de Creative Commons Attribution License CC-BY 4.0. Esta información está disponible en la homepage del sitio web y en la primera página de todos los artículos.

DERECHOS DE AUTOR

En caso de aprobación y publicación del artículo en la revista, los derechos de autor referentes al mismo se convertirán en propiedad

de la revista. Los autores deben, en el momento del envío, completar y firmar la Declaración de Responsabilidad y Cesión de Derechos de Autor según el modelo: <https://revista.saudeemdebate.org.br/sed/libraryFiles/downloadPublic/149>.

COSTES

Se cobra una tasa de publicación de BRL 600,00 (**actualizada en junio de 2023**) para los artículos aprobados en cualquier sección de la revista. No cobramos tarifas de envío. Tras la aprobación de los artículos, los autores recibirán un correo electrónico instruyendo acerca de los procedimientos para el pago de la tasa de publicación.

Una vez aprobado para publicación, en cualquier modalidad, es de responsabilidad de los autores la revisión idiomática (obligatoria) y la traducción al inglés (opcional), según una lista de revisores y traductores indicados por la revista.

POLÍTICA DE ACCESO ABIERTO

La revista 'Saúde em Debate' ofrece acceso libre a su contenido, sin coste, siguiendo el principio de que poner el conocimiento científico a disposición del público de manera gratuita proporciona una mayor democratización de ese conocimiento, adoptando la Licencia Creative Commons tipo CC-BY4.0.

Todo el contenido de la revista está disponible para que cualquiera lo lea, descargue, copie, imprima, comparta, reutilice y distribuya, con la debida mención de la fuente y la autoría. En estos casos, no se requiere ningún tipo de permiso de los autores o editores. La reproducción total o parcial en cualquier medio de difusión, debe contar con la autorización previa de los editores de la revista.

POLÍTICA DE INCENTIVOS A LA CIENCIA ABIERTA

Preimpresión

La 'Saúde em Debate' acepta artículos en preprints de bases de datos nacionales e internacionales reconocidas académicamente como SciELO preprints. El envío del artículo en preprint no es obligatorio y esto no impide el envío simultáneo a la revista 'Saúde em Debate'. En el caso de envío en preprint, el autor deberá informar a la revista el número DOI asignado y el nombre del servidor donde fue depositado.

Intercambio de datos

La revista 'Saúde em Debate' fomenta el intercambio de datos. Para depositar Datos de Investigación, los autores deben elegir el repositorio de Acceso Abierto que consideren más adecuado para compartir sus datos y realizar el depósito. Se encuentra información acerca de cómo compartir datos en repositorios públicos en: <https://data.scielo.org/>.

Basado en los criterios de Ciencia Abierta, se solicita a los autores completar el Formulario sobre Conformidad con la Ciencia abierta - SciELO (modelo adjunto), que debe adjuntarse al sistema de la revista al momento de enviar el manuscrito como 'Componentes del artículo - Documento adicional'.

POLÍTICA DE ÉTICA E INTEGRIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

La revista adopta los 'Estándares para la presentación de artículos propuestos para publicación en revistas médicas' - International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), 'Principios de Transparencia y Buenas Prácticas en Publicaciones Académicas' recomendados por el Committee on Publication Ethics (COPE): www.publicationethics.org. Tales recomendaciones, con respecto a la integridad y los estándares éticos en la realización y presentación de informes de investigación, están disponibles en la URL http://www.icmje.org/urm_main.html. La 'Saúde em Debate' sigue la 'Guía de Buenas Prácticas para el Fortalecimiento de la Ética en la Publicación Científica' de SciELO: <https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Guia-de-Buenas-Practicas-para-el-Fortalecimiento-de-la-Etica-en-la-Publicacion-Cientifica.pdf>. Lectura recomendada para los autores.

Ética en la investigación con seres humanos

La publicación de artículos con resultados de investigación que involucren a seres humanos está sujeta al cumplimiento de los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki, de 1964, reformulada en 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 y 2008, de la Asociación Médica Mundial; además de cumplir con la legislación específica del país en el que se realizó la investigación, si la hubiere.

Los artículos con investigaciones que involucren seres humanos deben aclarar, en el último párrafo, en la sección 'Material y métodos', el cumplimiento de los principios éticos, el número de aprobación por el Comité de Ética en Investigación (CEP) y enviar una copia del dictamen de aprobación en el envío.

Política antiplagio

La revista 'Saúde em Debate' adopta las directrices, orientaciones y flujos recomendados por el Committee on Publication Ethics - COPE <http://publicationethics.org/>.

Una vez recibidos, los manuscritos pasan por un *software* detector de plagio. Es posible que se pregunte a los autores sobre informaciones identificadas por la herramienta para garantizar la originalidad de los manuscritos, referenciando todas las fuentes de investigación utilizadas. El plagio es un comportamiento editorial inaceptable, por lo tanto, si se comprueba la existencia de similitudes con otros textos ya publicados, el manuscrito será excluido del proceso de evaluación.

Conflicto de intereses

Los autores deben informar sobre las relaciones que puedan establecer un conflicto de interés económico y/o de afiliación al firmar la Declaración de Responsabilidad y Cesión de Derechos de Autor.

Autoría y contribución

La revista acepta un máximo de siete autores por artículo. Las informaciones sobre todos los autores deben incluirse en el formulario de envío en: 'Introducir los metadatos - Autoría y colaboradores/as - Añadir colaborador/a', conteniendo: nombre completo, instituciones de afiliación con hasta tres jerarquías, código Orcid (Open Researcher and Contributor ID) y correo electrónico. Las personas designadas como autores deben haber participado sustancialmente en la elaboración del manuscrito y asumir la responsabilidad por su contenido.

Al enviar el manuscrito, todos los autores deben completar y firmar la Declaración de Responsabilidad y Cesión de Derechos de Autor, incluyendo el nombre completo y la contribución detallada como lo recomienda la International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE):

- a) para la concepción o diseño del trabajo;
- b) para la recopilación, análisis e interpretación de datos;
- c) para la redacción del artículo o en su revisión crítica;
- d) para la aprobación final de la versión a publicar.

La información sobre la participación de cada autor, con el respectivo Orcid, aparecerá en el artículo, en el ítem 'Colaboradores', ubicado antes de las referencias.

Financiación

En trabajos científicos financiados, los autores deberán enviar a la revista la información sobre la fuente de financiamiento, con registro del número de proceso. La revista 'Saúde em Debate' cumple con la Ordenanza nº 206 de 2018 del Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre citación obligatoria de la Capes para obras producidas o publicadas, en cualquier medio, resultantes de actividades financiadas total o parcialmente por la Capes.

PROCESO DE EVALUACIÓN

El proceso de evaluación de textos científicos enviados a la revista 'Saúde em Debate', en cualquiera de las modalidades previstas, es sometido a la revisión por pares (peer review), siendo el mérito académico el criterio

utilizado en todas las etapas de la evaluación. Buscamos promover la inclusión, la diversidad y la equidad. Ningún artículo será rechazado en base a características de los autores tales como raza, religión, orientación sexual, ideología política o cualquier otro aspecto despectivo.

Todo manuscrito recibido por la revista 'Saúde em Debate' es sometido a análisis técnico previo para identificar el cumplimiento de los estándares de la revista. Los trabajos que no cumplan con las normas de publicación de la revista son devueltos a los autores para su adaptación y nuevo envío.

Una vez cumplidas las normas de la revista, los originales son apreciados por el editor jefe y los editores asociados, quienes evalúan la originalidad, alcance, actualidad y cumplimiento de la política editorial de la revista. Los trabajos aprobados en esta etapa de preevaluación son enviados al editor asociado quien designará dos revisores, teniendo en cuenta el tema del trabajo y su experiencia, quienes podrán aprobar, rechazar y/o recomendar cambios a los autores. En caso de divergencia de opiniones, el trabajo será remitido a un tercer revisor. Asimismo, los editores podrán, a su discreción, emitir una tercera opinión. Corresponde a los revisores recomendar la aceptación, rechazo o reformulación de los trabajos. En caso de solicitud de reformulación, los autores deberán devolver el trabajo revisado dentro del plazo estipulado. Si no hay manifestación de los autores dentro del plazo definido, la obra será excluida del sistema.

El Comité Editorial tiene plena autoridad para decidir sobre la aceptación final del trabajo, así como sobre las modificaciones realizadas.

No se aceptarán adiciones o modificaciones después de la aprobación final del texto. Las eventuales sugerencias de cambios en la estructura o contenido por parte de los editores de la revista serán previamente acordadas con los autores a través de comunicación por correo electrónico.

La versión diagramada (prueba de prensa) será enviada por correo electrónico a los autores para su revisión final, quienes deberán devolverla en el plazo estipulado.

Al final del artículo estarán las informaciones sobre: fecha de recepción, fecha de aprobación, apoyo financiero y conflicto de intereses.

DIRECTRICES PARA LA PREPARACIÓN Y SUMISIÓN DE OBRAS

Los trabajos deben ser enviados a través del sitio web: www.saudeemdebate.org.br. Después de su registro, el autor responsable del envío creará su nombre de usuario y contraseña para monitorear el procedimiento.

Tipos de textos aceptados para publicación

Artículo original: resultado de investigación empírica que pueda generalizarse o replicarse. El texto debe contener un máximo de 6.000 palabras.

Ensayo: análisis crítico sobre un tema específico de relevancia e interés para el contexto de las políticas de salud brasileñas y/o internacionales. El texto debe contener un máximo de 7.000 palabras.

Revisión sistemática o integradora: revisiones críticas de la literatura sobre temas actuales de salud. La revisión sistemática sintetiza rigurosamente investigaciones relacionadas con un tema. La revisión integradora brinda informaciones más amplias sobre el tema. El texto debe contener un máximo de 8.000 palabras.

Artículo de opinión: exclusivamente para autores invitados por el Comité Editorial, con una extensión máxima de 7.000 palabras.

Informe de experiencia: descripción de experiencias académicas, asistenciales o de extensión, con hasta 5.000 palabras que tengan aportes significativos al área.

Reseña: reseñas de libros de interés para el área de la salud colectiva, a criterio del Comité Editorial. Los textos deberán presentar un panorama general del contenido de la obra, sus presupuestos teóricos y el público al que se dirige, con una extensión máxima de 1.200 palabras. La portada en alta resolución deberá ser enviada a través del sistema de la revista.

Entrevista: texto elaborado por al menos dos personas en el que el entrevistado es siempre el primer autor, con un máximo de 7.000 palabras.

Documento y testimonio: trabajos referentes a temas de interés histórico o coyuntural, a criterio del Comité Editorial.

Importante: en todos los casos, el número máximo de palabras incluye el cuerpo del artículo y las referencias. No incluye título, resumen, palabras clave, tablas, cuadros, figuras y gráficos.

Preparación y envío de textos

El texto puede estar escrito en portugués, español o inglés. Debe estar mecanografiado en Microsoft® Word o compatible, guardado en formato doc o docx, para ser adjuntado en el campo correspondiente del formulario de envío. No debe contener ninguna información que permita identificar a los autores o instituciones a las que están vinculados.

Escribir en hoja A4 (210X297 mm), márgenes de 2,5cm en cada uno de los cuatro lados, fuente Times New Roman tamaño 12, interlineado de 1,5.

El texto debe contener

En la primera página:

Título: expresar de manera clara y sucinta el contenido del texto, con un máximo de 15 palabras. El título debe escribirse en negrita, con mayúsculas sólo para los nombres propios. El texto en portugués y español debe tener un título en el idioma original y en inglés. El texto en inglés debe tener un título en inglés y portugués.

Resumen: en portugués e inglés o en español e inglés, con un máximo de 200 palabras, en el que queden claros los objetivos, el método utilizado y las principales conclusiones del trabajo. Debe ser desestructurado, sin utilizar tópicos (introducción, métodos, resultados, etc.), mención o siglas, con excepción de abreviaturas reconocidas internacionalmente.

Palabras clave: al final del resumen, incluir de tres a cinco palabras clave, separadas por un punto (solo la primera letra en mayúscula), utilizando los términos presentados en el vocabulario estructurado (DeCS), disponible en: www.decs.bvs.br.

Registro de ensayos clínicos: la 'Saúde em Debate' apoya las políticas de registro de ensayos clínicos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconociendo así su importancia para el registro y difusión internacional de informaciones de ensayos clínicos. En este sentido, los ensayos clínicos deberán contener el número de identificación en uno de los registros de ensayos clínicos validados por la OMS y el ICMJE, cuyas direcciones se encuentran disponibles en: <http://www.icmje.org>. En estos casos, el número de identificación deberá figurar al final del resumen.

En el cuerpo del texto:

Se respeta el estilo y la creatividad de los autores para la composición del texto, sin embargo, este debe incluir elementos convencionales, tales como:

Introducción: con definición clara del problema investigado, justificación y objetivos.

Material y métodos: descritos de manera objetiva y clara, permitiendo la reproducibilidad de la investigación. Si involucra a seres humanos, se debe registrar el número del dictamen de aprobación del Comité de Ética en Investigación (CEP).

Resultados y discusión: pueden presentarse juntos o en ítems separados

Conclusiones o consideraciones finales: depende del tipo de investigación realizada.

Referencias: deben contener sólo autores citados en el texto y seguir los Requisitos Uniformes para Manuscritos Enviados a Revistas Biomédicas, del ICMJE, utilizados para la preparación de referencias (conocido como 'Estilo Vancouver'). Para mayor aclaración, recomendamos consultar el Manual de Normalización de Referencia elaborado por los editores del Cebes.

Para contribuir a la calificación y difusión de la revista, se recomienda utilizar artículos publicados por la propia revista.

COMENTARIOS

La revista no utiliza subrayados ni negritas como marcaciones. Utilice comillas simples para llamar la atención acerca de expresiones o títulos de obras. Ejemplos: 'puerta de entrada'; 'Saúde em Debate'. Las palabras en otros idiomas deben escribirse en letra bastardilla, con excepción de los nombres propios.

Evitar el uso de mayúsculas en el texto, a excepción de las estrictamente necesarias.

Los testimonios de los sujetos deben presentarse en letra bastardilla y entre comillas dobles en el cuerpo del texto (si tienen menos de tres líneas). Si tienen más de tres líneas, deben escribirse en letra bastardilla, sin comillas, resaltados del texto, con sangría de 4cm, espacio simple y fuente 11.

No usar notas a pie de página en el texto. Las notas al pie de página, cuando sean absolutamente esenciales, deben estar en superíndice y en secuencia.

Evitar la repetición de datos o información en las diferentes partes del texto.

El número de figuras, gráficos, cuadros o tablas debe ser como máximo de cinco por texto (con un máximo de dos páginas cada uno). Las figuras, gráficos, cuadros y tablas deben estar en un formato abierto/editable, no tomados de otros archivos. En el caso de figuras como fotografías, dibujos y mapas, enviar en alta resolución (al menos 300 DPIs), en blanco y negro o en escala de grises. Deben presentarse en archivos separados del texto, uno por uno, siguiendo el orden en que aparecen en el estudio (deben estar numerados y contener título y fuente). En el texto, solo identificar el lugar donde deben insertarse.

En caso de utilizar fotografías, los sujetos no podrán ser identificados, a menos que lo autoricen, por escrito, con fines de divulgación científica.

FE DE ERRATA:

Después de la publicación del artículo, si hay necesidad de retractaciones, erratas o modificaciones, el autor debe contactar a la revista por el correo electrónico (revista@saudeemdebate.org.br). La revista sigue los procedimientos indicados en la 'Guía para el registro y publicación de erratas' de SciELO.

QUEJAS Y RECURSOS:

Los autores tienen derecho a pedir explicaciones, si perciben una mala conducta en alguna política relacionada con la ética de publicación de la revista. Las denuncias deben hacerse por medio de una carta, enviada al editor por correo electrónico a revista@saudeemdebate.org.br. Una vez recibida, se inicia el proceso de investigación por parte del equipo ejecutivo de la revista, bajo la dirección del editor en jefe. Al final de la investigación, se elabora un informe y se envía una respuesta al interesado con la decisión tomada por correo electrónico.

Creemos que las quejas contribuyen a mejorar el proceso de evaluación, el tiempo de procesamiento y la publicación de los manuscritos enviados a la revista.

LOS DOCUMENTOS INDICADOS A CONTINUACIÓN DEBEN SER ESCANEADOS Y ENVIADOS POR EL SISTEMA DE LA REVISTA AL MOMENTO DEL REGISTRO DEL ARTÍCULO

1. Declaración de responsabilidad y cesión de derechos de autor

Todos los autores deben completar y firmar la declaración según el modelo disponible en: <https://saudeemdebate.org.br/sed/libraryFiles/downloadPublic/149>.

2. Dictamen Aprobatorio del Comité de Ética en Investigación (CEP)

En el caso de investigaciones con seres humanos, realizadas en Brasil, adjuntar documento de aprobación de la investigación por el Comité de Ética en Investigación de la institución donde se realizó el trabajo. En el caso de instituciones que no cuenten con uno, se deberá presentar el documento mediante el cual fue aprobado. Encuestas realizadas en otros países, adjuntar declaración indicando el pleno cumplimiento de los principios éticos y la legislación específica.

3. Formulario sobre Conformidad con la Ciencia Abierta – SciELO

Los autores deben completar el formulario: https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Formulario-sobre-Conformidad-con-la-Ciencia-Abierta_es.docx, y adjuntarlo al sistema de la revista como 'Componentes del artículo - Documento complementario'.

DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA A ENVIAR DESPUÉS DE LA APROBACIÓN DEL ARTÍCULO

1. Declaración de revisión de ortografía y gramática

Los artículos aprobados deben pasar por una revisión ortográfica y gramatical por un profesional calificado, según la lista de revisores designados por la revista. El artículo revisado debe ir acompañado de una declaración del revisor.

2. Declaración de traducción

Los artículos aprobados pueden ser traducidos al inglés a criterio de los autores. En este caso, la traducción será realizada por un profesional calificado, según la una lista de traductores indicados por la revista. El artículo traducido debe ir acompañado de una declaración del traductor.

POLÍTICA DE PRIVACIDAD

Los nombres y direcciones informados en esta revista serán utilizados exclusivamente para los servicios ofrecidos por esta publicación, no estando disponibles para otros fines ni para terceros.

La revista utiliza el *software* OJS (Open Journal Systems) para evaluar sus manuscritos. Este sistema prevé la copia de seguridad de todo el contenido registrado. Además, 'Saúde em Debate' está disponible en las colecciones digitales de la empresa Docpro desde su primera edición, lanzada en 1976 <http://www.docvirt.com/asp/saudeemdebate/default.asp>.

DIRECCIÓN PARA CORRESPONDENCIA

Avenida Brasil, 4036, sala 802

Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil – CEP 21040-361

E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

INDEXAÇÃO | INDEXATION

Directory of Open Access Journals (Doaj)

Google Acadêmico

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

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

Miguelin - Diretório das revistas científicas eletrônicas brasileiras

Periódica - Índice de Revistas Latinoamericanas em Ciências

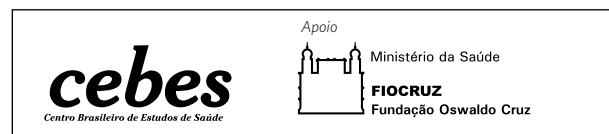
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (Redalyc)

Scientific Electronic Library Online (SciELO Brasil e SciELO Saúde Pública)

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

Sumários de Revistas Brasileiras (Sumários)

A revista Saúde em Debate é associada à
Associação Brasileira de Editores Científicos



CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2023-2024)

NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2023-2024)

Presidente: Carlos Fidelis da Ponte
Vice-Presidente: Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
Diretora Administrativa: Ana Tereza da Silva Pereira Camargo
Diretora de Política Editorial: Maria Lucia Frizon Rizzotto
Diretores Executivos: Ana Maria Costa
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

SECRETÁRIA EXECUTIVA | EXECUTIVE SECRETARY

Giovanna Bueno Cinacchi

EQUIPE DE COMUNICAÇÃO | COMMUNICATION TEAM

Matheus Zuliane Falcão
Francisco Barbosa
Fernanda Regina da Cunha

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Avenida Brasil, 4036 - sala 802 - Manguinhos
21040-361 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil
Tel.: (21) 3882-9140 | 3882-9141 Fax.: (21) 2260-3782

Site: www.cebes.org.br • www.saudeemdebate.org.br
E-mail: cebes@cebes.org.br • revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes - n.1 (1976) - São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes, 2024.

v. 48. n. 141; 27,5 cm

ISSN 2358-2898

1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes

CDD 362.1

cebes
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

www.cebes.org.br

www.saudeemdebate.org.br